



VERSION COORDONNEE AU 01.01.2015 DE LA NOMENCLATURE DES ACTES ET SERVICES DES

Médecins

Médecins-dentistes

et

TARIFS APPLICABLES

INFORMATION IMPORTANTE

Les tarifs correspondant à la valeur 775,17 de la cote d'application de l'échelle mobile des salaires sont imprimés en caractères gras dans la colonne intitulée "Tarif 1". Ces tarifs restent valables jusqu'à l'échéance d'une nouvelle cote d'application.

Les tarifs renseignés dans les colonnes "Tarif 2" et "Tarif 3" correspondent respectivement aux cotes d'application de valeur 794,54 et 814,40. La CNS communiquera par voie de presse les dates respectives à partir desquelles ces tarifs seront d'application.

SOMMAIRE

MEDECINS	4
Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie	5
Dispositions générales	5
Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1 du présent règlement grand-ducal	16
<i>PREMIERE PARTIE : ACTES GENERAUX</i>	<i>16</i>
Chapitre 1 - Consultations	16
Section 1 - Consultations normales	16
Section 2 - Consultations majorées	16
Section 3 - Tarifs spéciaux	17
Section 4 - Consultations spéciales	17
Section 5 - Examen pré-anesthésique du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation	17
Chapitre 2 - Visites	17
Section 1 - Visites en milieu extra-hospitalier	17
Section 2 - Visites en milieu hospitalier	18
Chapitre 3 - Déplacements	18
Chapitre 4 - Traitement hospitalier stationnaire ou ambulatoire	18
Section 1 - Traitement hospitalier stationnaire général	18
Section 2 - Traitement hospitalier stationnaire interne	18
Section 3 - Traitement hospitalier stationnaire post-opératoire	19
Section 4 - Traitement hospitalier stationnaire de longue durée	19
Section 5 - Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs spécifiques par les médecins spécialistes	19
Section 6 - Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs par le médecin anesthésiste-réanimateur	19
Section 7 - Traitement hospitalier stationnaire avec manoeuvres de réanimation complexes par le médecin anesthésiste-réanimateur	20
Section 8 - Traitement hospitalier stationnaire avec manoeuvres de réanimation complexes par équipe de spécialistes en pédiatrie	20
Section 9 - Traitement hospitalier stationnaire interne en unité ou en service de soins palliatifs	20
Section 10 - Traitement hospitalier ambulatoire en place de surveillance	21
Chapitre 5 - Rapports	21
Section 1 - Rapports au médecin traitant	21
Section 2 - Rapports au contrôle médical de la sécurité sociale	21
Section 3 - Rapport à la cellule d'évaluation et d'orientation	21
Chapitre 6 - Examens à visée préventive et de dépistage	21
Section 1 - Examen prénuptial	21
Section 2 - Examens prénatals de la femme et examens des enfants jusqu'à l'âge de deux ans, tels que prévus par les articles 277 à 293 du chapitre III intitulé «Allocation de naissance» du livre IV intitulé «Prestations familiales» du Code de la sécurité sociale	21
Section 3 - Examens médicaux systématiques pour les enfants âgés de deux à quatre ans prévus par la loi du 15 mai 1984	22
Section 4 - Examens médicaux dans le cadre d'un programme de médecine préventive élaboré par la direction de la santé en collaboration avec la CNS	22
Chapitre 7 - Forfaits médicaux pour surveillance des cures thermales	22
Chapitre 8 - Forfaits médicaux pour suivi dans un centre de jour	23
Chapitre 9 - Médecin référent	23
Chapitre 10 - Consultations dans le cadre de réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	24
<i>DEUXIEME PARTIE : ACTES TECHNIQUES</i>	<i>24</i>
Chapitre 1 - Médecine générale - Spécialités non chirurgicales	24
Section 1 - Médecine Générale	24
Section 2 - Médecine Interne spécialisée	26
Section 3 - Cardiologie	26
Section 4 - Pneumologie	28

Section 5 - Neurologie et Psychiatrie	30
Section 6 - Gastro-Entérologie	31
Section 7 - Rhumatologie - Rééducation et Réadaptation fonctionnelles	32
Section 8 - Dermatologie	32
Section 9 - Gériatrie	33
Chapitre 2 - Chirurgie	33
Section 1 - Traitement des lésions traumatiques	33
Section 2 - Chirurgie générale	35
Section 3 - Chirurgie des os et des articulations	37
Section 4 - Chirurgie des membres	38
Section 5 - Chirurgie du thorax et du cou	39
Section 6 - Chirurgie de l'appareil digestif et de l'abdomen	40
Section 7 - Neurochirurgie, Chirurgie du rachis	41
Chapitre 3 - Oto-Rhino-Laryngologie	43
Section 1 - Oreilles	43
Section 2 - Nez et Sinus	44
Section 3 - Pharynx, Larynx, Trachée	45
Chapitre 4 - Ophtalmologie	46
Section 1 - Examens Ophtalmiques	46
Section 2 - Chirurgie des paupières et des voies lacrymales	46
Section 3 - Chirurgie de la conjonctive et de la cornée	47
Section 4 - Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique	47
Section 5 - Globe oculaire, segment postérieur	47
Section 6 - Orbite	48
Chapitre 5 - Urologie	48
Section 1 - Appareil urinaire	48
Section 2 - Appareil génital masculin	50
Chapitre 6 - Gynécologie	50
Section 1 - Obstétrique	50
Section 2 - Gynécologie, actes non liés à la gestation ou à l'accouchement	52
Section 3 - Exploration et traitement de la stérilité	52
Chapitre 7 - Anesthésie - Réanimation	52
Section 1 - Anesthésie générale	52
Section 2 - Actes techniques accompagnant l'anesthésie générale	53
Section 3 - Autres actes d'anesthésie-réanimation	53
Section 4 - Urgences extra-hospitalières	53
Section 5 - Anesthésie péridurale	53
Chapitre 8 - Imagerie médicale, radiologie interventionnelle, radiothérapie	54
Section 1 - Radiodiagnostic	54
Section 2 - Radiothérapie	57
Section 3 - Imagerie médicale utilisant les agents physiques sans radiations ionisantes	58
Section 4 - Diagnostic par les isotopes radioactifs (médecine nucléaire)	59
Section 5 - Radiologie interventionnelle (Interventions percutanées sous contrôle d'imagerie médicale)	60
Section 6 - Autres examens utilisant les radiations ionisantes	61
Chapitre 9 - Oto-Rhino-Laryngologie - Stomatologie - Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire	61
Section 1 - Cavité buccale et glandes salivaires	61
Section 2 - Chirurgie maxillo-faciale	62

Modifications portées au règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°118 du 30.12.1998, p. 3142)	64
--	-----------

MEDECINS-DENTISTES	69
---------------------------------	-----------

Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie	70
---	-----------

Dispositions générales	70
-------------------------------------	-----------

Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1 du présent règlement grand-ducal	76
---	-----------

PREMIERE PARTIE : ACTES GENERAUX	76
Chapitre 1 - Consultations du médecin-dentiste	76
Chapitre 2 - Visites du médecin-dentiste	76
Section 1 - Visites en milieu extra-hospitalier	76
Section 2 - Visite en milieu hospitalier	76
Chapitre 3 - Déplacements du médecin-dentiste	76
Chapitre 4 - Traitement hospitalier stationnaire du médecin-dentiste.....	76
Section 1 - Traitement stationnaire interne	76
Section 2 - Traitement post-opératoire.....	76
Chapitre 5 - Rapports du Médecin-dentiste	76
Chapitre 6 - Examens à visée préventive du médecin-dentiste	77
Section 1 - Examen prénatal de la femme enceinte tel que prévu par la loi du 20 juin 1977 et le règlement grand-ducal du 8 décembre 1977 (art. 9 modifié le 26 mai 1979).....	77
Section 2 - Examens dentaires des enfants âgés de 2 à 4 ans tels que prévus par la loi du 15 mai 1984 et le règlement grand-ducal du 12 décembre 1984 (art. 3).....	77
DEUXIEME PARTIE : ACTES TECHNIQUES.....	77
Chapitre 1 - Soins gingivaux et dentaires	77
Chapitre 2 - Extractions dentaires	77
Chapitre 3 - Extractions chirurgicales.....	78
Chapitre 4 - Prothèse dentaire adjointe	78
Chapitre 5 - Traitement non terminé pour prothèse adjointe	78
Chapitre 6 - Prothèse conjointe.....	78
Chapitre 7 - Traitement non terminé pour prothèse conjointe	79
Chapitre 8 - Orthodontie	79
Chapitre 9 - Radiodiagnostic.....	79
Chapitre 10 - Prestations réservées à l'assurance accident	80
Modifications portées au règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°118 du 30.12.1998, p. 3132)	81

MEDECINS

Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

Caractère personnel de l'acte

Art. 1er.- Les actes et services des médecins ne peuvent être pris en charge par une institution d'assurance maladie ou une autre institution de sécurité sociale visée au Code de la sécurité sociale que si cet acte ou service est inscrit au tableau annexé au présent règlement et qui en fait partie intégrante et à condition d'avoir été effectué personnellement par le médecin. Au cas où le médecin est assisté par une autre personne, il doit exécuter lui-même, ou, lorsque cette personne est un médecin en voie de formation, surveiller lui-même la phase essentielle de l'acte tout en restant responsable de l'intégralité de l'acte.

Sauf dérogations prévues dans la nomenclature, les actes effectués par des médecins pratiquant en association sont pris en charge par les institutions de sécurité sociale comme étant posés par un même médecin.

Distinction entre actes généraux et techniques

Art. 2.- Les coefficients des actes et services inscrits dans la première partie de l'annexe du présent règlement intitulée "Actes généraux" ne peuvent être modifiés que sur proposition du ou des groupements professionnels ayant signé la convention avec la Caisse nationale de santé. Tous les autres actes sont regroupés dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement, intitulée "Actes techniques".

Le chapitre 9 intitulé "Oto-Rhino-Laryngologie - Stomatologie - Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire" de la deuxième partie de l'annexe constitue une partie commune aux médecins et aux médecins-dentistes. Les actes techniques de ce chapitre peuvent donc être effectués à la fois par les médecins et par les médecins-dentistes.

En outre, sont accessibles aux médecins-dentistes les actes repris sous la section 2 - rapports au contrôle médical de la sécurité sociale - chapitre 5.- rapports, ainsi que les actes de chirurgie suivants:

- 2L71, 2L71M, 2L72, 2L72M, 2L73 de la sous-section 3 de la section 1 du chapitre 2 de la deuxième partie de l'annexe
- 2F11, 2F12, 2F13, 2F14 de la sous-section 4 de la section 2 du chapitre 2 de la deuxième partie de l'annexe
- 2K35 de la sous-section 1 de la section 3 du chapitre 2 de la deuxième partie de l'annexe
- 4G97 de la section 6 du chapitre 4 de la deuxième partie de l'annexe.

Autorisation par le contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 3.- Certains actes ne peuvent être pris en charge qu'après avoir été autorisés par le contrôle médical de la sécurité sociale.

Ces actes sont signalés par les lettres "APCM" (autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale requise) ou les lettres "ACM" (autorisation du contrôle médical de la sécurité sociale requise), suivant que cette autorisation doit ou non précéder l'accomplissement de l'acte. La procédure à suivre pour obtenir cette autorisation est réglée par la convention prévue à l'article 61 du Code de la sécurité sociale.

Tarif d'un acte

Art. 4.- Le tarif d'un acte est obtenu en multipliant son coefficient par la valeur monétaire de la lettre-clé négociée pour chaque exercice par les parties signataires de la convention pour les

médecins ou arrêtée, à défaut d'accord entre parties, par une sentence du Conseil supérieur de la sécurité sociale, ceci conformément aux articles 66 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Le tarif d'un acte est compté en euros à une décimale près. Les fractions de dixième d'euro sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq (5) cents. Les fractions de dixième d'euro sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq (5) cents.

Pour la détermination du tarif d'un acte complété par un suffixe en application des articles suivants, le montant déterminé ci-avant est multiplié par les coefficients suivants:

art. 8	suffixe E	coefficient 1,10
art. 8	suffixe N ou D ou F	coefficient 2,00
art. 9	suffixe B	coefficient 1,50
art. 9	suffixe R	coefficient 0,50
art. 11	suffixe P	coefficient 0,30
art. 12	suffixe V	coefficient 1,25
art. 12	suffixe A	coefficient 0,45
art. 13	suffixe L	coefficient 1,15

Le montant final résultant de l'application d'un ou de plusieurs coefficients est compté en euros à une décimale près. Les fractions de dixième d'euro sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq (5) cents. Les fractions de dixième d'euro sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq (5) cents.

Consultation et visite

Art. 5.- La consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique. La visite comporte un déplacement du médecin soit au domicile ou lieu de séjour du patient, soit à l'hôpital, à l'exclusion de son propre cabinet médical.

Un entretien téléphonique ne peut donner lieu à une quelconque facturation à charge de la caisse.

Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, frottis en dehors de l'interprétation), la prise de sang veineux, les analyses qualitatives des urines (albumine et glucose), les injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées et intradermiques, les petits pansements et l'établissement d'un certificat sommaire.

Les consultations et visites ne peuvent être mises en compte que si elles ont été sollicitées par la personne protégée ou par une personne de son entourage.

Le médecin ne peut mettre en compte qu'une seule consultation ou visite par personne et par jour, c'est-à-dire par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaire plusieurs séances au cours du même jour et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Le médecin mettra en compte exclusivement la consultation réservée à sa spécialité.

La consultation majorée du médecin généraliste et de certains médecins spécialistes doit avoir une durée sensiblement supérieure à celle de la consultation normale et suffisante pour permettre un examen exhaustif. Elle ne peut être mise en compte que tous les six mois pour la même personne. Toutefois cette périodicité ne s'applique pas aux médecins spécialistes en neurologie et en neuro-psychiatrie et, en ce qui concerne les médecins spécialistes en rhumatologie, à la consultation majorée mise en compte pour un examen ostéodensitométrique (8D01). Le médecin doit consigner le résultat de cet examen dans le dossier médical du patient. A la demande du contrôle médical de la sécurité sociale, le médecin doit fournir un rapport écrit, dont la cotation est comprise dans la consultation majorée.

La visite majorée du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie doit avoir une

durée sensiblement supérieure à celle de la visite normale et suffisante pour permettre un examen exhaustif. Elle ne peut être mise en compte que tous les six mois pour la même personne. Le médecin doit consigner le résultat de cet examen dans le dossier médical du patient. A la demande du Contrôle médical de la sécurité sociale, le médecin doit fournir un rapport écrit, dont la cotation est comprise dans la visite majorée.

Est considérée comme consultation urgente celle sollicitée comme telle par la personne protégée ou par une personne de son entourage et reconnue comme telle par le médecin, à condition qu'elle se situe en dehors des heures de consultation et de visite normales affichées par le médecin ou que sa délivrance oblige le médecin à abandonner la suite programmée de ses occupations.

Est considérée comme visite urgente celle sollicitée comme telle par la personne protégée ou par une personne de son entourage et reconnue comme telle par le médecin, à condition qu'elle soit effectuée sans délai.

Le médecin ayant mis en compte une consultation ou une visite urgente doit, à la demande du contrôle médical de la sécurité sociale, en justifier par écrit le caractère urgent.

Si lors du même déplacement, le médecin examine plusieurs personnes faisant partie de la même communauté domestique ou du même établissement, le tarif de la visite est remplacé par celui de la consultation pour la deuxième personne et les suivantes.

Pour une consultation ou une visite prestée dans un établissement à une personne y résidante, le médecin complète le code de la consultation ou de la visite par la lettre C pour l'acte presté à une personne résidant dans une maison de soins et par la lettre K pour l'acte presté à une personne résidant dans un centre intégré pour personnes âgées, dans une maison de retraite ou dans une institution.

Pour une consultation ou une visite prestée dans le cadre des soins palliatifs autorisés par le Contrôle Médical de la Sécurité Sociale, le médecin complète le code de la consultation ou de la visite par la lettre Z.

Indemnité horo-kilométrique

Art. 6.- L'indemnité horo-kilométrique ne peut être mise en compte que pour une visite en milieu extra-hospitalier et pour l'acte technique 1F11.

L'indemnité est calculée d'après la carte officielle des distances. Pour le calcul, le cabinet du médecin doit être pris comme point de départ, sans que toutefois l'indemnité mise en compte ne dépasse celle correspondant aux kilomètres effectivement parcourus.

Si en cas de déplacement à l'intérieur de la localité dans laquelle le médecin a établi son cabinet, le trajet dépasse un kilomètre, l'indemnité aller-retour peut être mise en compte pour les kilomètres excédentaires.

Traitement en milieu hospitalier

Art. 7.- A l'exception des médecins spécialistes en radiologie, le médecin qui n'est pas présent à l'hôpital, mais doit s'y déplacer spécialement et d'urgence pour un traitement ambulatoire ou un patient hospitalisé par un autre médecin, met en compte le tarif de la visite et les actes techniques effectués. Sur le mémoire d'honoraires il marque, outre le code de la visite, l'heure à laquelle cette dernière a été effectuée.

Si la personne séjourne en milieu hospitalier soit à titre stationnaire, soit au titre d'un séjour inférieur à une journée dont les conditions sont à fixer par la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale, le médecin traitant applique les forfaits prévus au chapitre 4 de la première partie de l'annexe, à l'exclusion du tarif de la consultation ou de la visite. Toutefois, le médecin traitant peut mettre en compte le tarif de la visite de nuit entre 22 heures et 7 heures selon les modalités prévues à l'article 10 sous 10). Si le médecin traitant doit se déplacer spécialement et d'urgence à l'hôpital le

samedi après 12 heures, le dimanche ou un jour férié légal pour examiner un patient avec hospitalisation subséquente, il peut remplacer le forfait hospitalier du 1er jour par la visite à l'hôpital.

Est considéré comme médecin-traitant au sens des présentes dispositions le médecin qui effectue le traitement de la personne protégée durant l'hospitalisation et en fait la déclaration à l'administration de l'hôpital conformément aux dispositions de la convention prévue à l'article 75 du Code de la sécurité sociale.

Si au cours d'une hospitalisation un autre médecin est appelé en consultation par le médecin traitant, cet autre médecin peut mettre en compte soit les tarifs prévus à la deuxième partie de l'annexe pour les actes prescrits par le médecin traitant soit les tarifs prévus au chapitre premier de la première partie de l'annexe, les tarifs prévus à la deuxième partie de l'annexe, en respectant les règles de cumul énoncées à l'article 10, ainsi que le rapport R1 prévu à la section 1 du chapitre 5 de la première partie de l'annexe, dans les conditions et limites prévues à l'article 18.

Si au cours d'une même hospitalisation dans le même établissement la personne protégée est traitée successivement par deux médecins relevant de la même discipline médicale, le deuxième médecin doit, pour la détermination du forfait, tenir compte de la période d'hospitalisation antérieure mise en compte par le premier médecin.

Si au cours d'une même hospitalisation la personne protégée est traitée successivement par deux médecins relevant de disciplines médicales différentes, le deuxième médecin met en compte le forfait correspondant comme s'il s'agissait d'une nouvelle hospitalisation, à condition que le changement de médecin ait été signalé endéans les vingt-quatre heures à l'administration de l'hôpital.

Si au cours d'une même hospitalisation la personne protégée est traitée simultanément par plusieurs médecins relevant de disciplines médicales différentes, le médecin traitant défini à l'alinéa 3 du présent article émet une ordonnance médicale établie conformément aux dispositions de l'article 64 sous 1) du Code de la sécurité sociale sur laquelle il indique le nom et le code du médecin appelé à effectuer le traitement parallèle, la date de début ainsi que la durée approximative du traitement parallèle. Le deuxième médecin applique également les forfaits prévus au chapitre 4 de la première partie de l'annexe à l'exclusion du tarif de la consultation ou de la visite et joint l'ordonnance médicale émise pour le traitement parallèle à son mémoire d'honoraires. Toutefois, l'ordonnance médicale n'est pas requise pour le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation pendant le séjour au service de réanimation en phase postopératoire, pour autant que ce séjour ne dépasse pas douze jours. L'ordonnance médicale n'est pas requise pour le traitement parallèle par un médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles dans un service de rééducation en gériatrie.

N'est pas considéré comme traitement parallèle un traitement successif effectué le même jour.

Les actes des sections 5, 6 et 7 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte simultanément par plusieurs médecins dans le cadre d'un traitement parallèle.

Les jours d'hospitalisation sont comptés par période de vingt-quatre heures commençant à minuit; la fraction compte pour une journée entière, sans qu'un séjour inférieur à vingt-quatre heures puisse donner droit, pour un même médecin, à deux forfaits pour traitement en service de réanimation ou traitement avec soins intensifs spécifiques.

Les forfaits prévus à la section 2 du chapitre 4 de la 1ère partie ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, hématologie, immunologie, maladies contagieuses, néphrologie, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, pédiatrie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles, dermatologie, radiothérapie, gériatrie ainsi que par les médecins généralistes. Les forfaits «F20, F201, F25, F251, F27 et F271» peuvent être mis en compte par un médecin, soit pour un malade transféré avec ordonnance de transfert, soit pour un malade que ce médecin n'a pas examiné depuis au moins 6 mois.

En cas de réintervention, le tarif postopératoire prévu à la section 3 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe peut de nouveau être mis en compte à partir du premier jour postopératoire à condition qu'il s'agisse d'une intervention faite sous anesthésie au sens de l'article 12, alinéa premier.

Les forfaits prévus à la section 5 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être

mis en compte qu'une fois par période d'hospitalisation. Ils ne peuvent être mis en compte que:

- par les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, néphrologie, immunologie, maladies contagieuses, cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, endocrinologie, hématologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, rhumatologie, pédiatrie et radiothérapie;
- pour des personnes nécessitant des soins intensifs spécifiques en raison d'accidents cardio-vasculaires aigus, de troubles graves du rythme cardiaque, de comas, de syndromes infectieux graves, de troubles métaboliques graves, de syndromes hémorragiques graves, de détresses respiratoires graves, du syndrome éclamptique, d'affections neuropsychiatriques aiguës (telles que états psychotiques aigus, états confusionnels aigus, risque aigu de suicide ou d'agression, coma ou stupeur, accès de paniques réitératifs) ou, avec l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale, pour toute autre affection grave.

Les forfaits prévus à la section 6 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en anesthésie-réanimation chez des malades admis au service de réanimation (sauf pour les positions F69 et F691) et nécessitant la réanimation avec surveillance étroite en cas d'affection aiguë ou de traumatisme (sous-section 1) ou le traitement avec surveillance étroite après intervention sous anesthésie générale (sous-section 2) ou l'anesthésie continue d'un tronc ou plexus nerveux (sous-section 3) ou le traitement complexe de la douleur (sous-section 4). Le protocole d'hospitalisation est compris.

Les forfaits prévus à la section 7 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en anesthésie-réanimation pour des affections nécessitant la présence prolongée auprès du malade avec disponibilité permanente du médecin et nécessitant des manoeuvres complexes de réanimation pour décompensation cardio-vasculaire, pulmonaire ou cérébrale, hémorragies, coma et atteintes analogues, aussi après intervention sous anesthésie générale. Si des manoeuvres complexes ne sont plus requises la mise en compte est à continuer par la position correspondante de la section 6. Le protocole d'hospitalisation est compris.

Les forfaits prévus à la section 8 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en pédiatrie travaillant en groupe, dans un centre spécialisé de réanimation pédiatrique, avec présence constante d'un médecin au service. Ces forfaits ne sont mis en compte que pour des affections nécessitant des manoeuvres complexes de réanimation.

Les forfaits prévus à la section 9 du chapitre 4 de la 1ère partie ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, néphrologie, immunologie, maladies contagieuses, cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, endocrinologie, hématologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, pédiatrie, médecin généraliste et médecin spécialiste en gériatrie.

Les forfaits prévus à la section 10 du chapitre 4 de la 1ère partie ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, hématologie, immunologie, maladies contagieuses, néphrologie, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, neurologie, neuropsychiatrie, pédiatrie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles et en dermatologie. Le forfait «F90» ne peut être mis en compte par un médecin que pour un malade transféré avec ordonnance de transfert ou pour un malade que ce médecin n'a pas examiné depuis au moins 6 mois.

Majoration du tarif des actes techniques

Art. 8.- Si l'acte technique est effectué d'urgence entre 20 et 7 heures ou un dimanche ou un jour férié légal, son tarif est majoré de cent pour cent, sauf si le libellé de l'acte exclut expressément cette majoration ou si une visite à l'hôpital est mise en compte. Le médecin note le tarif majoré sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "N" (nuit), "D" (dimanche), ou "F" (jour férié).

Les actes d'endoscopie en urologie décrits à la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 5 de la deuxième partie de l'annexe et les actes d'endoscopie en pneumologie décrits à la sous-section 2 de la section 4 du chapitre 1er de la deuxième partie de l'annexe peuvent être majorés de dix pour cent,

s'ils sont prestés sur des enfants de moins de 14 ans. Les actes d'endoscopie en gastro-entérologie décrits à la section 6 du chapitre 1er de la deuxième partie de l'annexe peuvent être majorés de dix pour cent, s'ils sont prestés sur des enfants de moins de 6 ans. Le médecin note le tarif majoré sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "E".

Cumul de plusieurs actes techniques

Art. 9.- Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes techniques sont effectués sur une même personne par le même médecin, celui-ci a droit au tarif de l'acte dont le coefficient est le plus élevé ainsi qu'à cinquante pour cent du tarif du deuxième acte et le cas échéant, du troisième acte. Les actes suivant le troisième acte ne donnent pas lieu à honoraires. Le médecin note le tarif réduit en application du présent article sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "R".

Si plusieurs interventions sont faites dans le même champ opératoire, en principe la plus fortement tarifée sera seule portée en compte. Toutefois les règles de cumul décrites au niveau de l'alinéa qui précède peuvent être appliquées avec l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Les actes auxquels la réduction de cinquante pour cent prévue à l'alinéa premier ne s'applique pas sont signalés par les lettres "CAT" (cumul à plein tarif avec autre acte technique autorisé).

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les actes de radiodiagnostic prévus à la section 1 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe peuvent être cumulés à plein tarif entre eux, à l'exception des restrictions inscrites dans ce même chapitre. Ces actes de radiodiagnostic sont considérés dans leur ensemble comme un seul acte technique en vue de l'application de l'alinéa 1er du présent article. Le tarif des films prévus à la sous-section 1 s'ajoute à celui de l'acte de radiodiagnostic à condition que celui-ci soit effectué en milieu extra-hospitalier.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa 1 du présent article, les actes suivant le troisième acte peuvent donner lieu à honoraires à raison de cinquante pour cent pour les actes techniques effectués lors du 1er traitement opératoire d'un malade polytraumatisé. Ces actes sont soumis à l'accord du contrôle médical sur présentation du rapport opératoire.

Aucune prestation ne peut être cumulée avec une prestation dont elle fait partie intégrante.

Est à considérer comme opération bilatérale la même opération effectuée des deux côtés. Si elle est faite en une séance, le tarif de l'opération unilatérale est majoré de cinquante pour cent et le médecin note le tarif majoré sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "B".

Le médecin ne peut mettre en compte qu'une seule séance par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaires plusieurs séances au cours du même jour et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Cumul entre actes généraux et actes techniques

Art. 10.- Peuvent être cumulés les honoraires:

- 1) des consultations prévues aux sections 1 et 4 du chapitre 1 ou des examens médicaux prévus au chapitre 6 de la première partie de l'annexe avec ceux d'un acte technique signalé par les lettres "CAC" (cumul avec consultation);
- 2) d'un rapport et d'un autre acte général ou technique;
- 3) de la visite en milieu extra-hospitalier, des actes techniques et de l'indemnité horo-kilométrique;
- 4) de la visite à l'hôpital prévue aux alinéas 1 et 2 de l'article 7 et des actes techniques, à condition que ces actes ne subissent pas les majorations prévues à l'article 8;
- 5) de la visite de nuit à l'hôpital entre 22.00 et 7.00 heures du médecin spécialiste en radiologie avec ceux des actes techniques prévus au chapitre 8, section 1 de la deuxième partie de

- l'annexe, à condition que ces actes ne subissent pas les majorations prévues à l'article 8;
- 6) de la visite du dimanche ou jour férié légal à l'hôpital du médecin spécialiste en radiologie avec ceux des actes techniques prévus au chapitre 8, section 1 de la deuxième partie de l'annexe, à condition que ces actes ne subissent pas les majorations prévues à l'article 8;
 - 7) pendant les deux premiers jours d'hospitalisation, du forfait pour traitement hospitalier et des actes techniques à plein tarif et sans limitation de leur nombre (à l'exception de la psychothérapie) et ce pour les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, immunologie, maladies contagieuses, cardiologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, endocrinologie, gastro-entérologie, pneumologie, pédiatrie, hématologie, néphrologie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles, dermatologie, radiothérapie, médecin généraliste et médecin spécialiste en gériatrie;
 - 8) pendant toute la durée de l'hospitalisation, des forfaits pour traitement hospitalier prévus au chapitre 4, sections 6 et 7 de la première partie de l'annexe avec l'oxygénothérapie hyperbare;
 - 9) de l'examen pré-anesthésique (section 5 du chapitre 1 de la première partie) et des actes techniques diagnostiques nécessaires pour un examen pré-anesthésique ainsi que de l'anesthésie définie à l'article 12 et des actes du chapitre 7, section 2 de la deuxième partie de l'annexe.
 - 10) des forfaits pour le traitement hospitalier prévus au chapitre 4, section 1 à 5 et section 9 de la première partie de l'annexe avec les honoraires de la visite de nuit entre 22 et 7 heures, à condition que l'état du malade requière son intervention urgente et que le médecin ne mette pas en compte la majoration de nuit prévue à l'article 8.
 - 11) les positions MR01 et MR02 peuvent être cumulées avec d'autres actes suivant les dispositions reprises dans la remarque 1) a) du chapitre 9 intitulé «Médecin référent» de la première partie intitulée «Actes généraux» de l'annexe.

Dans tous les autres cas, les honoraires des actes généraux ne se cumulent ni entre eux ni avec ceux des actes techniques, si les actes sont effectués au cours de la même séance sur la même personne. Le dernier alinéa de l'article qui précède est applicable. Le médecin a droit aux honoraires les plus élevés, soit de l'acte général, soit des actes techniques après application de l'article qui précède. Toutefois, lorsque le ou les actes techniques ne sont pas accompagnés d'un examen du patient et notamment s'ils sont effectués en série, l'intervention du médecin n'a pas la valeur d'une consultation et il n'a droit qu'aux honoraires du ou des actes techniques.

Dans les cas visés sous 1) à 4) ci-dessus, l'alinéa premier de l'article 9 s'applique pour le cumul des actes techniques entre eux.

Assistance opératoire

Art. 11.- Si la complexité de l'intervention exige une assistance opératoire, celle-ci est fixée à trente pour cent du coefficient de l'acte opératoire en cause ou, le cas échéant, à trente pour cent de la somme des coefficients des actes opératoires effectués lors de cette intervention, sans pouvoir être inférieure au coefficient 7,75. Sur son mémoire d'honoraires le médecin note le code du ou des actes suivi de la lettre "P". Le coefficient minimum subit les majorations prévues à l'article 8. Le médecin effectuant l'assistance opératoire applique les mêmes règles de cumul et de réduction respectivement de majoration que le médecin effectuant l'intervention en cause.

Lorsque l'intervention et l'assistance opératoire sont effectuées par des médecins pratiquant en association, l'alinéa 2 de l'article 1 n'est pas applicable pour la mise en compte de ces actes.

L'assistance opératoire mutuelle de deux médecins ne peut être mise en compte que si les médecins en cause exercent une spécialité chirurgicale différente et ne font pas partie d'une même association.

Lorsque deux médecins mettent en compte le tarif pour assistance opératoire, le médecin ayant effectué l'intervention doit fournir une justification écrite à la demande du contrôle médical de la sécurité sociale.

Dispositions particulières aux médecins spécialistes en anesthésie-réanimation

Art. 12.- Les actes d'anesthésie accompagnant une intervention, réalisés conformément au

présent article, sont des actes techniques réservés au médecin spécialiste en anesthésie-réanimation et concernent

- l'anesthésie générale par inhalation ou injection,
- l'anesthésie régionale type rachianesthésie, anesthésie épidurale ou anesthésie par infiltration de racines, plexus ou troncs nerveux,
- la surveillance per-opératoire continue par monitoring pour la durée totale d'une intervention faite sous anesthésie locale et sous sédation pour risque spécifique par l'intervention faite ou pour risque par une affection générale pouvant décompenser.

Ces actes ne sont pas cumulables avec les actes des sections 1 et 3 du chapitre 7 de la deuxième partie de l'annexe.

Sont compris dans le coefficient de l'acte d'anesthésie les prestations suivantes: les cathétérismes veineux central, artériel ou cardiaque, l'intubation (excepté 7A22), la surveillance, le monitoring, et la réanimation per-opératoire, la manipulation per-opératoire et la transfusion de sang, la réanimation et la surveillance post-anesthésique le jour de l'intervention, y compris celle en salle de réveil (non compris celle au lit du service de réanimation). Le protocole de l'anesthésie est compris.

L'anesthésie est à mettre en compte par le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation à un tarif correspondant à quarante-cinq pour cent du coefficient de l'acte en cause ou, le cas échéant, à quarante-cinq pour cent de la somme des coefficients des actes effectués lors de cette intervention, sans pouvoir être inférieur au coefficient 21,65. Sur son mémoire d'honoraires, le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation note le code du ou des actes complété par la lettre "A". Le coefficient minimum subit les majorations prévues à l'article 8, de même que celles prévues à l'alinéa qui suit.

En plus, il peut mettre en compte une majoration de vingt-cinq pour cent si l'anesthésie est pratiquée sur une personne âgée de plus de soixante-quinze ans ou sur un enfant de moins de quatorze ans. Dans ce cas, il complète le code de l'intervention par la lettre "V".

Le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation applique les mêmes règles de cumul et de réduction respectivement de majoration que le médecin effectuant l'intervention en cause.

L'examen pré-anesthésique (section 5 du chapitre 1 de la première partie), l'anesthésie définie à l'article 12, le forfait de soins intensifs (section 6 et 7 du chapitre 4 de la première partie) et les urgences extra-hospitalières (section 4 du chapitre 7 de la deuxième partie) sont à considérer comme actes faits dans une séance différente pour l'application de l'article 9, alinéa 1 et de l'article 10, avant-dernier alinéa.

Dispositions particulières à l'anesthésie locale

Art. 13.- En cas d'anesthésie locale, le tarif de l'acte auquel l'anesthésie se rapporte est majoré de quinze pour cent. L'anesthésie locale ne peut être mise en compte si simultanément une anesthésie au sens de l'alinéa 1er de l'article 12, est pratiquée. En outre elle ne peut être mise en compte, si le libellé de l'acte qu'elle accompagne comporte la précision "anesthésie locale comprise".

Sur le mémoire d'honoraires le médecin complète le code de l'intervention par la lettre "L".

L'anesthésie de contact est toujours comprise dans l'acte technique, respectivement la consultation.

Concordance des codes d'un acte technique en cas d'intervention pratiquée sous anesthésie

Art. 14.- En cas d'intervention pratiquée sous anesthésie, les codes appliqués par les différents médecins concernés doivent être concordants. En cas de contestation, le rapport de l'intervention fait foi.

Frais d'appareil et frais de matériel

Art. 15.- Le médecin ne peut mettre en compte un tarif spécifique pour couvrir les frais de location d'un appareil, que si ce tarif spécifique est prévu dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement et désigné par le code de l'acte correspondant complété par la lettre "X". La mise en compte de ce tarif spécifique ne peut être faite qu'à condition que l'acte technique correspondant puisse être mis en compte, que l'appareil soit, le cas échéant, dûment autorisé, que l'acte soit effectué en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question.

Le médecin ne peut mettre en compte les frais de matériel indiqués dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement en relation avec un acte technique, que s'il est effectué en milieu extra-hospitalier et qu'un tarif spécifique est inscrit dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement avec le code de l'acte correspondant complété par la lettre "M".

Les tarifs pour frais d'appareil et de matériel signalés respectivement par les lettres "X" et "M" à la dernière position du code ne subissent ni réduction ni majoration. Les dispositions de l'alinéa 1er de l'article 9 ne sont pas applicables.

Dispositions particulières aux actes de biologie médicale

Art. 16.- Par dérogation aux dispositions de l'article 1er, les médecins peuvent mettre en compte en supplément aux actes généraux et techniques les actes de biologie médicale conformément à la nomenclature pour les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique et conformément aux dispositions de la loi du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales.

Dispositions particulières aux actes d'imagerie médicale

Art. 17.- Les actes de radiologie prévus aux sections 1, 2 (sous-section 1) et 5 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en radiologie, ainsi que par les médecins qui ont été autorisés à cet effet par le ministre ayant dans ses attributions la santé dans le cadre de la loi du 10 août 1983 concernant l'utilisation médicale des rayonnements ionisants. En vertu de la même loi, les actes de médecine nucléaire (section 4 du chapitre 8) ne peuvent être exécutés et mis en compte que par les médecins spécialistes en médecine nucléaire, ainsi que par les médecins qui sont autorisés à exécuter certains actes de médecine nucléaire.

Le tarif de l'acte comprend obligatoirement la rédaction d'un rapport. Ce rapport est adressé au médecin qui a demandé l'examen par ordonnance, et, sur demande, au contrôle médical de la sécurité sociale ainsi qu' à tout autre médecin.

Lorsque, lors d'une même séance, plusieurs procédés d'imagerie médicale sont mis en oeuvre pour examiner le même organe, respectivement le même segment, ces procédés ne sont pas cumulables, sauf dérogations précisées dans la 2e partie de l'annexe ou accord du contrôle médical.

Les actes de la sous-section 1 (échographie), section 3, du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne sont pas cumulables entre eux.

La simple interprétation d'un film ne peut être mise en compte. Une radiographie de qualité défectueuse ne peut être mise en compte.

Rapports médicaux

Art. 18.- Pour tout acte technique de diagnostic ou de traitement, le rapport y relatif est compris dans le coefficient de cet acte. Ce rapport doit être communiqué sans délai au médecin ayant transféré le malade et, sur demande au médecin-conseil du contrôle médical ou à tout médecin ayant à traiter ce malade.

Un rapport écrit est obligatoire pour tout acte de traitement fait sous anesthésie au sens de

l'article 12 et pour tout acte technique de diagnostic. Sa rémunération est incluse dans le coefficient de l'acte en cause.

Le rapport R1 ne peut être mis en compte que dans les limites et conditions suivantes :

1. L'ordonnance médicale, établie par le médecin traitant identifié par son code médecin, doit contenir au moins la demande expresse d'un avis.
2. Le médecin consulté ne poursuit pas lui-même le traitement.

Les rapports R4 à R6 et R9 ne peuvent être mis en compte que s'ils sont demandés par l'organisme de sécurité sociale compétent et que s'ils comprennent toutes les données demandées par le formulaire et nécessaires pour permettre une conclusion adéquate par le contrôle médical de la sécurité sociale.

Dispositions particulières aux forfaits d'accouchement

Art. 19.- Les forfaits d'accouchement comprennent l'assistance à l'accouchement et l'anesthésie péridurale pour accouchement prévus à la sous-section 1 intitulée «Forfaits d'accouchement» de la section 1 intitulée «Obstétrique» du Chapitre 6 intitulé «Gynécologie» de la deuxième partie intitulée «Actes techniques» de l'annexe et à la section 5 intitulée «Anesthésie péridurale» du Chapitre 7 intitulé «Anesthésie-Réanimation» de la deuxième partie intitulée «Actes techniques» de l'annexe. L'assistance à l'accouchement exige une présence obligatoire du médecin pendant la phase d'expulsion. Pendant la phase de dilatation le médecin assure une disponibilité permanente.

Sont compris dans ces forfaits la surveillance médicale et les actes nécessaires le jour de l'accouchement, sauf ceux énumérés à la section 1 sous-section 3.

Sont compris en outre les consultations et visites pendant la durée du séjour de la mère à l'hôpital. Si la parturiente doit être hospitalisée plus de 10 jours par le médecin, celui-ci met en compte, à partir du 11^e jour, les forfaits d'hospitalisation «F12 ou F121» (maximum 4 jours) et suivants.

Sont compris aussi dans le forfait d'accouchement les consultations ambulatoires éventuelles des cinq premiers jours suivant l'accouchement.

En cas de césarienne ou en cas de l'évacuation de l'utérus gravide avant la date de viabilité légale du fœtus, les forfaits d'accouchement ne sont pas à mettre en compte par le médecin.

Le médecin qui n'est appelé qu'après l'expulsion de l'enfant, met en compte les actes techniques à faire et les tarifs du traitement postopératoire («F31 ou F311» et suivants).

Dispositions relatives au dispositif du médecin référent

Art. 20.- En application de l'article 19bis, alinéa 1, point 5) du Code de la sécurité sociale, seules les pathologies chroniques graves suivantes peuvent donner lieu à la mise en compte de la position MR02:

1	Accident vasculaire cérébral invalidant
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
4	Bilharziose compliquée
5	Insuffisance cardiaque, trouble du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
7	Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2
9	Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave
10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
12	Hypertension artérielle sévère

13	Maladie coronaire
14	Insuffisance respiratoire chronique grave
15	Maladie d'Alzheimer et autres démences
16	Maladie de Parkinson
17	Maladies métaboliques héréditaires
18	Mucoviscidose
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique
20	Paraplégie
21	PAN, LEAD, sclérodermie généralisée
22	Polyarthrite rhumatoïde
23	Affections psychiatriques de longue durée
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
25	Sclérose en plaques
26	Scoliose structurale évolutive
27	Spondylarthrite ankylosante grave
28	Suites de transplantation d'organe
29	Tuberculose active
30	Tumeur maligne

Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1 du présent règlement grand-ducal	Tarifs
---	--------

NOMENCLATURE DES ACTES ET SERVICES DES MEDECINS

PREMIERE PARTIE : ACTES GENERAUX

Chapitre 1 - Consultations

Section 1 - Consultations normales

- 1) Consultation du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie
- 2) Consultation du médecin spécialiste en
 - médecine interne
 - oncologie
 - endocrinologie, maladies du métabolisme et de la nutrition
 - hématologie
 - immunologie
 - maladies contagieuses
 - néphrologie
- 3) Consultation du médecin spécialiste en cardiologie et angiologie
- 4) Consultation du médecin spécialiste en gastro-entérologie
- 5) Consultation du médecin spécialiste en pneumologie
- 6) Consultation du médecin spécialiste en pédiatrie pour un enfant jusqu'à l'âge de 18 ans
- 7) Consultation du médecin spécialiste en pédiatrie
- 8) Consultation du médecin spécialiste en dermato-vénéréologie
- 9) Consultation du médecin spécialiste en psychiatrie ou en psychiatrie infantile
- 10) Consultation du médecin spécialiste en neurologie et en neuropsychiatrie
- 11) Consultation du médecin spécialiste en rhumatologie
- 12) Consultation du médecin spécialiste en rééducation et en réadaptation fonctionnelles
- 13) Consultation du médecin spécialiste en
 - chirurgie générale
 - orthopédie
 - chirurgie plastique
 - chirurgie thoracique
 - chirurgie vasculaire
 - chirurgie pédiatrique
 - neurochirurgie
 - chirurgie gastro-entérologique
 - chirurgie maxillo-faciale
- 14) Consultation du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique
- 15) Consultation du médecin spécialiste en urologie
- 16) Consultation du médecin spécialiste en ophtalmologie
- 17) Consultation du médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie
- 18) Consultation du médecin spécialiste en stomatologie
- 19) Consultation du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation (non en rapport avec un examen pré-anesthésique)
- 20) Consultation du médecin spécialiste en radiodiagnostic, en radiothérapie, en médecine nucléaire
- 29) Consultation faite au Luxembourg par un professeur d'université ne résidant pas au Luxembourg

Section 2 - Consultations majorées

- 1) Consultation majorée du médecin spécialiste en
 - médecine interne
 - oncologie
 - endocrinologie
 - hématologie
 - immunologie
 - maladies contagieuses
 - néphrologie
- 2) Consultation majorée du médecin spécialiste en gastro-entérologie
- 3) Consultation majorée du médecin spécialiste en neurologie ou neuropsychiatrie
- 4) Consultation majorée du médecin spécialiste en psychiatrie
- 5) Consultation majorée du médecin spécialiste en rhumatologie
- 6) Consultation majorée du médecin spécialiste en rééducation et réadaptation

Valeur lettre-clé à indice 100: 0,51623

Cote d'application:	775,17	794,54	814,40
Valeur lettre-clé:	4,0017	4,1017	4,2042
Valable à partir du:	01.03.2014		

Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
C1	9,75	39,00	40,00	41,00
C2	9,87	39,50	40,50	41,50
C3	7,73	30,90	31,70	32,50
C4	7,73	30,90	31,70	32,50
C5	8,22	32,90	33,70	34,60
C6	10,77	43,10	44,20	45,30
C7	7,73	30,90	31,70	32,50
C8	9,93	39,70	40,70	41,70
C9	7,73	30,90	31,70	32,50
C10	12,31	49,30	50,50	51,80
C11	9,06	36,30	37,20	38,10
C12	8,44	33,80	34,60	35,50
C13	7,73	30,90	31,70	32,50
C14	7,73	30,90	31,70	32,50
C15	7,73	30,90	31,70	32,50
C16	10,65	42,60	43,70	44,80
C17	7,73	30,90	31,70	32,50
C18	7,73	30,90	31,70	32,50
C19	6,59	26,40	27,00	27,70
C20	7,73	30,90	31,70	32,50
C29	7,20	28,80	29,50	30,30
C30	15,34	61,40	62,90	64,50
C31	14,04	56,20	57,60	59,00
C32	15,08	60,30	61,90	63,40
C33	14,04	56,20	57,60	59,00
C34	14,18	56,70	58,20	59,60
C35	14,04	56,20	57,60	59,00

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
fonctionnelles					
7) Consultation majorée du médecin spécialiste en neurochirurgie	C36	14,04	56,20	57,60	59,00
8) Consultation majorée faite au Luxembourg par un professeur d'université ne résidant pas au Luxembourg	C37	21,06	84,30	86,40	88,50
9) Consultation majorée du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie	C38	14,04	56,20	57,60	59,00
10) Consultation majorée du médecin spécialiste en radiothérapie	C39	15,34	61,40	62,90	64,50
11) Consultation majorée du médecin spécialiste en dermatologie	C40	15,34	61,40	62,90	64,50
Section 3 - Tarifs spéciaux					
1) Renouvellement d'ordonnance	C41	3,53	14,10	14,50	14,80
2) Injections et pansements en série, par séance (non applicable pour médicaments non à charge , sauf vaccin)	C42	3,53	14,10	14,50	14,80
Section 4 - Consultations spéciales					
<i>Sous-section 1 - Tous les médecins à l'exception des médecins-spécialistes en pédiatrie</i>					
1) Consultation urgente	C51	9,75	39,00	40,00	41,00
2) Consultation du soir demandée et faite entre 20 et 22 heures	C52	12,80	51,20	52,50	53,80
3) Consultation de dimanche et de jour férié légal	C53	12,80	51,20	52,50	53,80
4) Consultation de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	C54	18,95	75,80	77,70	79,70
<i>Sous-section 2 - Médecins-spécialistes en pédiatrie</i>					
1) Consultation urgente du pédiatre	C55	13,46	53,90	55,20	56,60
2) Consultation du soir demandée et faite entre 20 et 22 heures du pédiatre	C56	16,33	65,30	67,00	68,70
3) Consultation de dimanche et de jour férié légal du pédiatre	C57	16,33	65,30	67,00	68,70
4) Consultation de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures du pédiatre	C58	22,43	89,80	92,00	94,30
<i>Sous-section 3 - Consultation dans le cadre du service d'urgence de l'hôpital</i>					
1) Consultation faite entre 7 et 20 heures	C59	9,08	36,30	37,20	38,20
Section 5 - Examen pré-anesthésique du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation					
1) Examen pré-anesthésique à l'hôpital avant l'intervention	C61	6,51	26,10	26,70	27,40
2) Examen pré-anesthésique à l'hôpital devant être fait le soir entre 20 et 22 heures	C62	11,46	45,90	47,00	48,20
3) Examen pré-anesthésique à l'hôpital devant être fait le dimanche ou un jour férié légal	C63	11,46	45,90	47,00	48,20
4) Examen pré-anesthésique à l'hôpital devant être fait la nuit entre 22 et 7 heures	C64	16,97	67,90	69,60	71,30
5) Examen pré-anesthésique pour intervention programmée	C71	6,51	26,10	26,70	27,40
6) Ré-examen pré-anesthésique moins de 24 heures avant une anesthésie générale, suite à un premier examen pré-anesthésique pour intervention programmée	C74	6,51	26,10	26,70	27,40
REMARQUES:					
Pour l'ensemble des examens en vue d'une anesthésie générale (au sens de l'article 12) une seule des positions C61 à C71 peut être mise en compte par l'anesthésiste-réanimateur. Le ré-examen C74 peut être mis en compte en plus si cet examen est fait en dehors du bloc opératoire. Le protocole de ces examens est compris. Les positions (majorées) C62 à C64 ne peuvent être mises en compte que pour des interventions non programmées.					
Pour des interventions ultérieures au cours de la même hospitalisation ou pendant une période de 3 semaines, seule la position C74 peut être mise en compte une nouvelle fois. L'examen pré-anesthésique ne peut être mis en compte en cas d'hospitalisation en réanimation par l'anesthésiste avant l'intervention nécessitant une anesthésie.					
Chapitre 2 - Visites					
Section 1 - Visites en milieu extra-hospitalier					
<i>Sous-section 1 - Tous les médecins à l'exception des médecins-spécialistes en pédiatrie</i>					
1) Visite du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie	V1	14,56	58,30	59,70	61,20
2) Visite du médecin spécialiste	V2	12,48	49,90	51,20	52,50
3) Visite urgente	V3	15,86	63,50	65,10	66,70
4) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures	V4	18,72	74,90	76,80	78,70
5) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures	V5	15,86	63,50	65,10	66,70
6) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	V6	18,72	74,90	76,80	78,70
7) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	V7	25,32	101,30	103,90	106,50
8) Visite majorée du médecin généraliste ou du médecin spécialiste en gériatrie	V8	17,44	69,80	71,50	73,30

Sous-section 2 - Médecins-spécialistes en pédiatrie

- 1) Visite du pédiatre pour un enfant jusqu'à l'âge de 14 ans accomplis
- 2) Visite du pédiatre
- 5) Visite urgente
- 6) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures
- 7) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures
- 8) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal
- 9) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures

Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
V10	14,56	58,30	59,70	61,20
V11	12,48	49,90	51,20	52,50
V12	18,41	73,70	75,50	77,40
V13	21,27	85,10	87,20	89,40
V14	18,41	73,70	75,50	77,40
V15	21,27	85,10	87,20	89,40
V16	27,72	110,90	113,70	116,50

Sous-section 3 - Médecins généralistes et médecins spécialistes en gériatrie en cas de visite auprès d'un patient relevant de l'assurance dépendance ou déclaré «soins palliatifs» ou en cas de certificat de décès

- 1) Visite du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie
- 2) Visite urgente
- 3) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures
- 4) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures
- 5) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal
- 6) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures

V101	18,72	74,90	76,80	78,70
V301	18,72	74,90	76,80	78,70
V401	18,72	74,90	76,80	78,70
V501	18,72	74,90	76,80	78,70
V601	18,72	74,90	76,80	78,70
V701	25,32	101,30	103,90	106,50

Section 2 - Visites en milieu hospitalier

Sous-section 1 - Tous les médecins à l'exception des médecins-spécialistes en pédiatrie

- 1) Visite du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie
- 2) Visite du médecin spécialiste
- 3) Visite urgente
- 4) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures
- 5) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures
- 6) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal
- 7) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures

V20	12,48	49,90	51,20	52,50
V21	12,48	49,90	51,20	52,50
V22	15,86	63,50	65,10	66,70
V23	18,72	74,90	76,80	78,70
V24	15,86	63,50	65,10	66,70
V25	18,72	74,90	76,80	78,70
V26	25,32	101,30	103,90	106,50

Sous-section 2 - Médecins-spécialistes en pédiatrie

- 1) Visite du pédiatre pour un enfant jusqu'à l'âge de 14 ans accomplis
- 2) Visite du pédiatre
- 3) Visite urgente
- 4) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures
- 5) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures
- 6) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal
- 7) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures

V30	14,56	58,30	59,70	61,20
V31	12,48	49,90	51,20	52,50
V32	18,41	73,70	75,50	77,40
V33	21,27	85,10	87,20	89,40
V34	18,41	73,70	75,50	77,40
V35	21,27	85,10	87,20	89,40
V36	27,72	110,90	113,70	116,50

Chapitre 3 - Déplacements

- 1) Indemnité horo-kilométrique par kilomètre
- 2) Indemnité horo-kilométrique, par kilomètre, pour le service de garde en médecine générale réglementée par convention entre l'Etat et l'Association des Médecins et Médecins-dentistes

K1	0,47	1,90	1,90	2,00
K2	1,00	4,00	4,10	4,20

Chapitre 4 - Traitement hospitalier stationnaire ou ambulatoire

Section 1 - Traitement hospitalier stationnaire général

- 1) 1er jour d'hospitalisation
- 2) 1er jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal
- 3) 2e au 14e jour d'hospitalisation, par jour
- 4) 2e au 14e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal
- 5) 15e au 42e jour d'hospitalisation, par jour
- 6) A partir du 43e jour d'hospitalisation, par jour

F11	3,92	15,70	16,10	16,50
F111	6,86	27,50	28,10	28,80
F12	3,92	15,70	16,10	16,50
F121	6,86	27,50	28,10	28,80
F13	1,99	8,00	8,20	8,40
F14	0,97	3,90	4,00	4,10

Section 2 - Traitement hospitalier stationnaire interne

- 1) 1er jour d'hospitalisation en cas de malade transféré à un médecin spécialiste
- 2) 1er jour d'hospitalisation en cas de malade transféré à un médecin spécialiste, le dimanche ou un jour férié légal
- 3) 1er jour d'hospitalisation (malade non transféré)
- 4) 1er jour d'hospitalisation (malade non transféré), le dimanche ou un jour férié légal
- 5) 2e au 14e jour d'hospitalisation, par jour
- 6) 2e au 14e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal
- 7) 15e au 42e jour d'hospitalisation, par jour
- 8) A partir du 43e jour d'hospitalisation, par jour

F20	23,38	93,60	95,90	98,30
F201	40,92	163,70	167,80	172,00
F21	8,31	33,30	34,10	34,90
F211	14,54	58,20	59,60	61,10
F22	6,30	25,20	25,80	26,50
F221	11,03	44,10	45,20	46,40
F23	3,27	13,10	13,40	13,70
F24	0,97	3,90	4,00	4,10

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
9) 1er jour d'hospitalisation d'un malade transféré à un médecin spécialiste en médecine interne ou en oncologie	F25	29,26	117,10	120,00	123,00
10) 1er jour d'hospitalisation d'un malade transféré à un médecin spécialiste en médecine interne ou en oncologie, le dimanche ou un jour férié légal	F251	51,21	204,90	210,00	215,30
11) 1er jour d'hospitalisation par un médecin spécialiste en médecine interne ou en oncologie (malade non transféré)	F26	14,63	58,50	60,00	61,50
12) 1er jour d'hospitalisation par un médecin spécialiste en médecine interne ou en oncologie (malade non transféré), le dimanche ou un jour férié légal	F261	25,60	102,40	105,00	107,60
13) 1er jour d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans transféré à un médecin spécialiste en pédiatrie	F27	23,38	93,60	95,90	98,30
14) 1er jour d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans transféré à un médecin spécialiste en pédiatrie, le dimanche ou un jour férié légal	F271	40,92	163,70	167,80	172,00
15) 1er jour d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans par un médecin spécialiste en pédiatrie (malade non transféré)	F28	8,31	33,30	34,10	34,90
16) 1er jour d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans par un médecin spécialiste en pédiatrie (malade non transféré), le dimanche ou un jour férié légal	F281	14,54	58,20	59,60	61,10
Section 3 - Traitement hospitalier stationnaire post-opératoire					
1) 1er au 7e jour d'hospitalisation, par jour	F31	3,34	13,40	13,70	14,00
2) 1er au 7e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal	F311	5,85	23,40	24,00	24,60
3) 8e au 14e jour d'hospitalisation, par jour	F32	1,66	6,60	6,80	7,00
4) 8e au 14e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal	F321	2,91	11,60	11,90	12,20
5) 15e au 42e jour d'hospitalisation, par jour	F33	1,08	4,30	4,40	4,50
6) A partir du 43e jour d'hospitalisation, par jour	F34	0,97	3,90	4,00	4,10
Section 4 - Traitement hospitalier stationnaire de longue durée					
1) Traitement en cas d'hébergement reconnu, par jour	F40	0,96	3,80	3,90	4,00
2) Traitement stationnaire dans un centre de rééducation gériatrique, par jour d'hospitalisation	F42	4,05	16,20	16,60	17,00
3) Traitement stationnaire dans un établissement spécialisé de rééducation fonctionnelle et réadaptation, par jour d'hospitalisation	F43	9,97	39,90	40,90	41,90
4) Traitement stationnaire dans un établissement spécialisé de réhabilitation psychiatrique, par jour d'hospitalisation en soins normaux	F48	10,57	42,30	43,40	44,40
5) Traitement stationnaire dans un établissement spécialisé de réhabilitation psychiatrique, par jour d'hospitalisation en unité fermée	F49	13,11	52,50	53,80	55,10
REMARQUES:					
1) La position F42 est réservée au médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles attaché à un service de rééducation gériatrique.					
2) La position F43 est réservée au médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles attaché au centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation.					
3) Les positions F48 et F49 sont réservées au médecin spécialiste en psychiatrie attaché au Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique. Ces forfaits comprennent les actes techniques prévus à la sous-section 2 - Psychiatrie de la section 5 du chapitre 1 de la deuxième partie de l'annexe et ne peuvent être remplacés par ceux-ci.					
Section 5 - Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs spécifiques par les médecins spécialistes					
1) 1er et 2e jour de soins intensifs, par jour	F51	46,10	184,50	189,10	193,80
2) 1er et 2e jour de soins intensifs, le dimanche ou un jour férié légal	F511	69,15	276,70	283,60	290,70
3) 3e au 6e jour de soins intensifs, par jour	F52	23,38	93,60	95,90	98,30
4) 3e au 6e jour de soins intensifs, le dimanche ou un jour férié légal	F521	35,07	140,30	143,80	147,40
REMARQUE:					
A la fin du traitement avec soins intensifs ou à partir du 7e jour, voir section 2, point 5 ou 6.					
Section 6 - Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs par le médecin anesthésiste-réanimateur					
<i>Sous-section 1 - Soins intensifs non en rapport avec une intervention sous anesthésie générale</i>					
1) 1er et 2e jour de soins intensifs, par jour	F61	49,88	199,60	204,60	209,70
2) 1er et 2e jour de soins intensifs, le dimanche ou un jour férié légal	F611	74,82	299,40	306,90	314,60
3) A partir du 3e jour de soins intensifs, par jour	F62	19,44	77,80	79,70	81,70
4) A partir du 3e jour de soins intensifs, le dimanche ou un jour férié légal	F621	29,16	116,70	119,60	122,60

Sous-section 2 - Soins intensifs post-opératoires (moins de 96 heures après une intervention sous anesthésie générale)

- 1) 1er et 2e jour de soins intensifs post-opératoires, par jour
- 2) 1er et 2e jour de soins intensifs post-opératoires, le dimanche ou un jour férié légal
- 3) A partir du 3e jour de soins intensifs post-opératoires, par jour
- 4) A partir du 3e jour de soins intensifs post-opératoires, le dimanche ou un jour férié légal

Sous-section 3 - Soins intensifs par anesthésie péridurale continue ou par anesthésie continue d'un tronc ou plexus nerveux (mise en place comprise), non en rapport avec une intervention sous anesthésie au sens de l'article 12, alinéa 1

- 1) Traitement par anesthésie continue, par jour
- 2) Traitement par anesthésie continue, le dimanche ou un jour férié légal

Sous-section 4 - Traitement de la douleur aiguë post-opératoire d'un malade non hospitalisé au service de réanimation, par PCA avec pompe à morphine ou anesthésie continue d'un tronc ou plexus nerveux (mise en place comprise)

- 1) Traitement de la douleur aiguë post-opératoire, par jour
- 2) Traitement de la douleur aiguë post-opératoire, le dimanche ou un jour férié légal

REMARQUE:

Les positions F69 et F691 ne peuvent être mises en compte que pour les actes opératoires suivants:

- 2F13, 2F14, 2F46, 2F47
- 2K52, 2K65
- 2E41, 2E49, 2E62, 2E90 à 2E97
- 2T21 à 2T23, 2T42, 2T51 à 2T53, 2T61, 2T73, 2T74, 2T81, 2T82
- 2A53, 2A54, 2D43, 2D44, 2D83, 2D84, 2B42, 2B44, 2B62, 2B63, 2R32, 2R42, 2R43, 2R71 à 2R73
- 2N32, 2V35, 2V65, 2V73, 2V75, 2V82 à 2V85, 2V92, 2V94 à 2V96
- 3L72 à 3L77, 3L91
- 5A22, 5R53 à 5R57, 5R91, 5V23 à 5V25
- 6G83, 6G94

Section 7 - Traitement hospitalier stationnaire avec manoeuvres de réanimation complexes par le médecin anesthésiste-réanimateur

Sous-section 1 - Réanimation non en rapport avec une intervention sous anesthésie générale

- 1) 1er et 2e jour de réanimation, par jour
- 2) 1er et 2e jour de réanimation, le dimanche ou un jour férié légal
- 3) 3e et 4e jour de réanimation, par jour
- 4) 3e et 4e jour de réanimation, le dimanche ou un jour férié légal
- 5) A partir du 5e jour de réanimation, par jour
- 6) A partir du 5e jour de réanimation, le dimanche ou un jour férié légal

Sous-section 2 - Réanimation complexe post-opératoire (moins de 96 heures après une intervention sous anesthésie générale)

- 1) 1er et 2e jour de réanimation post-opératoire, par jour
- 2) 1er et 2e jour de réanimation post-opératoire, le dimanche ou un jour férié légal
- 3) 3e et 4e jour de réanimation post-opératoire, par jour
- 4) 3e et 4e jour de réanimation post-opératoire, le dimanche ou un jour férié légal
- 5) A partir du 5e jour de réanimation post-opératoire, par jour
- 6) A partir du 5e jour de réanimation post-opératoire, le dimanche ou un jour férié légal

Section 8 - Traitement hospitalier stationnaire avec manoeuvres de réanimation complexes par équipe de spécialistes en pédiatrie

- 1) Forfait par jour
- 2) Forfait le dimanche ou un jour férié légal

Section 9 - Traitement hospitalier stationnaire interne en unité ou en service de soins palliatifs

- 1) Forfait par jour
- 2) Forfait le dimanche ou un jour férié légal

REMARQUE:

Ces forfaits comprennent les actes techniques de la deuxième partie de l'annexe et ne peuvent pas être remplacés par ceux-ci. La mise en compte des forfaits F85 et F851 est

Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
F65	29,90	119,70	122,60	125,70
F651	44,85	179,50	184,00	188,60
F66	29,90	119,70	122,60	125,70
F661	44,85	179,50	184,00	188,60
F68	19,44	77,80	79,70	81,70
F681	29,16	116,70	119,60	122,60
F69	19,44	77,80	79,70	81,70
F691	29,16	116,70	119,60	122,60
F71	113,62	454,70	466,00	477,70
F711	170,43	682,00	699,10	716,50
F72	56,81	227,30	233,00	238,80
F721	85,22	341,00	349,50	358,30
F73	34,03	136,20	139,60	143,10
F731	51,05	204,30	209,40	214,60
F75	57,50	230,10	235,80	241,70
F751	86,25	345,10	353,80	362,60
F76	57,50	230,10	235,80	241,70
F761	86,25	345,10	353,80	362,60
F77	57,50	230,10	235,80	241,70
F771	86,25	345,10	353,80	362,60
F80	58,06	232,30	238,10	244,10
F801	87,09	348,50	357,20	366,10
F85	15,34	61,40	62,90	64,50
F851	26,85	107,40	110,10	112,90

subordonnée au respect de l'application des articles 3 et 4 du règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs pris en exécution de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.

Section 10 - Traitement hospitalier ambulatoire en place de surveillance

- 1) Forfait par jour en cas de malade transféré à un médecin spécialiste
- 2) Forfait par jour (malade non transféré)

Chapitre 5 - Rapports

Section 1 - Rapports au médecin traitant

- 1) Rapport détaillé au médecin traitant concernant
 - l'examen clinique général
 - les résultats d'examens complémentaires
 - le diagnostic positif (et différentiel)
 - les propositions de traitement
- 2) Rapport détaillé au médecin traitant après hospitalisation en cas de décès du malade; rapport rédigé par un médecin n'ayant pas pratiqué d'intervention chirurgicale ou par un médecin ayant fait un traitement post-opératoire dépassant 4 semaines; le contenu du rapport doit correspondre aux points énumérés pour R1
- 3) Rapport au médecin traitant après hospitalisation stationnaire, rédigé par un médecin n'ayant pas pratiqué d'intervention chirurgicale et portant sur les points énumérés pour R1
- 4) Rapport au médecin traitant, rédigé par un médecin; à la suite d'une intervention chirurgicale compliquée ayant entraîné une durée d'hospitalisation post-opératoire dépassant 4 semaines

Section 2 - Rapports au contrôle médical de la sécurité sociale

- 1) Examen général et rapport dans le cadre de l'instruction d'une demande en obtention d'une pension d'invalidité ou dans le cadre d'une incapacité de travail prolongée à charge de l'assurance maladie
- 2) Rapport médical dans le cadre de la fixation éventuelle d'un taux d'incapacité de travail partielle permanente (IPP)
- 3) Rapport après hospitalisation pour accident de travail
- 4) Déclaration d'une maladie professionnelle par le médecin traitant
- 5) Rapport médical de constitution de dossier en cas d'accident du travail
- 6) Rapport médical en vue de la réouverture d'un dossier accident
- 7) Rapport médical dans le cadre d'une demande en aggravation d'un accident du travail consolidé

Section 3 - Rapport à la cellule d'évaluation et d'orientation

- 1) Rapport du médecin traitant dans le cadre de l'instruction d'une demande en obtention de prestations de l'assurance dépendance (non cumulable avec consultation ou visite)

Chapitre 6 - Examens à visée préventive et de dépistage

Section 1 - Examen prénuptial

- 1) Examen médical avant mariage avec établissement d'un certificat, tel que prévu par la loi du 19 décembre 1972 et le règlement grand-ducal du 14 mars 1973

Section 2 - Examens prénatals de la femme et examens des enfants jusqu'à l'âge de deux ans, tels que prévus par les articles 277 à 293 du chapitre III intitulé «Allocation de naissance» du livre IV intitulé «Prestations familiales» du Code de la sécurité sociale

Sous-section 1 - Examens prénatals

- 1) 1er examen effectué par le médecin habilité à cet effet par la loi avant la fin du 3e mois de la grossesse comportant la remise du carnet dûment complété
- 2) 2e examen (au plus tard dans la deuxième quinzaine du 4e mois)
- 3) 3e examen (au cours du 6e mois)
- 4) 4e examen (dans les quinze premiers jours du 8e mois)
- 5) 5e examen (dans les quinze premiers jours du 9e mois)

Sous-section 2 - Examen postnatal

- 1) 6e examen dans les 8 semaines après l'accouchement

Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
F90	23,38	93,60	95,90	98,30
F91	8,31	33,30	34,10	34,90
R1	9,05	36,20	37,10	38,00
R10	9,05	36,20	37,10	38,00
R2	13,58	54,30	55,70	57,10
R3	13,58	54,30	55,70	57,10
R4	14,30	57,20	58,70	60,10
R5	10,08	40,30	41,30	42,40
R6	11,44	45,80	46,90	48,10
R8	6,24	25,00	25,60	26,20
R9	6,24	25,00	25,60	26,20
R11	6,24	25,00	25,60	26,20
R12	6,24	25,00	25,60	26,20
R20	14,30	57,20	58,70	60,10
E1	22,13	88,60	90,80	93,00
E2	17,03	68,10	69,90	71,60
E3	8,00	32,00	32,80	33,60
E4	8,00	32,00	32,80	33,60
E5	8,00	32,00	32,80	33,60
E6	8,00	32,00	32,80	33,60
E7	8,00	32,00	32,80	33,60

Sous-section 3 - Examens médicaux des enfants en bas âge par un pédiatre

- 1) 1er examen périnatal, effectué par le médecin habilité à ces fins par la loi, dans les 48 heures qui suivent la naissance comportant la remise du carnet dûment complété
- 2) 2e examen périnatal à la sortie de la maternité ou entre le 5e et le 10e jour de la naissance
- 3) 3e examen périnatal à l'âge de 4 à 6 semaines
- 4) 4e examen périnatal à l'âge de 4 à 6 mois
- 5) 5e examen périnatal à l'âge de 9 à 12 mois
- 6) 6e examen périnatal à l'âge de 21 à 24 mois

REMARQUES:

- 1) Ces actes ne pourront être mis en compte qu'une seule fois par enfant.
- 2) La période de validation provisoire des coefficients de ces actes est fixée jusqu'au 30 juin 2015.

Sous-section 4 - Examens médicaux des enfants en bas âge par un médecin autre que le pédiatre

- 1) 3e examen périnatal à l'âge de 4 à 6 semaines
- 2) 4e examen périnatal à l'âge de 4 à 6 mois
- 3) 5e examen périnatal à l'âge de 9 à 12 mois
- 4) 6e examen périnatal à l'âge de 21 à 24 mois

Section 3 - Examens médicaux systématiques pour les enfants âgés de deux à quatre ans prévus par la loi du 15 mai 1984

- 1) Examen effectué entre l'âge de 30 et 36 mois par un médecin généraliste, par un médecin spécialiste en pédiatrie ou en médecine interne
- 2) Examen effectué entre l'âge de 42 et 48 mois par un médecin généraliste, par un médecin spécialiste en pédiatrie ou en médecine interne

REMARQUES:

- 1) Ces actes ne pourront être mis en compte qu'une seule fois par enfant.
- 2) Les actes de la présente section sont réservés au médecin spécialisé en pédiatrie.
- 3) La période de validation provisoire des coefficients de ces actes est fixée jusqu'au 30 juin 2015.

Section 4 - Examens médicaux dans le cadre d'un programme de médecine préventive élaboré par la direction de la santé en collaboration avec la CNS

- 1) Consultation effectuée par les médecins généralistes, les médecins spécialistes en gériatrie, les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique, en médecine interne ou en oncologie médicale dans le cadre du programme de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie : communication du résultat de la mammographie, anamnèse et examen clinique, évaluation du risque de cancer du sein et conseils spécifiques
- 2) Consultation suivie du traitement d'initialisation en vue du sevrage tabagique dans le cadre du programme pilote d'aide au sevrage tabagique
- 3) Consultation suivie du bilan final et de l'établissement de la feuille d'évaluation dans le cadre du programme pilote d'aide au sevrage tabagique
- 4) Consultation suivie de l'établissement de la fiche de prévention validée par la direction de la santé

REMARQUES:

- 1) La position E45 ne peut être mise en compte au plus tôt qu'après huit mois à compter de la date de la position E40.
- 2) La mise en compte de l'acte E60 est conditionnée par la prise d'effet d'une déclaration médecin référent telle que prévue par l'article 19bis du Code de la sécurité sociale.
- 3) La mise en compte de l'acte E60 est limitée à une fois tous les trois ans pour les patients âgés entre 18 et 69 ans accomplis.
- 4) Le médecin utilise les documents-types de la fiche de prévention mis à disposition par la CNS.
- 5) La période de validation provisoire de l'acte E60 est fixée à partir du 1er janvier 2014 jusqu'au 30 juin 2015 et le délai de révision obligatoire est fixé du 1er janvier 2014 jusqu'au 31 décembre 2017.

Chapitre 7 - Forfaits médicaux pour surveillance des cures thermales

- 1) Foie/Rhumatisme, pour 21 jours
- 2) Foie/Rhumatisme, par journée
- 3) Voies respiratoires inférieures, pour 21 jours
- 4) Voies respiratoires inférieures, par journée
- 5) Voies respiratoires supérieures, pour 21 jours

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif 1</u>	<u>Tarif 2</u>	<u>Tarif 3</u>
E8	15,08	60,30	61,90	63,40
E9	15,08	60,30	61,90	63,40
E10	15,08	60,30	61,90	63,40
E11	15,08	60,30	61,90	63,40
E12	15,08	60,30	61,90	63,40
E13	15,08	60,30	61,90	63,40
E14	8,98	35,90	36,80	37,80
E15	8,98	35,90	36,80	37,80
E16	8,98	35,90	36,80	37,80
E17	8,98	35,90	36,80	37,80
E18	15,08	60,30	61,90	63,40
E19	15,08	60,30	61,90	63,40
E20	10,32	41,30	42,30	43,40
E40	20,49	82,00	84,00	86,10
E45	8,78	35,10	36,00	36,90
E60	21,00	84,00	86,10	88,30
G1	31,20	124,90	128,00	131,20
G2	1,48	5,90	6,10	6,20
G3	31,20	124,90	128,00	131,20
G4	1,48	5,90	6,10	6,20
G5	31,20	124,90	128,00	131,20

- 6) Voies respiratoires supérieures, par journée
- 7) Stase lympho-veineuse, pour 21 jours
- 8) Stase lympho-veineuse, par journée
- 9) Obésité pathologique, pour 21 jours
- 10) Obésité pathologique, par journée

Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
G6	1,48	5,90	6,10	6,20
G7	31,20	124,90	128,00	131,20
G8	1,48	5,90	6,10	6,20
G9	31,20	124,90	128,00	131,20
G10	1,48	5,90	6,10	6,20

REMARQUES:

- 1) Le coefficient des positions du présent chapitre comprend le rapport clinique au médecin traitant et au contrôle médical de la sécurité sociale.
- 2) Pour les cures thermales pour obésité pathologique et pour stase lympho-veineuse, la transmission du rapport clinique au contrôle médical de la sécurité sociale est obligatoire et systématique.

Chapitre 8 - Forfaits médicaux pour suivi dans un centre de jour

- 1) Forfait par demi-journée pour un enfant présent au centre de jour du service national de psychiatrie infantile
- 2) Forfait par demi-journée pour un enfant présent au centre de jour du service national de psychiatrie juvénile
- 3) Forfait par demi-journée pour un patient présent à l'hôpital de jour rattaché à l'un des services régionaux de psychiatrie
- 4) Forfait pour le traitement d'un patient dans un hôpital de jour psychiatrique, par jour, pour une durée maximale de 90 jours par année
- 5) Forfait pour le traitement d'un patient dans un établissement spécialisé de rééducation fonctionnelle et réadaptation, par jour

J1	12,28	49,10	50,40	51,60
J2	12,28	49,10	50,40	51,60
J3	8,79	35,20	36,10	37,00
J4	8,79	35,20	36,10	37,00
J9	3,80	15,20	15,60	16,00

REMARQUES:

- 1) La position J1 est réservée au médecin spécialiste en psychiatrie infantile intervenant au centre de jour du service national de psychiatrie infantile.
- 2) La position J2 est réservée au médecin spécialiste en psychiatrie infantile intervenant au centre de jour du service national de psychiatrie juvénile.
- 3) La position J3 qui n'est imputable qu'une fois par jour et par patient et au maximum quarante fois par année, est réservée au médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie intervenant à l'hôpital de jour rattaché à un service régional de psychiatrie.
- 4) La position J4 qui n'est imputable qu'une fois par jour et par patient et au maximum quatre-vingt-dix fois par année, est réservée au médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie intervenant à l'hôpital de jour rattaché au Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique.
- 5) La position J9 est réservée au médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles intervenant au centre national de rééducation fonctionnelle et réadaptation. Pour les jours de traitement de rééducation au centre, le forfait J9 est à mettre en compte et ne peut être remplacé par un acte général.

Chapitre 9 - Médecin référent

- 1) Forfait pour la gestion du dossier de soins partagé englobant l'établissement, la gestion et la remise du résumé patient, chez le patient ne remplissant pas les conditions de la mise en compte de l'acte MR02 et dont l'âge se situe entre 18 et 69 ans accomplis:
 - mise en compte limitée à une fois tous les 12 mois
 - première mise en compte au plus tôt après 12 mois à compter à partir de la prise d'effet d'une déclaration médecin référent telle que prévue par l'article 19bis du Code de la sécurité sociale
 - mise en compte conditionnée par au moins une consultation dans les 12 mois précédant la mise en compte du forfait.
- 2) Forfait pour la gestion du dossier de soins partagé englobant l'établissement, la gestion et la remise du résumé patient, chez le patient atteint d'une pathologie chronique grave figurant à l'article 20 ou ayant atteint l'âge de 70 ans:
 - mise en compte limitée à une fois tous les 6 mois
 - première mise en compte au plus tôt après 6 mois à compter à partir de la prise d'effet d'une déclaration médecin référent telle que prévue par l'article 19bis du Code de la sécurité sociale
 - mise en compte conditionnée par au moins une consultation dans les 6 mois précédant la mise en compte du forfait.

MR01	14,04	56,20	57,60	59,00
MR02	24,71	98,90	101,40	103,90

REMARQUES:

- 1) a) Les positions MR01 et MR02 ne peuvent se cumuler ni entre elles ni avec d'autres actes de la nomenclature, à l'exception des actes du chapitre 1er, sections 1 et 2, du chapitre 2, section 1 et du chapitre 3 de la première partie intitulée «Actes généraux».
- b) Il ne peut être mis en compte qu'une seule position MR01 par 12 mois.
- c) Il ne peut être mis en compte qu'une seule position MR02 par 6 mois.
- d) Le médecin utilise les documents-types du résumé patient mis à disposition par la CNS.
- 2) La mise en compte est limitée aux actes effectués au cabinet médical du médecin

- réfèrent et au lieu de séjour habituel du patient.
- 3) La période de validation provisoire des positions du chapitre 9 est fixée jusqu'au 30 juin 2015.
 - 4) Le délai de révision obligatoire des positions du chapitre 9 est fixé jusqu'au 31 juillet 2016.
 - 5) La mise en compte des actes MR01 et MR02 est réservée jusqu'au 31 décembre 2013 aux spécialités médicales suivantes: généraliste, pédiatre, gériatre et interniste.
 - 6) La mise en compte est conditionnée à la communication périodique par le médecin réfèrent au Contrôle médical de la sécurité sociale des pathologies chroniques figurant à l'article 20 ainsi que des critères d'inclusion correspondants.

Chapitre 10 - Consultations dans le cadre de réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie

1) Consultation du médecin spécialiste rapporteur participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	P1	35,00	140,10	143,60	147,10
2) Consultation du médecin spécialiste participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	P2	26,00	104,00	106,60	109,30
3) Consultation du médecin généraliste participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	P3	30,00	120,10	123,10	126,10

REMARQUES:

- 1) La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie relative à la détermination de la stratégie thérapeutique à prendre pour des patients cancérologiques est organisée par le Conseil médical de l'établissement hospitalier agréé par le ministère de la Santé.
- 2) La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie se fait dans le cadre du traitement de patients porteurs d'affections malignes venant d'être diagnostiquées ou dont l'évolution requiert une nouvelle orientation de la stratégie thérapeutique.
- 3) L'ensemble des consultations P1-P3 de concertation pluridisciplinaire en cancérologie peut être mis en compte au maximum deux fois par patient et par entité d'affection maligne.
- 4) La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie est coordonnée par le médecin qui présente le dossier du patient, qui assure la rédaction du rapport de la réunion et qui informe le patient du projet thérapeutique. Ce rapport fait partie intégrante de la consultation P1.
- 5) Le nombre de médecins participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie ne peut ni être inférieur à trois ni être supérieur à six. Les médecins doivent être issus d'au moins trois spécialités médicales différentes.
- 6) Par dérogation à l'article 6 alinéa 1 de la nomenclature, le médecin qui doit se déplacer pour participer à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie peut mettre en compte l'indemnité horo-kilométrique.
- 7) Les médecins radiothérapeutes et anatomopathologistes peuvent assister par vidéoconférence aux réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie.

DEUXIEME PARTIE : ACTES TECHNIQUES

Chapitre 1 - Médecine générale - Spécialités non chirurgicales

Section 1 - Médecine Générale

Sous-section 1 - Infiltrations

REMARQUE:

Les positions de la sous-section 1 ne sont pas cumulables entre elles, pour la même région anatomique. Les infiltrations superficielles ne sont pas à mettre en compte.

1) Infiltration du ganglion de Gasser, infiltration périaortique	1M11	13,73	54,90	56,30	57,70
2) Infiltration d'un ganglion ou d'un nerf profond de la tête ou du cou	1M12	6,50	26,00	26,70	27,30
3) Infiltration du sympathique dorsal, lombaire, pelvien ou splanchnique - CAC	1M13	4,30	17,20	17,60	18,10
4) Infiltration périnerveuse profonde - CAC	1M14	3,63	14,50	14,90	15,30
5) Infiltration de tendons, de ligaments, d'apophyses osseuses, de gaines synoviales - CAC	1M15	3,63	14,50	14,90	15,30
6) Infiltration pour syndrome du canal carpien ou tarsien, du trou sacré, de l'hiatus sacro-coccygien	1M16	6,55	26,20	26,90	27,50
7) Infiltration périurale	1M17	9,52	38,10	39,00	40,00

Sous-section 2 - Injections

REMARQUE:

Mises en compte au maximum une fois par jour.

1) Mise en place d'une voie veineuse centrale (veine sous-clavière, jugulaire ou fémorale), perfusion ou transfusion comprise	1M21	9,33	37,30	38,30	39,20
2) Dénudation d'une veine ou mise en place d'une voie veineuse centrale chez un enfant de	1M22	18,08	72,40	74,20	76,00

- moins de 3 ans, perfusion ou transfusion comprise
- 3) Cathétérisme d'une artère chez l'enfant, perfusion ou transfusion comprise
- 4) Prise de sang ou injection intraveineuse chez l'enfant de moins de 12 mois - CAC
- 5) Injection intra-artérielle
- 6) Injections sclérosantes des troncs saphéniens et/ou des grosses collatérales avec pansement compressif; contrôle échographique éventuel compris; par séance

REMARQUE:

Cette position ne concerne pas les varices isolées ni les varicosités (télangiectasies)

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
7) Injection intraveineuse pour épreuve fonctionnelle dans un laboratoire d'analyses médicales et de biologie clinique	1M28	4,11	16,40	16,90	17,30
8) Injections sclérosantes d'une ou des crosses saphènes et/ou de veines perforantes sous contrôle échographique (non cumulable à 1M26)	1M29	14,56	58,30	59,70	61,20
9) Location d'appareil	1M29X	5,31	21,20	21,80	22,30
10) Perfusion intraveineuse d'au moins 10 ml, en milieu extra-hospitalier; prise en charge pour réhydratation, alimentation parentérale ou apport de médicaments à indication majeure	1M31	5,26	21,00	21,60	22,10
11) Perfusion intraveineuse, en milieu extra-hospitalier; prise en charge pour réhydratation, alimentation parentérale ou apport de médicaments à indication majeure, pour enfants de moins de 7 ans	1M32	6,41	25,70	26,30	26,90
12) Transfusion de sang ou d'éléments figurés du sang, y compris les contrôles avant et pendant la transfusion, en milieu extra-hospitalier	1M33	5,26	21,00	21,60	22,10
13) Transfusion de sang ou d'éléments figurés du sang, y compris les contrôles avant et pendant la transfusion, pour enfant de moins de 7 ans en milieu extra-hospitalier	1M34	6,41	25,70	26,30	26,90
14) Exsanguino-transfusion chez l'adulte ou l'enfant	1M35	87,14	348,70	357,40	366,40
15) Exsanguino-transfusion chez le nouveau-né	1M36	67,29	269,30	276,00	282,90
16) Mise en place par voie percutanée d'un cathéter veineux central avec contrôle radiologique et implantation d'un port sous-cutané pour injections répétées pour chimiothérapie ou analgésie (non cumulable avec 1M21 ou 1M22)	1M37	63,08	252,40	258,70	265,20
17) Mise en place ou changement d'un cathéter veineux central avec contrôle radiologique et raccordement à un port sous-cutané (non cumulable avec 1M21 ou 1M22)	1M38	25,30	101,20	103,80	106,40
18) Mise en place ou changement d'un port sous-cutané avec contrôle radiologique	1M39	37,78	151,20	155,00	158,80

Sous-section 3 - Ponctions

1) Ponction d'une collection superficielle (abcès, kyste, hydrocèle ...) - CAC	1M41	2,63	10,50	10,80	11,10
2) Ponction d'une collection profonde (sous-aponévrotique)	1M42	6,50	26,00	26,70	27,30
3) Ponction d'une articulation autre que la hanche	1M45	6,50	26,00	26,70	27,30
4) Ponction d'une hanche	1M46	10,76	43,10	44,10	45,20
5) Ponction de gaine tendineuse ou de bourse séreuse	1M47	6,55	26,20	26,90	27,50
6) Saignée	1M51	3,49	14,00	14,30	14,70
7) Ponction-biopsie d'un tissu ou organe peu profond - CAC	1M52	2,63	10,50	10,80	11,10
8) Ponction sternale ou de la crête iliaque	1M53	6,70	26,80	27,50	28,20
9) Ponction exploratrice de la cavité thoracique ou abdominale - CAC	1M61	3,63	14,50	14,90	15,30
10) Ponction de la cavité thoracique ou abdominale et évacuation de grandes quantités	1M62	8,66	34,70	35,50	36,40
11) Ponction évacuatrice de la cavité thoracique avec lavage des plèvres pour empyème ou hémithorax	1M63	12,48	49,90	51,20	52,50
12) Ponction du péricarde	1M64	15,45	61,80	63,40	65,00
13) Ponction transcutanée d'un organe intra-abdominal	1M65	11,29	45,20	46,30	47,50
14) Ponction lombaire ou sous-occipitale avec ou sans injection (première ponction)	1M71	10,95	43,80	44,90	46,00
15) Ponction lombaire ou sous-occipitale avec ou sans injection, répétition de la ponction dans un délai de 14 jours	1M72	5,40	21,60	22,10	22,70
16) Ponction lombaire ou sous-occipitale en série avec injection médicamenteuse chez un enfant de moins de 7 ans	1M73	7,60	30,40	31,20	32,00
17) Ponction du sinus longitudinal	1M74	11,29	45,20	46,30	47,50
18) Ponction d'un disque avec ou sans injection de produit de contraste	1M75	19,85	79,40	81,40	83,50

Sous-section 4 - Pansements

1) Détersion, débridement chirurgical éventuel, et pansement d'une grande plaie souillée, d'une grande lésion ulcérée, ou d'une brûlure étendue, non cumulable avec un autre acte sur la même région anatomique	1M80	5,40	21,60	22,10	22,70
2) Frais de matériel	1M80M	5,36	21,40	22,00	22,50
3) Pansement compressif pour ulcère variqueux ou phlébite - CAC	1M81	4,07	16,30	16,70	17,10
4) Pansement de fixation (genre colle de zinc) ou taping; une articulation ou un segment	1M82	5,45	21,80	22,40	22,90
5) Pansement de fixation ou taping; plus d'un segment	1M83	8,23	32,90	33,80	34,60

Sous-section 5 - Immobilisation plâtrée en dehors des traumatismes ostéo-articulaires, moulage pour appareil orthopédique

1) Immobilisation plâtrée d'un membre	1M85	8,23	32,90	33,80	34,60
2) Grand plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux	1M86	33,81	135,30	138,70	142,10

3) Corset, lit plâtré ou corset minerve

Section 2 - Médecine Interne spécialisée

Sous-section 1 - Cancérologie, chimiothérapie

- 1) Cycle de chimiothérapie anti-cancéreuse intravasculaire; injection ou perfusion avec surveillance par le médecin, (non renouvelable avant un délai de 6 jours dans le chef du patient)
- 2) Cycle de traitement immunomodulateur intravasculaire; injection ou perfusion avec surveillance par le médecin, (non renouvelable avant un délai de 6 jours dans le chef du patient)
- 3) Cytophérèse, par séance

REMARQUE:

Les positions de la présente sous-section ne sont pas cumulables avec les forfaits prévus à la section 10 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe.

Sous-section 2 - Néphrologie, épuration extra-rénale

REMARQUE:

Est compris dans le tarif de l'épuration extra-corporelle tout appel d'urgence au cours de la séance. Pour les séances de routine, des majorations de dimanche ou de jour férié ne peuvent être mises en compte.

Les positions de la présente sous-section ne sont pas cumulables avec les forfaits prévus à la section 10 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe.

- 1) Hémodialyse (épuration extra-corporelle) pour insuffisance rénale, par séance
- 2) Hémodialyse pour insuffisance rénale aiguë, les 3 premières séances pendant une période de 15 jours; par séance
- 3) Plasmaphérèse, par séance
- 4) Dialyse péritonéale (épuration intra-corporelle), les deux premiers jours du traitement; par jour
- 5) Dialyse péritonéale, 3è ou 4è jour du traitement; par jour
- 6) Dialyse péritonéale, à partir du 5è jour du traitement; par jour

Sous-section 3 - Pédiatrie

- 1) Réanimation immédiate du nouveau-né comportant au minimum respiration assistée instrumentale, avec ou sans intubation et injection ; mise en compte uniquement s'il n'y a pas d'hospitalisation par le même médecin
- 2) Assistance pédiatrique avant la naissance pour une situation de risque néonatale
- 3) Exploration polysomnographique chez le nourrisson en cas d'apnées ou de malaises. Enregistrement continu comprenant au moins EEG, EMG, EOG, ECG, saturation en oxygène, flux aériens naso-buccaux, mouvements respiratoires thoraco abdominaux et actimétrie, éventuellement pH-métrie oesophagienne, avec protocole et extraits de tracé

REMARQUE:

1. Les positions 1S31 et 1S32 ne sont pas cumulables entre elles. Le cumul E8 avec une des positions 1S31 ou 1S32 est autorisé.
2. Les majorations prévues à l'article 8 ne s'appliquent pas à la position 1S35.

Sous-section 4 - Allergologie

- 1) Inventaire allergologique avec tests cutanés effectués par scarification (scratch) ou par piqure épicutanée (prick) - CAC
- 2) Frais de matériel
- 3) Inventaire allergologique par tests à application épicutanée
- 4) Frais de matériel
- 5) Inventaire allergologique avec tests cutanés par injection intradermique
- 6) Fourniture de matériel
- 7) Injection de désensibilisation, par séance

Section 3 - Cardiologie

Sous-section 1 - Électrocardiographie

- 1) Électrocardiogramme (ECG), minimum 12 dérivations, tracé et rapport - CAC
- 2) Location d'appareil
- 3) Enregistrement ECG continu de 24h par enregistreur portable (Holter) avec mise en place, lecture et rapport; premier examen pour une période de 28 jours
- 4) Location d'appareil
- 5) Enregistrement ECG continu de 24h; examen répété dans les 28 jours
- 6) Location d'appareil

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif 1</u>	<u>Tarif 2</u>	<u>Tarif 3</u>
1M87	33,81	135,30	138,70	142,10
1S11	31,80	127,30	130,40	133,70
1S12	31,80	127,30	130,40	133,70
1S15	26,69	106,80	109,50	112,20
1S21	26,69	106,80	109,50	112,20
1S22	60,88	243,60	249,70	256,00
1S25	26,69	106,80	109,50	112,20
1S26	48,49	194,00	198,90	203,90
1S27	24,30	97,20	99,70	102,20
1S28	14,54	58,20	59,60	61,10
1S31	27,05	108,20	111,00	113,70
1S32	18,03	72,20	74,00	75,80
1S35	43,04	172,20	176,50	180,90
1S41	3,83	15,30	15,70	16,10
1S41M	2,87	11,50	11,80	12,10
1S42	5,88	23,50	24,10	24,70
1S42M	2,87	11,50	11,80	12,10
1S43	6,74	27,00	27,60	28,30
1S43M	2,87	11,50	11,80	12,10
1S44	4,11	16,40	16,90	17,30
1C11	6,31	25,30	25,90	26,50
1C11X	2,87	11,50	11,80	12,10
1C14	14,87	59,50	61,00	62,50
1C14X	37,83	151,40	155,20	159,00
1C15	8,85	35,40	36,30	37,20
1C15X	37,83	151,40	155,20	159,00

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
7) Épreuve d'effort (sous) maximale, standardisée (cycloergomètre ou tapis roulant), ECG au repos compris, avec moyens de réanimation, sous surveillance ECG et TA continue; enregistrement et rapport (non cumulable avec 1C11)	1C17	22,72	90,90	93,20	95,50
8) Location d'appareil	1C17X	9,71	38,90	39,80	40,80
9) Surveillance clinique et ECG au cours de la scintigraphie du myocarde après effort ou après perfusion d'un médicament (position 8 N 22) (intervention thérapeutique éventuelle comprise)- CAT	1C19	9,76	39,10	40,00	41,00
<i>Sous-section 2 - Échocardiographie</i>					
1) Échocardiographie, enregistrement en time-motion	1C21	14,87	59,50	61,00	62,50
2) Location d'appareil	1C21X	23,48	94,00	96,30	98,70
3) Échocardiographie, enregistrement bidimensionnel	1C22	14,87	59,50	61,00	62,50
4) Location d'appareil	1C22X	23,48	94,00	96,30	98,70
5) Echographie, enregistrement bidimensionnel et en mode time-motion	1C23	17,93	71,80	73,50	75,40
6) Location d'appareil	1C23X	23,48	94,00	96,30	98,70
7) Échocardiographie, enregistrement bidimensionnel et en mode time-motion - CAC, à condition qu'il n'y ait pas eu de consultation mise en compte par le même médecin dans les 7 jours précédents	1C24	17,93	71,80	73,50	75,40
8) Location d'appareil	1C24X	23,48	94,00	96,30	98,70
9) Échocardiographie Doppler	1C25	23,82	95,30	97,70	100,10
10) Location d'appareil	1C25X	23,48	94,00	96,30	98,70
11) Échocardiographie Doppler, voie oesophagienne comprise	1C26	25,87	103,50	106,10	108,80
12) Location d'appareil	1C26X	23,48	94,00	96,30	98,70
REMARQUE: Les positions 1C21 à 1C26 ne sont pas cumulables entre elles.					
<i>Sous-section 3 - Enregistrement continu de la tension artérielle</i>					
1) Enregistrement continu de la tension artérielle pendant 24 heures par enregistreur portable; mise en place de l'enregistreur, lecture du tracé et rapport d'interprétation - APCM pour répétition de cet examen dans les 6 mois	1C38	14,87	59,50	61,00	62,50
2) Location d'appareil	1C38X	7,46	29,90	30,60	31,40
<i>Sous-section 4 - Autres enregistrements et traitements cardiaques</i>					
1) Mesure du débit cardiaque par thermodilution (3 déterminations minimum)	1C41	18,94	75,80	77,70	79,60
2) Mesure du débit cardiaque par méthode de Fick ou par méthode de dilution de colorant	1C42	25,30	101,20	103,80	106,40
3) Défibrillation d'urgence et répétition dans les 24 heures	1C45	12,63	50,50	51,80	53,10
4) Cardioversion, mise en compte une fois par 24 heures	1C46	44,09	176,40	180,80	185,40
<i>Sous-section 5 - Cathétérisme cardiaque et examens radiologiques</i>					
1) Cathétérisme du cœur droit (voie veineuse), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, mesure du débit, oxymétrie étagée	1C61	44,09	176,40	180,80	185,40
2) Cathétérisme du cœur droit (voie veineuse), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, mesure du débit, oxymétrie étagée avec injection de produit de contraste et angiocardographie	1C62	56,72	227,00	232,60	238,50
3) Cathétérisme du cœur gauche (voie artérielle), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, injection de produit contraste et coronarographie sélective droite et gauche en plusieurs incidences avec cinéangiographie, avec ou sans angiocardographie (ventriculographie et/ou aortographie)	1C67	88,19	352,90	361,70	370,80
4) Angioplastie transluminale des coronaires, non cumulable avec 1C67	1C71	112,48	450,10	461,40	472,90
5) Endoprothèse avec ou sans angioplastie pour sténose d'une coronaire	1C72	183,17	733,00	751,30	770,10
6) Recanalisation mécanique pour obstruction complète avec ou sans mise en place d'une endoprothèse	1C73	183,17	733,00	751,30	770,10
7) Athérectomie intrac coronaire avec ou sans angioplastie ou endoprothèse	1C74	183,17	733,00	751,30	770,10
8) Thromboaspiration ou thrombolyse endovasculaire	1C76	28,68	114,80	117,60	120,60
9) Prise de pression intravasculaire et/ou échographie endovasculaire et/ou thermographie endoluminale et/ou angioscopie au cours d'une intervention endovasculaire ou d'une coronarographie	1C77	28,68	114,80	117,60	120,60
10) Mise en place d'un système d'assistance de la pompe cardiaque (IAPB ou Impella)	1C78	111,99	448,20	459,30	470,80
11) Fermeture par voie percutanée d'une CIA, CIV ou FOP y compris ponction transeptale	1C79	186,52	746,40	765,00	784,20
12) Application d'un système de fermeture des points de ponction artérielle-CAT	1C80	7,00	28,00	28,70	29,40
REMARQUES: 1) Les positions 1C71 à 1C77 comprennent l'anesthésie locale, la ponction, la coronarographie sélective droite et gauche, l'imagerie de la région traitée, l'injection du produit de contraste, la mise en place des sondes cathéter, l'enregistrement, l'angiographie et le rapport. 2) Les positions 1C71 à 1C77 sont cumulables entre elles si elles portent sur des lésions distinctes. Ces cumuls sont soumis à l'article 9 alinéa 1er. Pour l'application de l'article 10 point 7, le cumul de ces actes au sens de l'article 9 alinéa 1er est considéré comme					

un seul acte technique.
3) Les positions 1C67 à 1C80 doivent être prestées exclusivement au sein de l'INCCI.

Sous-section 6 - Stimulateur cardiaque (pacemaker)

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
1) Mise en place d'un cathéter endocavitaire pour entraînement électrosystolique transitoire, sous contrôle ECG et/ou radioscopique	1B10	31,52	126,10	129,30	132,50
2) Mise en place d'une sonde pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation	1B12	57,39	229,70	235,40	241,30
3) Mise en place de 2 sondes pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation	1B13	66,96	268,00	274,60	281,50
4) Mise en place de 3 sondes pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation	1B14	95,65	382,80	392,30	402,10
5) Implantation du boîtier du stimulateur cardiaque par le cardiologue - CAT avec les positions 1B12 à 1B14	1B16	37,78	151,20	155,00	158,80
6) Remplacement du boîtier du stimulateur cardiaque avec mesures du seuil de stimulation; acte réalisé par le cardiologue	1B18	50,41	201,70	206,80	211,90
7) Mesures du seuil de stimulation, en cas de changement du boîtier	1B20	12,63	50,50	51,80	53,10
8) Contrôle d'un stimulateur cardiaque implanté avec enregistrement ECG et contrôles techniques	1B22	14,35	57,40	58,90	60,30
9) Location d'appareil	1B22X	2,87	11,50	11,80	12,10
10) Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique avec mise en place d'une sonde, acte isolé	1B25	115,91	463,80	475,40	487,30
11) Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique avec mise en place d'une sonde atriale sans fonction de défibrillation et d'une sonde intraventriculaire droite, acte isolé	1B26	134,39	537,80	551,20	565,00
12) Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique avec mise en place d'une sonde atriale sans fonction de défibrillation et d'une sonde intraventriculaire droite et d'une sonde dans une veine cardiaque, acte isolé	1B27	155,95	624,10	639,70	655,60
13) Remplacement du boîtier d'un défibrillateur cardiaque	1B29	37,78	151,20	155,00	158,80
14) Contrôle technique d'un défibrillateur cardiaque	1B32	17,36	69,50	71,20	73,00
15) Extraction de sondes de stimulation par voie endocavitaire en cas d'infection ou de rupture	1B36	117,59	470,60	482,30	494,40

REMARQUES:

- 1) La position 1B14 ainsi que les positions 1B25 à 1B32 doivent être prestées exclusivement au sein de l'INCCI.
- 2) Les tarifs des actes prévus à la sous-section 6 comprennent l'assistance opératoire définie à l'article 11.

Sous-section 7 - Etude électrophysiologique et traitements par techniques d'ablation endocavitaire

1) Evaluation de la fonction sinusale et de la conduction atrio-ventriculaire par cathétérisme cardiaque avec épreuve pharmacologique	1B40	50,41	201,70	206,80	211,90
2) Exploration électrophysiologique cardiaque par sonde intracavitaire droite par voie veineuse transcutanée avec manoeuvres provocatrices d'une tachycardie à l'étage atrial ou à l'étage ventriculaire	1B41	113,11	452,60	463,90	475,50
3) Exploration électrophysiologique cardiaque par sondes intracavitaire droite et gauche par voie veineuse transcutanée avec manoeuvres provocatrices d'une tachycardie à l'étage atrial ou à l'étage ventriculaire	1B42	118,15	472,80	484,60	496,70
4) Ablation de l'isthme cavo-tricuspidien pour un flutter auriculaire typique	1B44	184,79	739,50	758,00	776,90
5) Ablation d'une tachycardie de réentrée SV sans cathétérisation du sinus coronaire	1B46	184,79	739,50	758,00	776,90
6) Ablation d'une tachycardie de réentrée SV avec cathétérisation du sinus coronaire	1B48	212,78	851,50	872,80	894,60
7) Ablation d'un faisceau AV aberrant par abord veineux	1B50	232,38	929,90	953,20	977,00
8) Ablation d'un faisceau aberrant par abord artériel	1B52	260,38	1042,00	1068,00	1094,70
9) Ablation au niveau de l'oreillette gauche et droite d'une FA par voie transcutanée ou chirurgicale	1B54	307,97	1232,40	1263,20	1294,80
10) Ablation d'une arythmie ventriculaire localisée au niveau du ventricule droit	1B56	193,18	773,00	792,40	812,20
11) Ablation d'une arythmie ventriculaire localisée au niveau du ventricule gauche	1B58	236,29	945,60	969,20	993,40
12) Cartographie de l'activité électrique cardiaque (cardiac mapping)	1B60	70,00	280,10	287,10	294,30

REMARQUES:

- 1) Les positions 1B40 à 1B60 doivent être prestées exclusivement au sein de l'INCCI.
- 2) Les actes sont soumis aux règles de cumul de l'article 9 alinéa 1er. Pour l'application de l'article 10 point 7, le cumul des actes au sens de l'article 9 alinéa 1er est considéré comme un seul acte technique.

Section 4 - Pneumologie

Sous-section 1 - Examens et petites interventions

1) Biopsie pleurale à l'aiguille	1P11	27,02	108,10	110,80	113,60
2) Institution d'un drainage pleural continu	1P12	19,90	79,60	81,60	83,70
3) Provocation d'une symphyse pleurale	1P13	11,53	46,10	47,30	48,50

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
4) Ponction-biopsie pulmonaire transpariétale	1P14	36,87	147,50	151,20	155,00
5) Pleuroscopie exploratrice	1P21	27,64	110,60	113,40	116,20
6) Pleuroscopie avec biopsie pleurale ou section de brides	1P22	42,37	169,60	173,80	178,10
7) Pleuroscopie avec biopsie pleurale ou traitement de lésions pleurales avec supplément pour utilisation de rayons laser	1P23	113,39	453,80	465,10	476,70
8) Location du laser	1P23X	22,00	88,00	90,20	92,50
9) Pleuroscopie avec biopsie pulmonaire ou traitement de lésions pulmonaires	1P24	48,30	193,30	198,10	203,10
10) Pleuroscopie avec biopsie pulmonaire ou traitement de lésions pulmonaires avec supplément pour utilisation de rayons laser	1P25	119,32	477,50	489,40	501,60
11) Location du laser	1P25X	22,00	88,00	90,20	92,50
12) Création d'un pneumothorax	1P31	15,69	62,80	64,40	66,00
13) Réinsufflation ou exsufflation d'un pneumothorax	1P32	9,18	36,70	37,70	38,60
14) Création d'un pneumomédiastin	1P35	24,92	99,70	102,20	104,80
15) Drainage endocavitaire pulmonaire	1P36	38,59	154,40	158,30	162,20

Sous-section 2 - Bronchofibroscopie

1) Cathétérisme des bronches avec injection de produit de contraste ou d'un médicament	1P41	17,55	70,20	72,00	73,80
2) Bronchoscopie ou bronchofibroscopie exploratrice	1P51	27,64	110,60	113,40	116,20
3) Location du bronchofibroscope	1P51X	12,20	48,80	50,00	51,30
4) Bronchofibroscopie avec prélèvement ou biopsie endobronchique	1P52	36,11	144,50	148,10	151,80
5) Location du bronchofibroscope	1P52X	12,20	48,80	50,00	51,30
6) Bronchoscopie avec ponction, biopsie ou brossage sur lésion située au-delà du champ de visibilité	1P53	68,29	273,30	280,10	287,10
7) Location du bronchofibroscope	1P53X	12,20	48,80	50,00	51,30
8) Bronchofibroscopie avec extraction de corps étrangers en une ou plusieurs séances	1P54	62,27	249,20	255,40	261,80
9) Location du bronchofibroscope	1P54X	12,20	48,80	50,00	51,30
10) Bronchofibroscopie avec lavage bronchiolo-alvéolaire	1P55	60,16	240,70	246,80	252,90
11) Location du bronchofibroscope	1P55X	12,20	48,80	50,00	51,30
12) Bronchofibroscopie et traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser, première séance	1P61	93,69	374,90	384,30	393,90
13) Location du bronchofibroscope	1P61X	12,20	48,80	50,00	51,30
14) Bronchofibroscopie et traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser, séances suivantes	1P62	67,82	271,40	278,20	285,10
15) Location du bronchofibroscope	1P62X	12,20	48,80	50,00	51,30
16) Bronchofibroscopie, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et prélèvement ou biopsie endobronchique	1P63	107,13	428,70	439,40	450,40
17) Location du bronchofibroscope	1P63X	12,20	48,80	50,00	51,30
18) Bronchofibroscopie, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et prélèvement ou biopsie trans- ou perbronchique	1P64	145,10	580,60	595,20	610,00
19) Location du bronchofibroscope	1P64X	12,20	48,80	50,00	51,30
20) Bronchofibroscopie, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et lavage bronchiolo-alvéolaire	1P65	133,29	533,40	546,70	560,40
21) Location du bronchofibroscope	1P65X	12,20	48,80	50,00	51,30
22) Mise en place endoscopique d'un applicateur au niveau trachéo-bronchique pour curiethérapie	1P66	27,64	110,60	113,40	116,20

REMARQUE:

Pour les positions 1P41 à 1P65, majoration de 10% pour les enfants âgés de moins de 14 ans.

Sous-section 3 - Épreuve fonctionnelle respiratoire

1) Spirographie	1P71	12,05	48,20	49,40	50,70
2) Frais de location	1P71X	4,30	17,20	17,60	18,10
3) Détermination du volume résiduel	1P72	9,09	36,40	37,30	38,20
4) Frais de location	1P72X	4,30	17,20	17,60	18,10
5) Détermination du volume résiduel et des résistances bronchiques	1P73	29,41	117,70	120,60	123,60
6) Frais de location	1P73X	6,46	25,90	26,50	27,20
7) Détermination du volume résiduel et étude de la diffusion alvéolo-capillaire	1P74	25,30	101,20	103,80	106,40
8) Frais de location	1P74X	6,46	25,90	26,50	27,20
9) Détermination du volume résiduel, des résistances bronchiques, des courbes débit-volume	1P75	41,46	165,90	170,10	174,30
10) Frais de location	1P75X	8,61	34,50	35,30	36,20
11) Détermination des compliances par barographie oesophagienne	1P76	31,13	124,60	127,70	130,90
12) Frais de location	1P76X	8,61	34,50	35,30	36,20
13) Détermination du volume de fermeture	1P77	20,71	82,90	84,90	87,10
14) Frais de location	1P77X	8,61	34,50	35,30	36,20
15) Épreuve quantitative aux agents pharmaco-dynamiques ou de provocation aux allergènes avec mesure du seuil de réactivité	1P81	19,23	77,00	78,90	80,80
16) Frais de location	1P81X	4,30	17,20	17,60	18,10
17) Épreuve d'exercice de 3 à 10 minutes, à puissance constante et mesurable,	1P82	15,16	60,70	62,20	63,70

- enregistrement de la ventilation et de la consommation d'oxygène, avant, pendant et après l'exercice
- 18) Frais de location
- 19) Exercice de 15 minutes au moins, à puissance constante et croissante, période témoin de 5 minutes avant et période de récupération de 5 minutes, enregistrement de la ventilation, de la consommation d'oxygène et du rejet de CO2 pendant l'épreuve
- 20) Frais de location
- 21) Épreuve d'effort en milieu hospitalier avec surveillance de la T.A., de la fréquence cardiaque et des gaz du sang artériel (prélèvement compris), pendant et après l'effort
- 22) Frais de location

REMARQUE:

Les positions 1P73 et 1P75 ne sont pas cumulables entre elles. La position 1P72 n'est pas cumulable avec les positions 1P73 à 1P75.

Section 5 - Neurologie et Psychiatrie

Sous-section 1 - Neurologie

- 1) Electroencéphalogramme (EEG) - CAC
- 2) Location d'appareil
- 3) Electroencéphalogramme, enregistrement continu de 24 heures, pose et enlèvement de l'appareil, analyse du tracé
- 4) EEG per-opératoire
- 5) Exploration polysomnographique au laboratoire du sommeil pour la recherche de troubles neuro- psychiatriques; enregistrement continu comprenant au moins EEG, EMG, électro-oculographie (EOG) et ECG, avec protocole et extraits des tracés
- 6) Exploration polysomnographique au laboratoire du sommeil pour la recherche d'apnées du sommeil: enregistrement continu comprenant au moins EEG, EMG, EOG, d'autre part ECG, saturation en oxygène, débits aériens naso-buccaux et mouvements respiratoires thoraco-abdominaux, avec protocole et extraits des tracés
- 7) Enregistrement polysomnographique au laboratoire du sommeil en cas d'apnées (enregistrement continu comprenant au moins EEG, EMG, EOG, d'autre part ECG, saturation en oxygène, débits aériens naso-buccaux et mouvements respiratoires thoraco-abdominaux), et mise en route d'un traitement par pression positive, avec protocole et extraits des tracés
- 8) Exploration polysomnographique pluridisciplinaire au laboratoire du sommeil pour la recherche d'apnées du sommeil: enregistrement continu neurologique (EEG,EMG,EOG)
- 9) Exploration polysomnographique pluridisciplinaire au laboratoire du sommeil pour la recherche d'apnées du sommeil, enregistrement continu des variables cardio-respiratoires, au moins: ECG, saturation en oxygène, débits aériens naso-buccaux et mouvements respiratoires thoraco-abdominaux
- 10) Enregistrement polysomnographique pluridisciplinaire au laboratoire du sommeil en cas d'apnées, enregistrement continu neurologique (EEG, EMG, EOG) lors de la mise en route d'un traitement par pression positive
- 11) Enregistrement polysomnographique pluridisciplinaire au laboratoire du sommeil en cas d'apnées, enregistrement des variables cardio-respiratoires (au moins: ECG, saturation en oxygène, débits aériens naso-buccaux et mouvements respiratoires thoraco-abdominaux) et mise en route d'un traitement par pression positive
- 12) Electromyographie (EMG) avec enregistrement - CAC
- 13) Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise
- 14) Mesure des vitesses de conduction motrice - CAC
- 15) Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise
- 16) Mesure des vitesses de conduction sensitive - CAC
- 17) Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise
- 18) EMG per-opératoire
- 19) Potentiels évoqués auditifs (non applicable pour un examen audiométrique)
- 20) Location d'appareil
- 21) Potentiels évoqués visuels
- 22) Location d'appareil
- 23) Potentiels évoqués somesthésiques
- 24) Location d'appareil
- 25) Potentiels évoqués moteurs par stimulation magnétique percutanée du cortex
- 26) Location d'appareil
- 27) Potentiels évoqués somesthésiques per-opératoires

REMARQUES:

- 1) Les possibilités de cumul avec la consultation (CAC) dans cette sous-section sont réservées aux médecins spécialistes en neurologie et en neuro-psychiatrie.
- 2) Les tarifs des examens per-opératoires (1N15, 1N37 et 1N45) ne sont cumulables ni avec l'assistance opératoire définie à l'article 11, ni avec l'anesthésie définie à l'article 12.
- 3) Les tarifs des positions 1N21 à 1N28 sont applicables par nuit, à condition qu'il s'agisse d'un enregistrement complet. Elles ne sont pas cumulables entre elles par le même

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif 1</u>	<u>Tarif 2</u>	<u>Tarif 3</u>
1P82X	4,30	17,20	17,60	18,10
1P83	23,77	95,10	97,50	99,90
1P83X	4,30	17,20	17,60	18,10
1P85	24,49	98,00	100,50	103,00
1P85X	9,76	39,10	40,00	41,00
REMARQUE: Les positions 1P73 et 1P75 ne sont pas cumulables entre elles. La position 1P72 n'est pas cumulable avec les positions 1P73 à 1P75.				
Section 5 - Neurologie et Psychiatrie				
<i>Sous-section 1 - Neurologie</i>				
1N11	12,48	49,90	51,20	52,50
1N11X	6,22	24,90	25,50	26,20
1N14	47,83	191,40	196,20	201,10
1N15	51,65	206,70	211,90	217,10
1N21	66,96	268,00	274,60	281,50
1N22	95,65	382,80	392,30	402,10
1N23	95,65	382,80	392,30	402,10
1N25	47,83	191,40	196,20	201,10
1N26	47,83	191,40	196,20	201,10
1N27	47,83	191,40	196,20	201,10
1N28	47,83	191,40	196,20	201,10
1N32	18,70	74,80	76,70	78,60
1N32X	13,63	54,50	55,90	57,30
1N33	12,48	49,90	51,20	52,50
1N33X	13,63	54,50	55,90	57,30
1N34	12,48	49,90	51,20	52,50
1N34X	13,63	54,50	55,90	57,30
1N37	51,65	206,70	211,90	217,10
1N40	32,19	128,80	132,00	135,30
1N40X	13,77	55,10	56,50	57,90
1N41	32,19	128,80	132,00	135,30
1N41X	13,77	55,10	56,50	57,90
1N42	32,19	128,80	132,00	135,30
1N42X	13,77	55,10	56,50	57,90
1N43	28,70	114,80	117,70	120,70
1N43X	13,77	55,10	56,50	57,90
1N45	114,78	459,30	470,80	482,60
REMARQUES: 1) Les possibilités de cumul avec la consultation (CAC) dans cette sous-section sont réservées aux médecins spécialistes en neurologie et en neuro-psychiatrie. 2) Les tarifs des examens per-opératoires (1N15, 1N37 et 1N45) ne sont cumulables ni avec l'assistance opératoire définie à l'article 11, ni avec l'anesthésie définie à l'article 12. 3) Les tarifs des positions 1N21 à 1N28 sont applicables par nuit, à condition qu'il s'agisse d'un enregistrement complet. Elles ne sont pas cumulables entre elles par le même				

médecin. Les majorations prévues à l'article 8 ne s'appliquent pas.

4) Les positions 1N25 et 1N26 ainsi que les positions 1N27 et 1N28 sont respectivement mises en compte par les médecins qui travaillent en équipe pour l'enregistrement neurologique et cardiorespiratoire ainsi que, le cas échéant, le traitement par pression positive.

Ensemble ils font l'évaluation finale et rédigent le protocole avec extraits de tracés.

5) Les positions 1N32X, 1N33X et 1N34X ne sont pas cumulables entre elles.

6) Les positions 1N40X, 1N41X, 1N42X et 1N43X ne sont pas cumulables entre elles.

Sous-section 2 - Psychiatrie

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
1) Tests mentaux, séance de minimum 30 minutes; maximum quatre séances par jour et dix séances par année	1N51	14,26	57,10	58,50	60,00
2) Exploration du milieu familial et thérapie de couple, séance d'une durée minimum de 90 minutes	1N52	41,35	165,50	169,60	173,80
3) Psychothérapie de soutien par médecin non psychiatre, durée minimum 15 minutes - APCM pour plus de 6 séances par an	1N60	8,37	33,50	34,30	35,20
4) Psychothérapie de soutien, durée minimum 15 minutes; cinq premières séances, par séance	1N61	8,75	35,00	35,90	36,80
5) Psychothérapie de soutien, durée minimum 15 minutes; à partir de la sixième séances, par séance	1N62	7,26	29,10	29,80	30,50
6) Psychothérapie d'élucidation directe, relaxation spécifique; durée minimum 30 minutes; cinq premières séances, par séance	1N63	17,66	70,70	72,40	74,20
7) Psychothérapie d'élucidation directe, relaxation spécifique; durée minimum 30 minutes; à partir de la sixième séance, par séance	1N64	14,41	57,70	59,10	60,60
8) Psychothérapie d'inspiration psychanalytique ou psychanalyse; durée minimum 60 minutes; cinq premières séances, par séance	1N65	35,70	142,90	146,40	150,10
9) Psychothérapie d'inspiration psychanalytique ou psychanalyse; durée minimum 60 minutes; à partir de la sixième séance, par séance	1N66	27,52	110,10	112,90	115,70
10) Psychothérapie de groupe; durée minimum 90 minutes; maximum cinq malades, par malade	1N71	8,31	33,30	34,10	34,90
11) Psychothérapie de groupe; durée minimum 90 minutes; maximum huit malades, par malade	1N72	6,94	27,80	28,50	29,20
12) Electrochoc, convulsivothérapie chimique	1N81	7,95	31,80	32,60	33,40

REMARQUES:

Les positions 1N52 et 1N61 à 1N72 ne peuvent être mises en compte que par les médecins spécialistes en psychiatrie et en neuropsychiatrie.

Les positions 1N61, 1N63 et 1N65 ne peuvent être mises en compte à nouveau qu'après une interruption de la psychothérapie pendant 12 mois au moins chez ce psychiatre.

Les positions 1N51 à 1N72 ne peuvent être mises en compte par les médecins-spécialistes en neuropsychiatrie qu'avec indication de l'heure exacte du début de la séance sur le mémoire d'honoraires.

Section 6 - Gastro-Entérologie

1) Lithotritie extracorporelle des voies biliaires et pancréatique	1G11	57,39	229,70	235,40	241,30
2) Laparoscopie, sans autre intervention intra-abdominale	1G15	29,89	119,60	122,60	125,70
3) Laparoscopie avec biopsie ou petite intervention	1G16	36,06	144,30	147,90	151,60
4) Tubage gastrique ou duodénal	1G21	6,03	24,10	24,70	25,40
5) Tamponnade de l'oesophage	1G22	8,51	34,10	34,90	35,80
6) PH-métrie oesophagienne ou gastrique d'une durée supérieure à 12 heures, avec épreuves de provocations éventuelles	1G31	36,20	144,90	148,50	152,20
7) Location d'appareil	1G31X	11,19	44,80	45,90	47,00
8) Manométrie oesophagienne	1G32	25,73	103,00	105,50	108,20
9) Location d'appareil	1G32X	8,51	34,10	34,90	35,80
10) Oesophago(fibro)scopie exploratrice	1G38	13,39	53,60	54,90	56,30
11) Location d'appareil	1G38X	13,06	52,30	53,60	54,90
12) Oesophagoscopie avec biopsie	1G39	18,03	72,20	74,00	75,80
13) Location d'appareil	1G39X	13,06	52,30	53,60	54,90
14) Mise en place endoscopique d'un applicateur au niveau oesophagien pour curiethérapie	1G40	13,39	53,60	54,90	56,30
15) Oesogastroduodénoscopie	1G41	27,64	110,60	113,40	116,20
16) Location d'appareil	1G41X	13,06	52,30	53,60	54,90
17) Oesogastroduodénoscopie avec biopsie, cytologie ou coloration vitale	1G42	34,77	139,10	142,60	146,20
18) Location d'appareil	1G42X	13,06	52,30	53,60	54,90
19) Oesogastroduodénoscopie avec extraction de corps étrangers	1G43	40,94	163,80	167,90	172,10
20) Location d'appareil	1G43X	13,06	52,30	53,60	54,90
21) Oesogastroduodénoscopie avec dilatation de sténose	1G44	40,94	163,80	167,90	172,10
22) Location d'appareil	1G44X	13,06	52,30	53,60	54,90
23) Oesogastroduodénoscopie avec polypectomie ou sclérothérapie de varices ou ligatures de varices ou clips ou résection de tumeurs ou électrocoagulation de tumeurs	1G45	40,94	163,80	167,90	172,10
24) Location d'appareil	1G45X	13,06	52,30	53,60	54,90
25) Oesogastroduodénoscopie et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies	1G46	47,83	191,40	196,20	201,10

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
26) Oesogastroduodénoscopie avec mise en place d'une prothèse au niveau du tractus digestif supérieur, dilatation comprise	1G51	105,07	420,50	431,00	441,70
27) Location d'appareil	1G51X	13,06	52,30	53,60	54,90
28) Oesogastroduodénoscopie avec drainage kysto-digestif	1G52	105,07	420,50	431,00	441,70
29) Location d'appareil	1G52X	13,06	52,30	53,60	54,90
30) Gastrostomie ou jéjunostomie percutanée par voie endoscopique	1G55	40,94	163,80	167,90	172,10
31) Location d'appareil	1G55X	13,06	52,30	53,60	54,90
32) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) exploratrice	1G56	71,07	284,40	291,50	298,80
33) Location d'appareil	1G56X	13,06	52,30	53,60	54,90
34) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec sphinctérotomie et/ou biopsie	1G57	85,89	343,70	352,30	361,10
35) Location d'appareil	1G57X	13,06	52,30	53,60	54,90
36) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec extraction de calculs (sphinctérotomie, Dormia, ballonnet, lithotritie mécanique, dilatation)	1G58	105,07	420,50	431,00	441,70
37) Location d'appareil	1G58X	13,06	52,30	53,60	54,90
38) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec drainage temporaire par sonde ou mise en place d'une prothèse	1G59	128,65	514,80	527,70	540,90
39) Location d'appareil	1G59X	13,06	52,30	53,60	54,90
40) Anuscopie - CAC	1G61	4,78	19,10	19,60	20,10
41) Manométrie rectale	1G62	25,73	103,00	105,50	108,20
42) Location d'appareil	1G62X	8,51	34,10	34,90	35,80
43) Traitement de la fistule anale au fil de nylon, première séance	1G63	6,27	25,10	25,70	26,40
44) Traitement de la fistule anale au fil de nylon, séances suivantes	1G64	3,49	14,00	14,30	14,70
45) Pose d'une ligature élastique sur une hémorroïde	1G65	6,27	25,10	25,70	26,40
46) Rectoscopie exploratrice	1G66	9,61	38,50	39,40	40,40
47) Location d'appareil	1G66X	1,91	7,60	7,80	8,00
48) Rectoscopie avec biopsie	1G67	16,88	67,50	69,20	71,00
49) Location d'appareil	1G67X	1,91	7,60	7,80	8,00
50) Colofibroscope du côlon gauche (rectosigmoïdoscopie comprise)	1G71	28,55	114,20	117,10	120,00
51) Location d'appareil	1G71X	13,06	52,30	53,60	54,90
52) Colofibroscope du côlon gauche avec biopsie	1G72	36,06	144,30	147,90	151,60
53) Location d'appareil	1G72X	13,06	52,30	53,60	54,90
54) Colofibroscope du côlon gauche avec une des interventions suivantes: polypectomie, résection de tumeurs, extraction de corps étrangers, mise en place d'une sonde, dilatation endoscopique, traitement des hémorragies	1G73	42,85	171,50	175,80	180,10
55) Location d'appareil	1G73X	13,06	52,30	53,60	54,90
56) Colofibroscope totale	1G74	47,44	189,80	194,60	199,40
57) Location d'appareil	1G74X	13,06	52,30	53,60	54,90
58) Colofibroscope totale avec biopsie	1G75	51,84	207,40	212,60	217,90
59) Location d'appareil	1G75X	13,06	52,30	53,60	54,90
60) Colofibroscope totale avec une des interventions suivantes: polypectomie, résection de tumeurs, extraction de corps étrangers, mise en place d'une sonde, dilatation endoscopique, traitement des hémorragies	1G76	59,30	237,30	243,20	249,30
61) Location d'appareil	1G76X	13,06	52,30	53,60	54,90
62) Colofibroscope du côlon gauche et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies	1G81	47,83	191,40	196,20	201,10
63) Colofibroscope totale et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies	1G82	81,30	325,30	333,50	341,80
REMARQUES:					
1) Les positions 1G41 à 1G59 ne sont pas cumulables entre elles.					
2) Les positions 1G66 à 1G82 ne sont pas cumulables entre elles.					
Section 7 - Rhumatologie - Rééducation et Réadaptation fonctionnelles					
1) Ponction-biopsie articulaire: coude, épaule, hanche, sacro-iliaque, genou	1R11	25,01	100,10	102,60	105,10
2) Ponction-biopsie articulaire: autres articulations que le coude, l'épaule, la hanche, la sacro-iliaque, et le genou	1R12	12,20	48,80	50,00	51,30
3) Ponction-biopsie osseuse au trocart	1R21	12,20	48,80	50,00	51,30
4) Synoviorrhèse isotopique	1R31	10,57	42,30	43,40	44,40
5) Traction vertébrale sur table mécanique ou à moteur électrique - APCM pour plus de 6 séances	1R51	5,26	21,00	21,60	22,10
6) Manipulation vertébrale - APCM pour plus de 6 séances par an	1R52	8,18	32,70	33,60	34,40
7) Ponction d'un disque et chimionucléolyse	1R61	39,60	158,50	162,40	166,50
8) Arthroscopie avec ou sans biopsie	1R71	48,92	195,80	200,70	205,70
Section 8 - Dermatologie					
1) Prélèvement de peau ou de muqueuse pour examen histologique - CAC	1D11	4,93	19,70	20,20	20,70
2) Frais de matériel de suture	1D11M	3,35	13,40	13,70	14,10
3) Prélèvement de peau au niveau du visage pour examen histologique - CAC	1D12	7,41	29,70	30,40	31,20
4) Frais de matériel de suture	1D12M	3,35	13,40	13,70	14,10
5) Capillaroscopie - CAC	1D13	4,93	19,70	20,20	20,70
6) Destruction d'une ou de plusieurs tumeurs bénignes de la peau, par séance	1D21	8,85	35,40	36,30	37,20

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
7) Frais de matériel de suture	1D21M	3,35	13,40	13,70	14,10
8) Destruction de plus de 4 tumeurs bénignes de la peau, en une seule séance	1D22	17,70	70,80	72,60	74,40
9) Frais de matériel de suture	1D22M	3,35	13,40	13,70	14,10
10) Destruction de lésions ou tumeurs péri- ou sous-unguéales avec exérèse partielle de l'ongle, par doigt	1D25	6,41	25,70	26,30	26,90
11) Destruction de végétations vénériennes, par séance	1D26	9,47	37,90	38,80	39,80
12) Excision ou destruction d'une tumeur maligne de la peau ou d'un naevus naevo-cellulaire de moins de 4 cm2	1D41	10,95	43,80	44,90	46,00
13) Frais de matériel de suture	1D41M	3,35	13,40	13,70	14,10
14) Excision ou destruction d'une tumeur maligne de la peau ou d'un naevus naevo-cellulaire du visage de moins de 4 cm2	1D42	14,11	56,50	57,90	59,30
15) Frais de matériel de suture	1D42M	3,35	13,40	13,70	14,10
16) Excision ou destruction d'une tumeur maligne de la peau; plus de 4 cm2	1D43	21,62	86,50	88,70	90,90
17) Frais de matériel de suture	1D43M	3,35	13,40	13,70	14,10
18) Destruction d'un tatouage accidentel de moins de 8 cm2	1D51	10,04	40,20	41,20	42,20
19) Destruction d'un tatouage accidentel de plus de 8 cm2	1D52	19,85	79,40	81,40	83,50
20) Traitement exfoliant de l'épiderme avec nettoyage de la peau et mise à plat des collections suppurées ou kystiques; par séance	1D61	6,41	25,70	26,30	26,90
21) Traitement des téguments par abrasion mécanique ou fraisage; par séance; maximum 6 séances	1D62	6,41	25,70	26,30	26,90
22) Photothérapie (UVA et/ou UVB) pour affection dermatologique régionale; par séance	1D71	2,68	10,70	11,00	11,30
23) Frais de location	1D71X	0,67	2,70	2,70	2,80
24) Photothérapie (UVA et/ou UVB) pour affection dermatologique; application générale; par séance	1D72	4,40	17,60	18,00	18,50
25) Frais de location	1D72X	1,77	7,10	7,30	7,40
26) Scarification dermatologique, acte isolé	1D81	4,93	19,70	20,20	20,70
27) Dermatoscopie documentée pour lésions naeviques multiples avec examen complet de l'organe peau seulement dans le cadre de naevus atypique, à partir de 14 ans, non renouvelable avant 6 mois - CAC	1D82	4,93	19,70	20,20	20,70

Section 9 - Gériatrie

1) Bilan d'évaluation multi-disciplinaire sur prescription du médecin traitant dans le cadre d'institutions ou de réseaux de soins à l'exception des patients hospitalisés en secteur aigu ou en rééducation, une fois par année, acte isolé uniquement cumulable avec les frais de déplacement	1F11	24,87	99,50	102,00	104,60
2) Bilan d'évaluation multi-disciplinaire gériatrique lors d'une hospitalisation stationnaire dans un service autre qu'un service de gériatrie pour une personne âgée d'au moins 80 ans et présentant une polymorbidité, sur prescription du médecin traitant hospitalier, non renouvelable avant le délai d'une année comprenant <ul style="list-style-type: none"> - anamnèse médico-psycho-sociale - recensement des comorbidités et facteurs de risque - analyse des interactions médicamenteuses - évaluation des risques gériatriques: <ul style="list-style-type: none"> • risque de dépendance • risque de dénutrition • risque de chute • risque de fracture • risque de démence • risque de dépression • risque d'escarre • risque d'isolement social - examen clinique suivant approche gériatrique - interprétation des examens biologiques et complémentaires - synthèse des résultats de l'évaluation interdisciplinaire après concertation en équipe - élaboration d'une recommandation d'orientation, de thérapie et de prise en charge globale de la personne âgée - rédaction d'un rapport au médecin traitant comportant les résultats de toutes les évaluations énumérées ci-dessus - communication des résultats de l'évaluation au patient et à son entourage. 	1F12	24,87	99,50	102,00	104,60

REMARQUE:

Les positions 1F11 et 1F12 sont réservées aux médecins spécialistes en gériatrie.

Chapitre 2 - Chirurgie

Section 1 - Traitement des lésions traumatiques

Sous-section 1 - Fractures

a) Traitement orthopédique, y compris l'immobilisation, d'une fracture simple ne nécessitant pas de réduction. Appareillage provisoire d'une fracture.					
1) Immobilisation d'une fracture: main, poignet, pied, cheville	2L11	8,23	32,90	33,80	34,60
2) Immobilisation d'une fracture: jambe, avant-bras	2L12	8,23	32,90	33,80	34,60

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
3) Immobilisation d'une fracture: coude, bras, épaule, genou, fémur, hanche, bassin	2L13	8,23	32,90	33,80	34,60
4) Immobilisation d'une fracture par grand plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux	2L14	33,81	135,30	138,70	142,10
5) Immobilisation d'une fracture par corset plâtré, lit plâtré ou collier plâtré	2L15	33,81	135,30	138,70	142,10
6) Répétition d'un plâtre pour fracture	2L17	8,23	32,90	33,80	34,60
7) Répétition d'un plâtre pour fracture bimalléolaire ou fracture du tibia	2L18	12,20	48,80	50,00	51,30
8) Répétition d'un plâtre pour fracture des 2 os de l'avant-bras, de l'humérus ou du fémur	2L19	16,07	64,30	65,90	67,60
b) Traitement d'une fracture par réduction, extension continue, ou broches de Kirschner et contention					
9) Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture (sauf celles décrites sous 2L22 à 2L24)	2L21	14,54	58,20	59,60	61,10
10) Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture: rachis, bassin, olécrane, rotule ou tarse	2L22	33,81	135,30	138,70	142,10
11) Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture bimalléolaire ou fracture des deux os de la jambe	2L23	45,53	182,20	186,80	191,40
12) Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture des 2 os de l'avant-bras, de l'humérus ou du fémur	2L24	60,69	242,90	248,90	255,20
c) Traitement sanglant de fractures, sans ostéosynthèse ni greffe osseuse, réduction et contention comprises					
13) Traitement sanglant de fracture: clavicule, olécrane, métacarpe, doigt, péroné, une malléole, orteil	2L31	22,53	90,20	92,40	94,70
14) Traitement sanglant de fracture: un os de l'avant-bras, poignet, rotule, tarse, métatarse	2L32	50,79	203,20	208,30	213,50
15) Traitement sanglant de fracture: omoplate, côtes, diaphyses du fémur, du tibia, des deux os de la jambe	2L33	68,29	273,30	280,10	287,10
16) Traitement sanglant de fracture: humérus, coude, deux os de l'avant-bras, bassin, col du fémur, plateau tibial ou mortaise	2L34	90,96	364,00	373,10	382,40
d) Traitement par ostéosynthèse					
17) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: clavicule, olécrane, métacarpien, doigt, péroné, une malléole, orteil	2L41	37,69	150,80	154,60	158,50
18) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: un os de l'avant-bras, poignet, rotule, tarse, métatarsien	2L42	84,46	338,00	346,40	355,10
19) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: omoplate, côte, diaphyse du fémur, du tibia, des deux os de la jambe	2L43	113,87	455,70	467,10	478,70
20) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: humérus, coude, deux os de l'avant-bras, bassin, col du fémur, plateau tibial et mortaise	2L44	151,70	607,10	622,20	637,80
<i>Sous-section 2 - Luxations</i>					
1) Réduction orthopédique et contention d'une luxation d'un doigt, d'un orteil, de la clavicule	2L51	6,74	27,00	27,60	28,30
2) Réduction orthopédique et contention d'une luxation du poignet, carpe, bassin, rotule, cou-de-pied	2L52	16,69	66,80	68,50	70,20
3) Réduction orthopédique et contention d'une luxation épaule, coude, hanche, genou, pied, colonne vertébrale	2L53	26,83	107,40	110,00	112,80
4) Réduction sanglante et contention d'une luxation d'un doigt, d'un orteil	2L61	13,01	52,10	53,40	54,70
5) Réduction sanglante et contention d'une luxation clavicule, carpe, poignet, rotule	2L62	55,72	223,00	228,50	234,30
6) Réduction sanglante et contention d'une luxation épaule, coude, genou, cou-de-pied	2L63	85,99	344,10	352,70	361,50
7) Réduction sanglante et contention d'une luxation de la hanche	2L64	111,38	445,70	456,80	468,30
REMARQUE: En cas de fracture avec luxation associée du même segment, les positions des sous-sections 1 et 2 ne sont pas cumulables.					
<i>Sous-section 3 - Plaies et brûlures</i>					
1) Parage et suture d'une plaie superficielle et peu étendue (moins de 5 points) des parties molles	2L71	8,23	32,90	33,80	34,60
2) Frais de matériel	2L71M	3,35	13,40	13,70	14,10
3) Parage et suture d'une plaie profonde et étendue ou de plaies multiples (5 points au moins)	2L72	16,69	66,80	68,50	70,20
4) Frais de matériel	2L72M	3,35	13,40	13,70	14,10
5) Traitement chirurgical de grands délabrements musculo-cutanés ou de plaies multiples nécessitant une anesthésie générale	2L73	21,28	85,20	87,30	89,50
6) Suture secondaire (plus de 12 heures) avec avivement, 5 points de suture au moins	2L76	16,69	66,80	68,50	70,20
7) Frais de matériel	2L76M	3,35	13,40	13,70	14,10
8) Premier traitement d'une brûlure de moyenne étendue (10% au moins)	2L81	12,63	50,50	51,80	53,10
9) Premier traitement d'une brûlure de grande étendue (deux segments de membre ou surface totale de plus de 25%)	2L82	14,54	58,20	59,60	61,10

Section 2 - Chirurgie générale

Sous-section 1 - Chirurgie des infections

- 1) Incision, drainage d'une collection superficielle, peu volumineuse (abcès, furoncle, hématome) - CAC
- 2) Incision, drainage d'une collection volumineuse sous-cutanée ou profonde
- 3) Incision et drainage d'un phlegmon des gaines digitales ou digito-carpiennes, d'un phlegmon diffus des muscles ou des parois

Sous-section 2 - Peau et tissu cellulaire sous-cutané

REMARQUE:

Les positions 2G05 à 2G07 ne s'appliquent pas aux lésions inférieures à 1 cm² au visage et inférieures à 5 cm² au niveau des autres parties du corps.

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
1) Traitement par laser à colorant pulsé d'angiodyplasies superficielles; séance test, y compris une documentation photographique avant le début du traitement - APCM pour personne âgée de 18 ans et plus	2G05	4,07	16,30	16,70	17,10
2) Traitement par laser à colorant pulsé d'angiodyplasies superficielles; par séance, jusqu'à 20 cm ² - APCM pour personne âgée de 18 ans et plus	2G06	8,13	32,50	33,30	34,20
3) Traitement par laser à colorant pulsé d'angiodyplasies superficielles; par séance, au-delà de 20 cm ² - APCM pour personne âgée de 18 ans et plus	2G07	16,02	64,10	65,70	67,40
4) Excision d'une cicatrice vicieuse et suture	2G11	16,69	66,80	68,50	70,20
5) Frais de suture	2G11M	3,35	13,40	13,70	14,10
6) Excision d'une cicatrice vicieuse du visage ou des mains avec suture	2G12	25,06	100,30	102,80	105,40
7) Frais de suture	2G12M	3,35	13,40	13,70	14,10
8) Correction d'une bride rétractile par plastie en Z	2G13	46,10	184,50	189,10	193,80
9) Correction d'une bride rétractile par plastie en Z, visage ou mains	2G14	69,15	276,70	283,60	290,70
10) Excision d'une fistule des parties molles	2G15	21,28	85,20	87,30	89,50
11) Frais de suture	2G15M	3,35	13,40	13,70	14,10
12) Greffe dermo-épidermique de moins de 10 cm ²	2G21	13,39	53,60	54,90	56,30
13) Greffe dermo-épidermique de moins de 10 cm ² , visage ou mains	2G22	20,09	80,40	82,40	84,50
14) Greffe dermo-épidermique de 10 à 50 cm ²	2G23	27,64	110,60	113,40	116,20
15) Greffe dermo-épidermique de 10 à 50 cm ² , visage ou mains	2G24	41,46	165,90	170,10	174,30
16) Greffe dermo-épidermique de 50 à 200 cm ²	2G25	46,10	184,50	189,10	193,80
17) Greffe dermo-épidermique de plus de 200 cm ²	2G26	64,47	258,00	264,40	271,00
18) Greffes libres de peau totale	2G31	53,37	213,60	218,90	224,40
19) Greffe dermo-pileuse - APCM	2G32	55,33	221,40	226,90	232,60
20) Greffe muqueuse, acte isolé	2G33	46,10	184,50	189,10	193,80
21) Greffe cartilagineuse, acte isolé	2G34	36,92	147,70	151,40	155,20
22) Lipectomie abdominale antérieure - APCM	2G36	100,67	402,90	412,90	423,20
23) Lipectomie abdominale totale circulaire - APCM	2G37	125,78	503,30	515,90	528,80
24) Lipectomie des parties internes des cuisses - APCM	2G38	100,67	402,90	412,90	423,20
25) Autoplastie par rotation ou par glissement	2G41	55,33	221,40	226,90	232,60
26) Autoplastie par rotation ou par glissement, visage ou mains	2G42	83,02	332,20	340,50	349,00
27) Autoplastie par lambeau unipédiculé à distance	2G43	92,11	368,60	377,80	387,20
28) Autoplastie par lambeau unipédiculé à distance, visage ou mains	2G44	138,17	552,90	566,70	580,90
29) Autoplastie par lambeau bipédiculé tubulé, chaque temps opératoire; maximum 5 séances à mettre en compte	2G45	36,92	147,70	151,40	155,20
30) Autoplastie par lambeau bipédiculé tubulé au visage ou aux mains, chaque temps opératoire; maximum 5 séances à mettre en compte	2G46	55,38	221,60	227,20	232,80
31) Plastie cutanée hétéro-jambière, l'ensemble des temps	2G47	138,26	553,30	567,10	581,30
32) Plastie cutanée hétéro-digitale, l'ensemble des temps	2G48	55,33	221,40	226,90	232,60
33) Extraction de corps étrangers superficiels nécessitant une incision	2G51	8,23	32,90	33,80	34,60
34) Frais de suture	2G51M	3,35	13,40	13,70	14,10
35) Extraction de corps étrangers profonds sous contrôle radiologique (radiologie non comprise)	2G52	20,47	81,90	84,00	86,10
36) Implants de médicaments sous forme de pastilles nécessitant une incision cutanée avec suture éventuelle comprise	2G53	8,23	32,90	33,80	34,60
37) Frais de suture	2G53M	3,35	13,40	13,70	14,10
38) Excision de petites tumeurs sous-cutanées, par séance	2G55	6,27	25,10	25,70	26,40
39) Frais de suture	2G55M	3,35	13,40	13,70	14,10
40) Excision de tumeurs sous-cutanées de taille moyenne (2 à 5 cm de diamètre)	2G56	12,00	48,00	49,20	50,50
41) Frais de suture	2G56M	3,35	13,40	13,70	14,10
42) Excision de tumeurs cutanées ou sous-cutanées étendues	2G57	24,87	99,50	102,00	104,60

REMARQUE:

Dans le coefficient des positions 2G31 à 2G49 sont compris: le recouvrement de la région donneuse, l'appareillage d'immobilisation ainsi que l'excision de tumeurs ou de cicatrices vicieuses

43) Frais de suture

Sous-section 3 - Muscles, tendons, synoviales

- 1) Biopsie musculaire
- 1a) Traitement opératoire des ruptures et hernies musculaires
- 2) Suture primitive ou secondaire d'un tendon extenseur
- 3) Suture primitive ou secondaire de plusieurs tendons extenseurs
- 4) Suture primitive ou secondaire d'un ou de deux tendons fléchisseurs
- 5) Suture primitive ou secondaire de trois tendons fléchisseurs ou plus
- 6) Prise d'un greffon de tendon ou d'aponévrose - CAT
- 7) Rétablissement de la continuité d'un tendon par prothèse
- 8) Rétablissement de la continuité d'un tendon par greffe, prise du greffon tendineux comprise
- 9) Allongement, raccourcissement, réimplantation d'un tendon
- 10) Transplantation tendineuse simple
- 11) Transplantations tendineuses nécessitant des incisions multiples
- 12) Ténolyse du tendon extenseur d'un doigt
- 13) Ténolyse de tendons extenseurs de deux doigts
- 14) Ténolyse de tendons extenseurs de trois doigts ou plus
- 15) Ténolyse de tendons fléchisseurs d'un doigt
- 16) Ténolyse de tendons fléchisseurs de deux doigts
- 17) Ténolyse de tendons fléchisseurs de trois doigts ou plus
- 18) Ténotomie
- 19) Extirpation de kystes synoviaux superficiels (poignet...)
- 20) Extirpation de kystes synoviaux profonds (creux poplité...)
- 21) Exérèse d'une gaine synoviale
- 22) Exérèse de deux gaines synoviales
- 23) Exérèse de trois gaines synoviales ou plus

Sous-section 4 - Système lymphatique

- 1) Extirpation d'un ou de plusieurs ganglions pour examen histologique
- 2) Extirpation d'une chaîne ganglionnaire
- 3) Cellulo-adénectomie unilatérale (avec examen histologique et rapport opératoire): partielle cervicale, axillaire, pelvienne ou inguinale
- 4) Cellulo-adénectomie élargie (avec examen histologique et rapport opératoire): curage cervical fonctionnel ou radical, thoracique, abdominal

*Sous-section 5 - Vaisseaux***REMARQUE:**

Les positions de cette sous-section ne s'appliquent qu'à la chirurgie vasculaire par abord direct, à l'exclusion des interventions sous imagerie avec abord par ponction.

- 1) Ligature ou dénudation avec cathétérisme des vaisseaux principaux des membres, opération isolée
- 2) Ligature des vaisseaux principaux du cou, du bassin ou de la fesse; opération isolée
- 3) Ligature des vaisseaux principaux de la tête, du thorax ou de l'abdomen; opération isolée
- 4) Ligature de la veine cave
- 5) Artériectomie des vaisseaux principaux des membres
- 6) Artériectomie des vaisseaux principaux du cou, du bassin ou de la fesse
- 7) Artériectomie des vaisseaux principaux de la tête, du thorax ou de l'abdomen
- 8) Suture vasculaire, opération isolée
- 9) Anévrysmeclomie ou résection artérielle, avec rétablissement de la continuité, des troncs supraaortiques
- 10) Anévrysmeclomie ou résection artérielle, avec rétablissement de la continuité, de l'aorte abdominale ou des artères abdominales
- 11) Anévrysmeclomie ou résection artérielle, avec rétablissement de la continuité, des artères des membres
- 12) Thrombo-endarterectomie des troncs supraaortiques
- 13) Thrombo-endarterectomie du carrefour aortique ou des artères abdominales
- 14) Thrombo-endarterectomie des artères des membres
- 15) Embolectomie du carrefour aortique et des artères abdominales
- 16) Embolectomie des artères des membres
- 17) Pontage par greffe veineuse des troncs supra-aortiques
- 18) Pontage par greffe veineuse des artères des membres
- 19) Pontage par prothèse des troncs supra-aortiques
- 20) Pontage par prothèse du carrefour aortique
- 21) Pontage par prothèse des artères abdominales
- 22) Pontage par prothèse des artères des membres
- 23) Extirpation d'un paquet de varices

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif 1</u>	<u>Tarif 2</u>	<u>Tarif 3</u>
2G57M	3,35	13,40	13,70	14,10
2G60	12,48	49,90	51,20	52,50
2G61	25,40	101,60	104,20	106,80
2G65	16,69	66,80	68,50	70,20
2G66	33,81	135,30	138,70	142,10
2G67	55,72	223,00	228,50	234,30
2G68	85,99	344,10	352,70	361,50
2G71	12,48	49,90	51,20	52,50
2G72	85,99	344,10	352,70	361,50
2G73	98,47	394,00	403,90	414,00
2G74	33,81	135,30	138,70	142,10
2G75	50,65	202,70	207,80	212,90
2G76	85,99	344,10	352,70	361,50
2G81	55,33	221,40	226,90	232,60
2G82	73,70	294,90	302,30	309,80
2G83	92,11	368,60	377,80	387,20
2G84	73,70	294,90	302,30	309,80
2G85	92,11	368,60	377,80	387,20
2G86	110,57	442,50	453,50	464,90
2G91	13,01	52,10	53,40	54,70
2G92	12,48	49,90	51,20	52,50
2G93	16,69	66,80	68,50	70,20
2G94	55,33	221,40	226,90	232,60
2G95	73,70	294,90	302,30	309,80
2G96	92,11	368,60	377,80	387,20
2F11	6,41	25,70	26,30	26,90
2F12	46,10	184,50	189,10	193,80
2F13	114,78	459,30	470,80	482,60
2F14	306,08	1224,80	1255,40	1286,80
2F21	16,69	66,80	68,50	70,20
2F22	33,62	134,50	137,90	141,30
2F23	33,62	134,50	137,90	141,30
2F24	87,14	348,70	357,40	366,40
2F25	48,49	194,00	198,90	203,90
2F26	48,49	194,00	198,90	203,90
2F27	48,49	194,00	198,90	203,90
2F28	67,29	269,30	276,00	282,90
2F31	261,55	1046,60	1072,80	1099,60
2F32	261,55	1046,60	1072,80	1099,60
2F33	174,37	697,80	715,20	733,10
2F35	174,37	697,80	715,20	733,10
2F36	174,37	697,80	715,20	733,10
2F37	174,37	697,80	715,20	733,10
2F41	67,29	269,30	276,00	282,90
2F42	67,29	269,30	276,00	282,90
2F43	292,88	1172,00	1201,30	1231,30
2F44	292,88	1172,00	1201,30	1231,30
2F45	261,55	1046,60	1072,80	1099,60
2F46	348,74	1395,60	1430,40	1466,20
2F47	261,55	1046,60	1072,80	1099,60
2F48	292,88	1172,00	1201,30	1231,30
2F61	17,55	70,20	72,00	73,80

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
24) Extirpation complète des varices de la jambe et du pied	2F62	48,49	194,00	198,90	203,90
25) Extirpation complète des varices de la jambe et de la cuisse, y compris la crosse de la saphène	2F63	62,70	250,90	257,20	263,60
26) Résection de la crosse de la saphène interne et de ses affluents	2F64	48,49	194,00	198,90	203,90
27) Anastomose porto-cave	2F65	174,37	697,80	715,20	733,10
28) Pose d'un filtre cave ou d'un clip	2F66	90,96	364,00	373,10	382,40
29) Thrombectomie veineuse du bassin et des membres	2F67	67,29	269,30	276,00	282,90
30) Shunt externe pour hémodialyse	2F71	67,29	269,30	276,00	282,90
31) Shunt interne pour hémodialyse	2F72	174,37	697,80	715,20	733,10
<i>Sous-section 6 - Nerfs</i>					
1) Suture nerveuse primitive	2P11	36,06	144,30	147,90	151,60
2) Suture nerveuse secondaire	2P12	42,33	169,40	173,60	178,00
3) Ablation d'une tumeur nerveuse avec suture	2P13	87,18	348,90	357,60	366,50
4) Greffe nerveuse	2P14	110,57	442,50	453,50	464,90
5) Rétablissement de la sensibilité par transplantation cutanée avec le pédicule vasculo-nerveux	2P15	138,26	553,30	567,10	581,30
6) Libération d'un nerf comprimé après fracture	2P16	36,06	144,30	147,90	151,60
7) Intervention pour syndrome du canal carpien avec neurolyse	2P21	46,10	184,50	189,10	193,80
8) Neurotomie du nerf occipital ou du nerf phrénique	2P22	21,28	85,20	87,30	89,50
9) Neurotomie d'un nerf de la face ou des membres	2P23	36,92	147,70	151,40	155,20
10) Dénervation articulaire d'un doigt ou d'un orteil	2P24	18,36	73,50	75,30	77,20
11) Dénervation du poignet ou de la cheville	2P25	55,33	221,40	226,90	232,60
12) Dénervation de l'épaule	2P26	73,70	294,90	302,30	309,80
13) Section bilatérale des nerfs hypogastriques ou érecteurs ou du nerf honteux interne	2P31	67,29	269,30	276,00	282,90
14) Résection du ganglion stellaire ou de la chaîne sympathique cervicale, dorsale, lombaire ou splanchnique	2P32	87,14	348,70	357,40	366,40
15) Résection du nerf présacré	2P33	49,79	199,20	204,20	209,30
16) Sympathectomie périartérielle	2P34	44,81	179,30	183,80	188,40
Section 3 - Chirurgie des os et des articulations					
<i>Sous-section 1 - Os</i>					
1) Ablation d'exostoses ou de chondrome	2K11	12,48	49,90	51,20	52,50
2) Prise d'un greffon osseux - CAT	2K12	12,48	49,90	51,20	52,50
3) Biopsie osseuse	2K13	12,48	49,90	51,20	52,50
4) Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou cure d'un abcès d'un petit os	2K21	12,48	49,90	51,20	52,50
5) Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou traitement d'un abcès central d'un grand os	2K22	34,82	139,30	142,80	146,40
6) Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou traitement d'un abcès central d'un grand os, suivie de greffe osseuse	2K23	59,73	239,00	245,00	251,10
7) Transplantation ou greffe osseuse	2K31	42,33	169,40	173,60	178,00
8) Résection diaphysaire avec rétablissement de la continuité par greffe, prothèse ou plastie	2K32	159,31	637,50	653,40	669,80
9) Ostéotomie de redressement, d'allongement, de dérotation	2K33	159,31	637,50	653,40	669,80
10) Opération de pseudarthrose avec greffe osseuse	2K34	159,31	637,50	653,40	669,80
11) Ablation de matériel d'ostéosynthèse par voies d'accès superficielles, désenclouage	2K35	24,44	97,80	100,20	102,80
12) Ablation de matériel d'ostéosynthèse: hanche, fémur, épaule, humérus	2K36	31,61	126,50	129,70	132,90
<i>Sous-section 2 - Articulations</i>					
1) Arthrotomie de drainage des doigts et orteils	2K41	3,73	14,90	15,30	15,70
2) Arthrotomie de drainage de toute autre articulation	2K42	16,69	66,80	68,50	70,20
3) Arthrotomie pour corps étranger ou synovectomie des doigts ou orteils, appareil de fixation compris	2K44	25,40	101,60	104,20	106,80
4) Arthrotomie pour corps étranger ou synovectomie de l'épaule ou de la hanche, appareil de fixation compris, sauf plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux	2K45	121,38	485,70	497,90	510,30
5) Arthrotomie pour corps étranger, lésions méniscales ou synovectomie du genou, appareil de fixation compris	2K46	121,38	485,70	497,90	510,30
6) Arthrotomie pour corps étranger ou synovectomie des articulations autres que doigt, orteil, hanche, épaule, genou, articulation temporo-maxillaire	2K47	70,92	283,80	290,90	298,20
7) Réfection d'un ligament extra-articulaire d'une articulation importante	2K51	70,92	283,80	290,90	298,20
8) Réfection d'un ligament intra-articulaire d'une articulation importante	2K52	141,66	566,90	581,00	595,60
9) Ligamentoplastie d'une articulation de la main	2K53	36,92	147,70	151,40	155,20
10) Ligamentoplastie de deux articulations de la main	2K54	46,10	184,50	189,10	193,80
11) Ligamentoplastie de trois articulations ou plus de la main	2K55	64,42	257,80	264,20	270,80
12) Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie des doigts ou orteils	2K61	33,81	135,30	138,70	142,10
13) Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie sur carpe, poignet, coude, cheville ou tarse	2K62	93,59	374,50	383,90	393,50
14) Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie de l'épaule ou du genou	2K63	141,66	566,90	581,00	595,60
15) Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie de la hanche	2K64	177,19	709,10	726,80	744,90

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
15a) Triple ostéotomie du bassin	2K65	291,73	1167,40	1196,60	1226,50
16) Arthroplastie par interposition d'une prothèse d'un doigt ou orteil	2K71	46,10	184,50	189,10	193,80
17) Arthroplastie par interposition d'une prothèse du poignet	2K72	92,11	368,60	377,80	387,20
18) Redressement articulaire progressif d'une grande articulation sous anesthésie générale	2K73	24,87	99,50	102,00	104,60
Section 4 - Chirurgie des membres					
<i>Sous-section 1 - Membre supérieur</i>					
1) Aponévrotomie palmaire	2E11	18,36	73,50	75,30	77,20
2) Extirpation partielle de l'aponévrose palmaire	2E12	55,33	221,40	226,90	232,60
3) Extirpation partielle de l'aponévrose palmaire avec plastie d'un ou de plusieurs doigts	2E13	78,29	313,30	321,10	329,10
4) Extirpation totale de l'aponévrose palmaire	2E14	110,57	442,50	453,50	464,90
5) Extirpation totale de l'aponévrose palmaire avec plastie d'un ou de plusieurs doigts	2E15	133,53	534,30	547,70	561,40
6) Traitement opératoire de la syndactylie d'une commissure, greffe comprise	2E21	73,70	294,90	302,30	309,80
7) Traitement opératoire de la syndactylie sur deux commissures de la même main, greffe comprise	2E22	92,11	368,60	377,80	387,20
8) Traitement opératoire du doigt à ressort, de la camptodactylie	2E25	14,40	57,60	59,10	60,50
9) Ablation de l'hygroma du coude	2E28	10,52	42,10	43,10	44,20
10) Amputation partielle ou totale d'un doigt	2E31	8,42	33,70	34,50	35,40
11) Amputation partielle ou totale de deux doigts	2E32	12,63	50,50	51,80	53,10
12) Amputation partielle ou totale de trois doigts ou plus	2E33	14,73	58,90	60,40	61,90
13) Amputation d'un doigt avec résection du métacarpien	2E34	36,92	147,70	151,40	155,20
14) Amputation de deux doigts avec résection des métacarpiens	2E35	55,38	221,60	227,20	232,80
15) Replantation d'un doigt (ostéosynthèse, suture vasculaire, nerveuse ou tendineuse comprises)	2E36	165,90	663,90	680,50	697,50
16) Replantation de deux doigts (ostéosynthèse, suture vasculaire, nerveuse ou tendineuse comprises)	2E37	248,88	995,90	1020,80	1046,30
17) Replantation de trois doigts ou plus (ostéosynthèse, suture vasculaire, nerveuse ou tendineuse comprises)	2E38	290,35	1161,90	1190,90	1220,70
18) Amputation ou désarticulation de la main à l'épaule incluse	2E41	44,81	179,30	183,80	188,40
19) Désarticulation interscapulo-thoracique	2E42	77,29	309,30	317,00	324,90
20) Réfection complète d'un moignon du membre supérieur, à l'exception des doigts	2E43	24,87	99,50	102,00	104,60
21) Cinématisation d'un moignon d'amputation (par temps opératoire)	2E44	42,33	169,40	173,60	178,00
22) Enucléation d'un os du carpe	2E45	33,62	134,50	137,90	141,30
23) Pollicisation d'un doigt	2E46	165,90	663,90	680,50	697,50
24) Phalangisation d'un métacarpien	2E47	73,70	294,90	302,30	309,80
25) Restauration de l'opposition du pouce	2E48	55,33	221,40	226,90	232,60
26) Prothèse totale du coude	2E49	213,97	856,20	877,60	899,60
<i>Sous-section 2 - Membre inférieur</i>					
1) Suture du tendon d'Achille, du tendon rotulien ou de la longue portion du biceps (immobilisation comprise)	2E51	55,72	223,00	228,50	234,30
2) Traitement opératoire d'un orteil en marteau par résection ou par amputation	2E52	8,42	33,70	34,50	35,40
3) Opération d'alignement des métatarsiens (Clayton), par orteil	2E53	33,81	135,30	138,70	142,10
4) Traitement chirurgical d'un hallux valgus	2E54	24,87	99,50	102,00	104,60
5) Amputation partielle ou totale d'un orteil	2E61	8,42	33,70	34,50	35,40
6) Amputation ou désarticulation du pied à la hanche excluse	2E62	44,81	179,30	183,80	188,40
7) Désarticulation de la hanche	2E63	77,29	309,30	317,00	324,90
8) Désarticulation interilio-abdominale	2E64	112,15	448,80	460,00	471,50
9) Réfection d'un moignon du membre inférieur, à l'exception des orteils	2E65	24,87	99,50	102,00	104,60
10) Astragalectomie	2E71	42,33	169,40	173,60	178,00
11) Patellectomie	2E72	42,33	169,40	173,60	178,00
12) Ablation d'un hygroma prérotulien	2E73	8,42	33,70	34,50	35,40
13) Ablation de l'ongle avec sa matrice - CAC	2E74	4,11	16,40	16,90	17,30
14) Extirpation d'un névrome de Morton	2E75	36,92	147,70	151,40	155,20
15) Réduction orthopédique de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise	2E81	24,87	99,50	102,00	104,60
16) Changement de position après une réduction orthopédique de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise	2E82	12,43	49,70	51,00	52,30
17) Réduction orthopédique bilatérale pour luxation congénitale des hanches	2E83	33,62	134,50	137,90	141,30
18) Changement de position après une réduction orthopédique bilatérale pour luxation congénitale des hanches	2E84	16,83	67,30	69,00	70,80
19) Traitement sanglant de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise	2E85	77,29	309,30	317,00	324,90
20) Prothèse totale de la hanche	2E90	213,97	856,20	877,60	899,60
21) Prothèse totale du genou	2E91	213,97	856,20	877,60	899,60
22) Prothèse totale de la cheville	2E92	213,97	856,20	877,60	899,60
23) Prothèse totale de l'épaule	2E93	213,97	856,20	877,60	899,60
24) Redressement non sanglant d'un pied bot	2E94	10,23	40,90	42,00	43,00
25) Redressement sanglant d'un pied bot	2E95	52,37	209,60	214,80	220,20
26) Changement de prothèse totale de la hanche	2E96	291,73	1167,40	1196,60	1226,50
27) Changement de prothèse totale du genou	2E97	291,73	1167,40	1196,60	1226,50

Section 5 - Chirurgie du thorax et du cou

Sous-section 1 - Cou

1) Torticolis traité par ténotomie sous-cutanée	2H11	13,01	52,10	53,40	54,70
2) Torticolis traité par allongement à ciel ouvert	2H12	33,81	135,30	138,70	142,10
3) Scalénotomie	2H13	19,85	79,40	81,40	83,50
4) Ablation de fistules ou de kystes congénitaux du cou	2H21	42,33	169,40	173,60	178,00
5) Lobo-isthmectomie	2H29	119,04	476,40	488,30	500,50
6) Thyroïdectomie subtotale bilatérale	2H30	119,04	476,40	488,30	500,50
7) Thyroïdectomie totale bilatérale	2H32	119,04	476,40	488,30	500,50
8) Thyroïdectomie nécessitant une cervico-thoracotomie	2H33	204,16	817,00	837,40	858,30
9) Monitoring du nerf récurrent lors de la chirurgie de la glande thyroïde ou parathyroïde - CAT	2H35	25,83	103,40	105,90	108,60
10) Parathyroïdectomie	2H41	119,04	476,40	488,30	500,50
11) Parathyroïdectomie ectopique	2H42	204,16	817,00	837,40	858,30
12) Thymectomie	2H43	204,16	817,00	837,40	858,30

Sous-section 2 - Chirurgie des seins

1) Incision et drainage d'un abcès du sein	2S11	8,13	32,50	33,30	34,20
2) Biopsie du sein	2S21	10,04	40,20	41,20	42,20
3) Ponction-biopsie du sein - CAC	2S22	2,63	10,50	10,80	11,10
4) Ablation d'une tumeur bénigne du sein	2S31	10,04	40,20	41,20	42,20
5) Excision locale d'une tumeur maligne du sein	2S32	102,87	411,70	421,90	432,50
6) Mastectomie pour lésion bénigne	2S41	102,87	411,70	421,90	432,50
7) Mastectomie pour lésion maligne	2S42	102,87	411,70	421,90	432,50
8) Mastectomie pour gynécomastie de l'homme	2S43	102,87	411,70	421,90	432,50
9) Plastie d'un sein pour hypertrophie - ACM	2S61	108,95	436,00	446,90	458,00
10) Remodelage du sein contro-latéral après amputation d'un sein	2S62	108,95	436,00	446,90	458,00
11) Plastie reconstructrice du sein après amputation, y compris la mise en place éventuelle d'une prothèse mammaire	2S71	108,95	436,00	446,90	458,00
12) Plastie reconstructrice du sein après amputation avec reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire	2S72	163,47	654,20	670,50	687,30
13) Reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire après opération antérieure - APCM	2S73	54,52	218,20	223,60	229,20
14) Implantation ou échange d'une prothèse mammaire - APCM	2S74	54,52	218,20	223,60	229,20
15) Plastie d'augmentation d'un sein par prothèse en cas d'aplasie ou en cas d'hypoplasie unilatérale avec asymétrie importante - APCM	2S75	92,11	368,60	377,80	387,20

Sous-section 3 - Cage thoracique

1) Résection d'une côte cervicale	2T11	42,33	169,40	173,60	178,00
2) Résection de côtes	2T12	29,41	117,70	120,60	123,60
3) Traitement chirurgical des difformités de la paroi thoracique (en entonnoir, en carène)	2T21	74,70	298,90	306,40	314,10
4) Thoracoplastie portant sur la paroi thoracique	2T22	74,70	298,90	306,40	314,10
5) Fracture du sternum et/ou de côte(s), traitement sanglant	2T23	68,29	273,30	280,10	287,10

Sous-section 4 - Médiastin

1) Médiastinoscopie	2T31	78,43	313,90	321,70	329,70
2) Extirpation d'un kyste ou d'une tumeur bénigne du médiastin	2T41	204,16	817,00	837,40	858,30
3) Extirpation d'une tumeur maligne du médiastin	2T42	204,16	817,00	837,40	858,30
4) Chirurgie des lésions de l'oesophage thoracique sans suppression de la continuité, sans anastomose	2T51	204,16	817,00	837,40	858,30
5) Résection segmentaire de l'oesophage et oesophagoplastie	2T52	204,16	817,00	837,40	858,30
6) Résection segmentaire de l'oesophage et anastomose gastrique ou entérique	2T53	273,65	1095,10	1122,40	1150,50

REMARQUE:

Les positions 2T41 à 2T53 ne peuvent être mises en compte qu'en cas d'intervention avec sternotomie ou thoracotomie.

Sous-section 5 - Poumons et Plèvre

1) Thoracotomie exploratrice et petite intervention locale	2T61	58,92	235,80	241,70	247,70
2) Opération de la pleurésie purulente avec résection costale	2T62	33,62	134,50	137,90	141,30
3) Thoracoplastie avec intervention pleuro-pulmonaire	2T71	74,70	298,90	306,40	314,10
4) Pneumothorax extra-pleural	2T72	49,79	199,20	204,20	209,30
5) Décortication pleurale	2T73	74,70	298,90	306,40	314,10
6) Traitement par thoracotomie des lésions traumatiques graves des poumons et de la cage thoracique	2T74	176,47	706,20	723,80	741,90
7) Lobectomie ou résection segmentaire	2T81	176,47	706,20	723,80	741,90
8) Pneumonectomie	2T82	176,47	706,20	723,80	741,90

Sous-section 6 - Coeur, gros vaisseaux du médiastin

a) Intervention sans circulation extra-corporelle

1) Péricardectomie	2C11	174,37	697,80	715,20	733,10
2) Implantation du boîtier du stimulateur cardiaque (sans mise en place de la sonde)	2C21	37,78	151,20	155,00	158,80
3) Changement du boîtier du stimulateur cardiaque	2C22	37,78	151,20	155,00	158,80
4) Chirurgie des plaies du coeur et des gros vaisseaux du médiastin	2C31	124,54	498,40	510,80	523,60

b) Chirurgie du coeur avec circulation extra-corporelle

5) Mise en place de la circulation extra-corporelle (assistance opératoire non applicable) - CAT	2C41	137,45	550,00	563,80	577,90
6) Revascularisation chirurgicale portant sur une artère coronaire	2C51	183,22	733,20	751,50	770,30
7) Revascularisation chirurgicale portant sur deux artères coronaires	2C52	274,85	1099,90	1127,40	1155,50
8) Revascularisation chirurgicale portant sur trois artères coronaires	2C53	366,48	1466,50	1503,20	1540,80
9) Chirurgie portant sur un orifice cardiaque	2C61	183,22	733,20	751,50	770,30
10) Chirurgie portant sur plus d'un orifice cardiaque	2C62	274,85	1099,90	1127,40	1155,50

REMARQUE:

Les positions 2C61 et 2C62 peuvent être cumulées à plein tarif avec une des positions 2C51, 2C52 ou 2C53.

Les positions 2C21 et 2C22 sont réservées aux médecins spécialistes en chirurgie.

Les tarifs des actes prévus à la sous-section 6 comprennent l'assistance opératoire définie à l'article 11.

Section 6 - Chirurgie de l'appareil digestif et de l'abdomen

Sous-section 1 - Paroi abdominale

1) Cure de hernie ombilicale	2A11	89,01	356,20	365,10	374,20
2) Cure de hernie inguinale, crurale ou autre	2A21	89,01	356,20	365,10	374,20
3) Cure de hernie étranglée sans résection viscérale	2A22	89,01	356,20	365,10	374,20
4) Cure de hernie avec hydrocèle ou ectopie testiculaire	2A23	89,01	356,20	365,10	374,20
5) Cure de hernie avec résection d'intestin	2A24	121,45	486,00	498,20	510,60
6) Cure d'une grande éventration avec ou sans mise en place d'une prothèse	2A31	121,45	486,00	498,20	510,60

Sous-section 2 - Cavité péritonéale

1) Laparotomie exploratrice et petite intervention éventuelle, non cumulable avec une autre intervention intra-abdominale	2A51	59,25	237,10	243,00	249,10
2) Laparotomie et cure d'une collection (abcès...), non cumulable avec une autre intervention intra-abdominale	2A52	50,37	201,60	206,60	211,80
3) Laparotomie d'urgence et cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, sans résection ni anastomose	2A53	137,61	550,70	564,40	578,50
4) Laparotomie d'urgence et cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, avec résection d'organe	2A54	137,61	550,70	564,40	578,50
5) Laparotomie d'urgence et cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, avec anastomose	2A55	137,61	550,70	564,40	578,50
6) Cure de hernie hiatale ou éventration diaphragmatique	2A61	242,96	972,30	996,50	1021,50
7) Gastroplastie pour obésité pathologique - APCM	2A62	242,96	972,30	996,50	1021,50

Sous-section 3 - Estomac et intestin

1) Oesophagoplastie pour achalasie	2D11	242,96	972,30	996,50	1021,50
2) Gastrotomie, duodénotomie, entérotomie, non cumulable avec une intervention intra-abdominale	2D21	77,11	308,60	316,30	324,20
3) Cure de fistule ou de stomie de l'estomac ou du grêle	2D22	80,76	323,20	331,30	339,50
4) Gastrostomie, duodénostomie	2D23	89,01	356,20	365,10	374,20
5) Vagotomie tronculaire, acte isolé	2D24	89,01	356,20	365,10	374,20
6) Vagotomie sélective, acte isolé	2D25	242,96	972,30	996,50	1021,50
7) Gastro-entérostomie	2D31	165,33	661,60	678,10	695,10
8) Gastro-entérostomie et vagotomie tronculaire	2D32	209,84	839,70	860,70	882,20
9) Pyloroplastie	2D33	113,20	453,00	464,30	475,90
10) Pyloroplastie et vagotomie tronculaire	2D34	157,70	631,10	646,80	663,00
11) Pyloroplastie pour sténose pylorique du nourrisson	2D35	113,20	453,00	464,30	475,90
12) Gastrectomie partielle	2D41	165,33	661,60	678,10	695,10
13) Dégastro-entérostomie et gastrectomie	2D42	202,43	810,10	830,30	851,10
14) Gastrectomie totale	2D43	202,43	810,10	830,30	851,10
15) Gastrectomie totale pour cancer	2D44	202,43	810,10	830,30	851,10
16) Résection segmentaire du grêle, anastomose entre deux (segments de) viscères digestifs	2D51	137,61	550,70	564,40	578,50

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
17) Cure d'occlusion du nouveau-né par malformation congénitale (atrésie, volvulus, méésentère commun)	2D52	165,33	661,60	678,10	695,10
18) Colostomie, caecostomie, iléostomie	2D61	89,01	356,20	365,10	374,20
19) Colostomie, caecostomie, iléostomie pour cancer	2D62	89,01	356,20	365,10	374,20
20) Cure de fistule ou stomie du côlon sans laparotomie	2D63	80,76	323,20	331,30	339,50
21) Appendicectomie, acte non cumulable avec une autre intervention intra-abdominale	2D71	70,11	280,60	287,60	294,80
22) Ablation du diverticule de Meckel, avec ou sans appendicectomie	2D72	70,11	280,60	287,60	294,80
23) Colectomie segmentaire avec anastomose	2D81	182,23	729,20	747,50	766,10
24) Colectomie segmentaire avec abouchement à la peau	2D82	271,24	1085,40	1112,50	1140,30
25) Hémicolectomie	2D83	182,23	729,20	747,50	766,10
26) Colectomie totale	2D84	273,35	1093,90	1121,20	1149,20
27) Opération de fixation d'un organe abdominal (pexie), non cumulable avec une autre intervention intra-abdominale	2D91	113,20	453,00	464,30	475,90
<i>Sous-section 4 - Foie, voies biliaires, pancréas</i>					
1) Cholécystotomie ou cholécystostomie	2B11	65,17	260,80	267,30	274,00
2) Cholécystectomie (manométrie éventuelle comprise), non cumulable avec une intervention sur les voies biliaires	2B21	113,20	453,00	464,30	475,90
3) Scopie ou radiographie peropératoire des voies biliaires ou pancréatiques - CAT	2B22	23,67	94,70	97,10	99,50
4) Cholédocolomie ou hépaticotomie	2B31	178,30	713,50	731,30	749,60
5) Cholédocolomie avec papillotomie	2B32	178,30	713,50	731,30	749,60
6) Reconstitution de la voie biliaire principale après interruption de la continuité	2B33	178,30	713,50	731,30	749,60
7) Anastomose bilio-digestive directe sur la voie biliaire principale	2B41	178,30	713,50	731,30	749,60
8) Anastomose bilio-digestive sur la voie biliaire principale par l'intermédiaire d'une anse grêle	2B42	247,11	988,90	1013,60	1038,90
9) Anastomose bilio-digestive sur canal biliaire hilaire ou intrahépatique	2B43	247,11	988,90	1013,60	1038,90
10) Résection des voies biliaires pour cancer	2B44	242,96	972,30	996,50	1021,50
11) Cure de fistule biliaire	2B45	142,45	570,00	584,30	598,90
12) Intervention pour kyste, abcès ou fistule du foie ou de la rate	2B51	113,20	453,00	464,30	475,90
13) Résection segmentaire ou lobaire du foie et résection d'une tumeur localisée	2B52	242,96	972,30	996,50	1021,50
14) Pancréatectomie partielle, excision d'une tumeur localisée	2B61	178,30	713,50	731,30	749,60
15) Duodéno-pancréatectomie	2B62	350,12	1401,10	1436,10	1472,00
16) Duodéno-pancréatectomie pour cancer	2B63	350,12	1401,10	1436,10	1472,00
17) Marsupialisation d'un kyste du pancréas	2B64	113,20	453,00	464,30	475,90
<i>Sous-section 5 - Surrénales, rate</i>					
1) Splénectomie	2B91	122,70	491,00	503,30	515,90
2) Surrénalectomie sans intervention sur le rein avec ou sans résection des splanchniques, avec ou sans décapsulation, acte isolé	2B92	170,74	683,30	700,30	717,80
<i>Sous-section 6 - Rectum et anus</i>					
1) Intervention pour imperforation de l'anus, forme simple	2R11	7,97	31,90	32,70	33,50
2) Imperforation anale vraie, traitement par voie basse	2R12	94,93	379,90	389,40	399,10
3) Imperforation anale traitée par voie haute ou combinée	2R13	177,85	711,70	729,50	747,70
4) Fissure anale ou hémorroïde traitée par électrocoagulation ou injection sclérosante, première séance	2R21	10,59	42,40	43,40	44,50
5) Fissure anale ou hémorroïde traitée par électrocoagulation ou injection sclérosante, séances suivantes	2R22	5,13	20,50	21,00	21,60
6) Hémorroïdes ou prolapsus anal, excision	2R23	40,41	161,70	165,70	169,90
7) Hémorroïdes, résection circulaire	2R24	40,41	161,70	165,70	169,90
8) Cerclage de l'anus, acte isolé	2R31	14,85	59,40	60,90	62,40
9) Traitement chirurgical du prolapsus rectal (sans résection), toute voie d'abord	2R32	105,18	420,90	431,40	442,20
10) Traitement de plaies du canal anal et du périnée	2R41	40,41	161,70	165,70	169,90
11) Plaies du rectum, tumeurs bénignes du rectum, traitement par voie basse	2R42	105,18	420,90	431,40	442,20
12) Traitement par voie basse des lésions traumatiques complexes du périnée, du canal ano-rectal et des organes du petit bassin	2R43	71,82	287,40	294,60	301,90
13) Mise à plat des abcès de la marge de l'anus et des fistules intra-sphinctériennes	2R51	40,41	161,70	165,70	169,90
14) Traitement chirurgical des fistules et abcès profonds ou extra-sphinctériens de l'anus	2R52	71,82	287,40	294,60	301,90
15) Reconstruction du sphincter anal par plastie musculaire	2R53	105,18	420,90	431,40	442,20
16) Excision de tumeurs de la marge de l'anus	2R61	7,45	29,80	30,60	31,30
17) Résection du rectum	2R71	226,68	907,10	929,80	953,00
18) Amputation du rectum et colostomie	2R72	271,19	1085,20	1112,30	1140,10
19) Rétablissement secondaire de la continuité intestinale après résection recto-colique	2R73	226,68	907,10	929,80	953,00
Section 7 - Neurochirurgie, Chirurgie du rachis					
<i>Sous-section 1 - Crâne et encéphale</i>					
1) Trépanation pour traumatisme récent avec ouverture de la dure-mère	2N11	191,87	767,80	787,00	806,70

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
2) Extraction d'un corps étranger intra-cérébral	2N12	209,28	837,50	858,40	879,90
3) Traitement d'une plaie crânio-cérébrale avec embarrure	2N13	209,28	837,50	858,40	879,90
4) Intervention réparatrice pour perte de substance crânienne (prothèse exogène ou autoplastie)	2N14	253,09	1012,80	1038,10	1064,00
5) Plastie pour brèche avec écoulement de liquide céphalo-rachidien	2N15	196,47	786,20	805,90	826,00
6) Trépanation exploratrice, quelque soit le nombre des trous de trépan	2N21	43,76	175,10	179,50	184,00
7) Trépanation exploratrice avec intervention palliative sur lésion chronique ou inopérable	2N22	130,94	524,00	537,10	550,50
8) Intervention secondaire pour complications locales	2N23	209,28	837,50	858,40	879,90
9) Chirurgie de la crânio-sténose	2N24	209,28	837,50	858,40	879,90
10) Intervention sur la région hypophysaire ou sur les nerfs optiques	2N31	209,28	837,50	858,40	879,90
11) Intervention sur la fosse cérébrale postérieure, intervention pour malformation d'Arnold-Chiari	2N32	287,86	1151,90	1180,70	1210,20
12) Trépanation et ablation d'une tumeur de la voûte crânienne	2N33	126,64	506,80	519,40	532,40
13) Trépanation et ablation de tumeur, hématome ou abcès des hémisphères cérébraux	2N34	209,28	837,50	858,40	879,90
14) Trépanation et ablation d'un méningiome	2N35	287,86	1151,90	1180,70	1210,20
15) Trépanation et ablation d'une tumeur profonde para- ou intra-ventriculaire, d'un pinéalome	2N36	287,86	1151,90	1180,70	1210,20
16) Trépanation et évacuation d'un abcès ou d'un hématome extra-dural	2N37	96,18	384,90	394,50	404,40
17) Anastomose vasculaire extra - intracrânienne	2N41	305,36	1222,00	1252,50	1283,80
18) Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne par abord direct	2N42	305,36	1222,00	1252,50	1283,80
19) Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne par volet bifrontal	2N43	314,26	1257,60	1289,00	1321,20
20) Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne avec dénudation des carotides	2N44	327,17	1309,20	1342,00	1375,50
21) Traitement opératoire d'une malformation vasculaire de la fosse cérébrale postérieure	2N45	327,17	1309,20	1342,00	1375,50
22) Intervention pour conflit artère - nerf intracrânien	2N46	287,86	1151,90	1180,70	1210,20
23) Excision d'une cicatrice cérébrale ou d'une zone épileptogène	2N51	209,28	837,50	858,40	879,90
24) Drainage permanent des ventricules pour hydrocéphalie	2N52	209,28	837,50	858,40	879,90
25) Dérivation kysto - péritonéale ou sous-duro - péritonéale	2N53	209,28	837,50	858,40	879,90
26) Drainage temporaire par trépanoponction pour hydrocéphalie	2N54	96,18	384,90	394,50	404,40
27) Mise en place d'un capteur de pression intra - crânienne	2N55	96,18	384,90	394,50	404,40
28) Insertion d'un cathéter ventriculaire avec installation d'un réservoir	2N56	96,18	384,90	394,50	404,40
29) Drainage lombaire temporaire pour hypertension intra - crânienne	2N57	43,76	175,10	179,50	184,00
30) Topectomie, lobotomie, tractotomie	2N58	209,28	837,50	858,40	879,90
31) Interventions stéréotaxiques, temps opératoire et radiologique	2N61	322,82	1291,80	1324,10	1357,20
32) Réintervention stéréotaxique homolatérale	2N62	130,94	524,00	537,10	550,50
33) Section isolée de la tente du cervelet	2N63	174,47	698,20	715,60	733,50
34) Hémisphérectomie cérébrale ou cérébelleuse	2N64	327,17	1309,20	1342,00	1375,50
35) Traitement chirurgical de la méningoencéphalocèle de la voûte du crâne	2N65	96,18	384,90	394,50	404,40
36) Traitement chirurgical de la méningoencéphalocèle de la base du crâne	2N66	174,47	698,20	715,60	733,50
37) Trépanoponction ventriculaire	2N71	34,82	139,30	142,80	146,40
38) Ponction latéofontanelle	2N72	21,76	87,10	89,30	91,50
39) Trépanation décompressive (grand volet)	2N73	130,94	524,00	537,10	550,50
<i>Sous-section 2 - Nerfs crâniens et périphériques</i>					
1) Neurotomie intra - crânienne	2N81	130,94	524,00	537,10	550,50
2) Neurectomie vestibulaire	2N82	287,86	1151,90	1180,70	1210,20
3) Gangliolyse (Taarnhoj)	2N83	174,47	698,20	715,60	733,50
4) Neurotomie sélective ou anastomose du nerf facial périphérique	2N84	130,94	524,00	537,10	550,50
5) Thermocoagulation du trijumeau	2N85	130,94	524,00	537,10	550,50
6) Transposition d'un tronc nerveux	2N86	87,18	348,90	357,60	366,50
7) Exploration du plexus brachial	2N87	130,94	524,00	537,10	550,50
8) Thermocoagulation facettaire, quel que soit le nombre d'étages ou de côtés traités, une séance pour une période de 6 mois	2N88	47,83	191,40	196,20	201,10
REMARQUE: L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour la thermocoagulation facettaire (2N88).					
<i>Sous-section 3 - Chirurgie du canal rachidien</i>					
1) Traitement chirurgical du spina bifida sans méningo-myélocèle	2V11	54,76	219,10	224,60	230,20
2) Traitement chirurgical du spina bifida avec méningo-myélocèle	2V12	130,94	524,00	537,10	550,50
3) Laminectomie avec cure d'abcès, arachnoidite, pachyméningite	2V21	130,94	524,00	537,10	550,50
4) Laminectomie avec section des ligaments dentelés	2V22	130,94	524,00	537,10	550,50
5) Laminectomie avec ablation d'une tumeur sous-durale, extramédullaire	2V23	161,51	646,30	662,50	679,00
6) Cure chirurgicale d'une malformation vasculaire médullaire	2V24	161,51	646,30	662,50	679,00
7) Laminectomie avec ponction d'une tumeur intramédullaire	2V31	130,94	524,00	537,10	550,50
8) Laminectomie pour hématome intrarachidien	2V32	161,51	646,30	662,50	679,00
9) Intervention pour syringomyélie ou hydromélie	2V33	161,51	646,30	662,50	679,00
10) Laminectomie avec ablation d'une tumeur intramédullaire	2V34	209,28	837,50	858,40	879,90

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
11) Laminectomie avec ablation d'une tumeur de la queue de cheval	2V35	209,28	837,50	858,40	879,90
12) Extraction d'un corps étranger du canal rachidien	2V36	130,94	524,00	537,10	550,50
13) Cordotomie isolée	2V41	130,94	524,00	537,10	550,50
14) Cordotomies combinées multiples	2V42	152,75	611,30	626,50	642,20
15) Myélotomie commissurale	2V43	130,94	524,00	537,10	550,50
16) Radicotomies intradurales multiples	2V44	152,75	611,30	626,50	642,20
17) Implantation du boîtier d'un stimulateur médullaire	2V51	37,78	151,20	155,00	158,80
18) Mise en place par voie percutanée de la sonde d'un stimulateur médullaire sous contrôle radiologique et stimulation de repérage	2V52	63,08	252,40	258,70	265,20
19) Mise en place par voie percutanée de la sonde d'un stimulateur médullaire sous contrôle radiologique, stimulation de repérage et implantation du boîtier	2V53	83,69	334,90	343,30	351,80
20) Laminectomie et mise en place de la sonde d'un stimulateur, stimulation éventuelle avec enregistrement des potentiels évoqués	2V54	130,99	524,20	537,30	550,70
21) Laminectomie et mise en place de la sonde d'un stimulateur, stimulation éventuelle avec enregistrement des potentiels évoqués et implantation du boîtier	2V55	149,88	599,80	614,80	630,10

Sous-section 4 - Chirurgie des vertèbres et disques intervertébraux

REMARQUE:

Sauf indication contraire prévue dans le libellé, les positions tarifaires sont applicables par niveau respectivement segment et par voie d'abord.

a) Rachis cervical

1) Réduction et contention d'une fracture ou luxation cervicale par traction transosseuse	2V61	43,76	175,10	179,50	184,00
2) Ostéosynthèse occipito-cervicale	2V62	108,90	435,80	446,70	457,80
3) Ostéosynthèse cervicale	2V63	130,94	524,00	537,10	550,50
4) Ostéosynthèse cervicale par voie transorale	2V64	241,18	965,10	989,20	1014,00
5) Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis cervical (ostéosynthèse comprise)	2V65	161,51	646,30	662,50	679,00
6) Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis cervical, par voie transorale (ostéosynthèse comprise)	2V66	241,18	965,10	989,20	1014,00
7) Greffe osseuse cervicale, prise du greffon comprise	2V67	74,70	298,90	306,40	314,10
8) Laminectomie cervicale simple, un niveau	2V71	65,52	262,20	268,70	275,50
9) Laminectomie cervicale élargie, plus d'un niveau	2V72	161,51	646,30	662,50	679,00
10) Intervention pour hernie discale cervicale avec ou sans uncoforaminotomie	2V73	161,51	646,30	662,50	679,00
11) Corporectomie cervicale avec greffe et ostéosynthèse	2V75	241,18	965,10	989,20	1014,00

b) Rachis dorsal ou lombaire

1) Réduction et contention d'une fracture ou luxation de la colonne dorsale ou lombaire	2V81	33,81	135,30	138,70	142,10
2) Ostéosynthèse dorsale par voie postérieure	2V82	130,94	524,00	537,10	550,50
3) Ostéosynthèse dorsale par voie antérieure	2V83	161,51	646,30	662,50	679,00
4) Ostéosynthèse lombaire	2V84	130,94	524,00	537,10	550,50
5) Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis dorsal ou lombaire (ostéosynthèse comprise)	2V85	161,51	646,30	662,50	679,00
6) Greffe osseuse dorsale ou lombaire, prise du greffon comprise	2V86	74,70	298,90	306,40	314,10
7) Laminectomie dorsale ou lombaire simple, un niveau	2V91	65,52	262,20	268,70	275,50
8) Laminectomie dorsale ou lombaire élargie, plus d'un niveau	2V92	161,51	646,30	662,50	679,00
9) Intervention pour hernie discale dorsale ou lombaire	2V93	96,18	384,90	394,50	404,40
10) Arthrodèse intersomatique lombaire (greffe et prise du greffon comprise)	2V94	168,30	673,50	690,30	707,60
11) Traitement orthopédique d'une scoliose ou cyphose avec réduction et contention	2V95	43,76	175,10	179,50	184,00
12) Traitement chirurgical d'une scoliose ou cyphose avec ostéosynthèse, quelle que soit l'étendue	2V96	241,18	965,10	989,20	1014,00
13) Résection du coccyx, opération pour fistule sacro-coccygienne	2V97	34,63	138,60	142,00	145,60

Chapitre 3 - Oto-Rhino-Laryngologie

Section 1 - Oreilles

Sous-section 1 - Examens

1) Audiométrie vocale en chambre insonorisée	3R01	9,61	38,50	39,40	40,40
2) Location d'appareil	3R01X	2,15	8,60	8,80	9,00
3) Audiométrie tonale en chambre insonorisée complétée par audiométrie vocale et/ou par recherche du recrutement, documentation par graphique	3R02	14,35	57,40	58,90	60,30
4) Location d'appareil	3R02X	2,15	8,60	8,80	9,00
5) Audiométrie comportementale de l'enfant de moins de 6 ans	3R03	11,48	45,90	47,10	48,30
6) Location d'appareil	3R03X	2,15	8,60	8,80	9,00
7) Electrocochléographie	3R06	26,54	106,20	108,90	111,60
8) (en suspens)					
9) (en suspens)					
10) Electronystagmographie et tests d'oculomotricité avec épreuve rotatoire en fauteuil	3R08	38,26	153,10	156,90	160,90

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif 1</u>	<u>Tarif 2</u>	<u>Tarif 3</u>
pendulaire					
11) Balayage audiométrique - CAC	3R11	3,83	15,30	15,70	16,10
12) Location d'appareil	3R11X	2,15	8,60	8,80	9,00
13) Audiométrie tonale en chambre insonorisée, détermination des seuils de conduction aérienne et osseuse pour les fréquences 250 à 8000 Hz, documentation par graphique	3R12	9,61	38,50	39,40	40,40
14) Location d'appareil	3R12X	2,15	8,60	8,80	9,00
15) Impédancemétrie (tymanométrie, réflexe stapédien) - CAC (non cumulable à la position 3R02)	3R13	3,83	15,30	15,70	16,10
16) Location d'appareil	3R13X	2,15	8,60	8,80	9,00
17) Otoscopie au microscope - CAC	3R14	3,73	14,90	15,30	15,70
18) Examen labyrinthique avec épreuve de stimulation - CAC	3R15	4,78	19,10	19,60	20,10
19) Electronystagmographie avec épreuve de stimulation	3R16	21,43	85,80	87,90	90,10
20) Location d'appareil	3R16X	5,69	22,80	23,30	23,90
21) Potentiels évoqués auditifs, en chambre insonorisée, avec recherche du seuil de détection de l'onde V et étude des latences	3R17	32,19	128,80	132,00	135,30
22) Location d'appareil	3R17X	13,77	55,10	56,50	57,90

REMARQUE:

Ne sont pas cumulables entre eux:

* les examens d'audiométrie (3R01, 3R02, 3R03, 3R11, 3R12)

* les examens labyrinthiques (3R08, 3R15, 3R16)

Sous-section 2 - Petites interventions

1) Cathétérisme ou bougirage de la trompe d'Eustache - CAC	3R21	4,45	17,80	18,30	18,70
2) Extraction documentée d'un corps étranger enclavé du conduit auditif externe à l'exclusion d'un bouchon de cérumen - CAC	3R22	4,78	19,10	19,60	20,10
3) Paracentèse du tympan ou injection transtympanique	3R23	7,41	29,70	30,40	31,20
4) Drainage transtympanique	3R24	19,80	79,20	81,20	83,20
5) Extraction d'un polype de l'oreille moyenne	3R25	7,22	28,90	29,60	30,40
6) Traitement pré-opératoire de l'otite chronique sous microscope, par séance (maximum 4 séances)	3R26	11,48	45,90	47,10	48,30
7) Traitement post-opératoire de l'otite chronique sous microscope, par séance, (maximum 5 séances)	3R29	11,48	45,90	47,10	48,30

Sous-section 3 - Chirurgie de l'oreille

1) Autoplastie du pavillon de l'oreille avec intervention sur le cartilage en cas de mutilation post-traumatique	3R30	58,01	232,10	237,90	243,90
2) Autoplastie du pavillon de l'oreille avec intervention sur le cartilage, chirurgie de l'oreille décollée	3R31	58,01	232,10	237,90	243,90
3) Reconstitution du pavillon de l'oreille pour aplasie ou mutilation grave, avec greffe cartilagineuse, non compris les temps de préparation des lambeaux cutanés	3R32	110,57	442,50	453,50	464,90
4) Ablation d'un ostéome pédiculé du conduit auditif	3R41	10,23	40,90	42,00	43,00
5) Ablation d'un ostéome non pédiculé du conduit auditif	3R42	20,85	83,40	85,50	87,70
6) Ablation d'une tumeur maligne de l'oreille externe par résection cunéiforme	3R43	10,23	40,90	42,00	43,00
7) Résection large d'une tumeur maligne de l'oreille externe	3R44	31,18	124,80	127,90	131,10
8) Plastie du tympan avec réparation de la continuité de la chaîne ossiculaire, quelque soit le temps osseux	3R50	149,45	598,10	613,00	628,30
9) Plastie de la membrane tympanique (myringoplastie)	3R51	99,57	398,40	408,40	418,60
10) Trépanation du labyrinthe	3R52	87,14	348,70	357,40	366,40
11) Intervention pour ankylose de l'étrier	3R53	149,45	598,10	613,00	628,30
12) Mastoïdectomie simple	3R61	62,17	248,80	255,00	261,40
13) Evidement pétro-mastoidien	3R64	87,14	348,70	357,40	366,40
14) Opération de libération ou de réparation du nerf facial intrapétreux	3R67	149,45	598,10	613,00	628,30
15) Résection du rocher pour tumeur de l'oreille moyenne, mastoïdectomie comprise	3R68	191,30	765,50	784,70	804,30

Section 2 - Nez et Sinus

Sous-section 1 - Examens

1) Rhinomanométrie, mesure des débits et des pressions	3N10	11,76	47,10	48,20	49,40
2) Location d'appareil	3N10X	2,06	8,20	8,40	8,70
3) Rhinomanométrie avant et après épreuve pharmaco-dynamique (non cumulable à la position 3N10)	3N11	17,65	70,60	72,40	74,20
4) Location d'appareil	3N11X	2,06	8,20	8,40	8,70
5) Sinuscopie avec optique, exploration (non cumulable avec un acte de chirurgie intrasinusale)	3N12	27,98	112,00	114,80	117,60
6) Rhinoscopie antérieure avec optique, exploration complète des fosses nasales et des méats (non cumulable avec un acte de chirurgie endonasale, ni avec la sinuscopie), avec ou sans biopsie - CAC	3N13	4,78	19,10	19,60	20,10
7) Sinuscopie avec optique et biopsie (non cumulable avec un acte de chirurgie intrasinusale)	3N14	37,30	149,30	153,00	156,80

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
<i>Sous-section 2 - Petites interventions</i>					
1) Hémostase nasale par tamponnement antérieur et postérieur	3N20	57,39	229,70	235,40	241,30
2) Réduction simple d'une fracture du nez, contention comprise	3N21	12,48	49,90	51,20	52,50
3) Hémostase nasale par tamponnement antérieur - CAC	3N22	3,63	14,50	14,90	15,30
4) Incision d'un hématome ou d'un abcès intra-nasal - CAC	3N23	4,07	16,30	16,70	17,10
5) Traitement de lésions de la muqueuse nasale par électrocoagulation, cautérisation, infiltration, injection sclérosante (anesthésie locale comprise) - CAC	3N25	5,07	20,30	20,80	21,30
6) Ablation de polypes nasaux, la première séance	3N26	12,00	48,00	49,20	50,50
7) Ablation de polypes nasaux, séance suivante pour une période de six mois	3N27	7,22	28,90	29,60	30,40
8) Panendoscopie naso-sinusienne de nettoyage après chirurgie de la rhino-sinusite polypeuse, un côté	3N28	57,39	229,70	235,40	241,30
9) Extraction de corps étrangers enclavés du nez, anesthésie locale comprise - CAC	3N30	4,78	19,10	19,60	20,10
10) Ponction isolée du sinus maxillaire, anesthésie locale comprise	3N31	8,42	33,70	34,50	35,40
11) Lavage et/ou aspiration et/ou instillation au niveau d'un sinus par un orifice naturel ou artificiel	3N32	5,88	23,50	24,10	24,70
12) Sidération du ganglion sphéno-palatin ou des branches du trijumeau à la sortie du crâne, première séance	3N35	12,00	48,00	49,20	50,50
13) Sidération du ganglion sphéno-palatin ou des branches du trijumeau à la sortie du crâne, séance suivante	3N36	7,22	28,90	29,60	30,40
<i>Sous-section 3 - Chirurgie du nez</i>					
1) Réduction sanglante d'une fracture du nez ou de sinus, contention comprise	3N41	33,62	134,50	137,90	141,30
2) Traitement chirurgical du rhinophyma, une ou plusieurs séances	3N42	16,02	64,10	65,70	67,40
3) Extraction de corps étrangers par rhinotomie externe	3N43	33,62	134,50	137,90	141,30
4) Résection d'un éperon ou d'une crête de cloison	3N44	10,52	42,10	43,10	44,20
5) Plastie narinaire sur traumatisme, avec greffe	3N45	33,62	134,50	137,90	141,30
6) Plastie narinaire sur cicatrice, un ou plusieurs temps	3N46	42,33	169,40	173,60	178,00
7) Septoplastie correctrice, un ou plusieurs temps	3N47	62,17	248,80	255,00	261,40
8) Rhinoplastie reconstructrice de la pyramide nasale - APCM	3N48	74,70	298,90	306,40	314,10
9) Résection sous-muqueuse d'une déviation de la cloison nasale	3N51	29,89	119,60	122,60	125,70
10) Chirurgie de la rhinite atrophique	3N52	74,70	298,90	306,40	314,10
11) Traitement d'une synéchie nasale ostéo-cartilagineuse, une ou plusieurs séances	3N53	14,40	57,60	59,10	60,50
12) Résection endonasale d'une oblitération choanale osseuse	3N54	62,17	248,80	255,00	261,40
13) Résection partielle ou totale d'un cornet (conchotomie, turbinectomie)	3N55	14,35	57,40	58,90	60,30
<i>Sous-section 4 - Chirurgie des sinus</i>					
1) Traitement d'une sinusite frontale par forage de Beck	3N61	29,22	116,90	119,90	122,80
2) Traitement chirurgical d'une sinusite ethmoïdale et/ou frontale par voie externe ou endonasale, un côté	3N62	76,52	306,20	313,90	321,70
3) Traitement chirurgical d'une sinusite maxillaire par la fosse canine ou par voie endonasale avec méatotomie moyenne, un côté	3N65	76,52	306,20	313,90	321,70
4) Méatotomie inférieure, un côté	3N66	42,33	169,40	173,60	178,00
5) Traitement chirurgical d'une sinusite sphénoïdale, un côté	3N71	57,39	229,70	235,40	241,30
6) Traitement chirurgical d'une pansinusite unilatérale	3N72	114,78	459,30	470,80	482,60
7) Traitement chirurgical d'un ostéome ou d'un mucocèle ethmoïdal et/ou frontal	3N75	95,65	382,80	392,30	402,10
Section 3 - Pharynx, Larynx, Trachée					
<i>Sous-section 1 - Examens</i>					
1) Pharyngo-laryngoscopie indirecte avec optique	3L11	9,47	37,90	38,80	39,80
2) Naso-pharyngo-laryngo-fibroscopie	3L12	14,35	57,40	58,90	60,30
3) Location d'appareil	3L12X	12,20	48,80	50,00	51,30
4) Naso-pharyngo-laryngo-fibroscopie avec biopsie	3L13	19,13	76,60	78,50	80,40
5) Location d'appareil	3L13X	12,20	48,80	50,00	51,30
6) (en suspens)					
7) (en suspens)					
8) Panendoscopie comprenant une endoscopie des fosses nasales, du pharynx, du larynx, de la trachée, des bronches et de l'oesophage à la recherche de lésions cancéreuses, (sous anesthésie générale) biopsies comprises	3L18	71,74	287,10	294,30	301,60
<i>Sous-section 2 - Petites interventions</i>					
1) Intubation trachéale	3L21	6,03	24,10	24,70	25,40
2) Tubage du larynx	3L22	6,03	24,10	24,70	25,40
3) Biopsie sous laryngoscopie indirecte, anesthésie locale comprise	3L23	27,36	109,50	112,20	115,00
4) Dilatation laryngée, première séance, anesthésie locale comprise	3L24	4,93	19,70	20,20	20,70
5) Dilatation laryngée, séance suivante, anesthésie locale comprise	3L25	3,35	13,40	13,70	14,10
6) Extraction par les voies naturelles d'un corps étranger du pharynx ou du larynx, sans	3L31	8,13	32,50	33,30	34,20

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
endoscopie, anesthésie locale comprise					
7) Extraction par les voies naturelles d'un corps étranger enclavé du pharynx ou du larynx, sans endoscopie, anesthésie locale comprise	3L32	24,06	96,30	98,70	101,20
8) Cautérisation chimique du larynx - CAC	3L33	3,83	15,30	15,70	16,10
9) Electrocoagulation endolaryngée , anesthésie locale comprise, première séance	3L34	8,66	34,70	35,50	36,40
10) Electrocoagulation endolaryngée , anesthésie locale comprise, séance suivante	3L35	5,88	23,50	24,10	24,70

Sous-section 3 - Chirurgie

1) Adénotomie, non cumulable avec l'amygdalectomie (3 L 42/43)	3L41	19,13	76,60	78,50	80,40
2) Amygdalectomie, uni- ou bilatérale, chez l'enfant de moins de 12 ans	3L42	39,89	159,60	163,60	167,70
3) Amygdalectomie, uni- ou bilatérale, chez personne de plus de 12 ans	3L43	44,81	179,30	183,80	188,40
4) Extirpation d'un fibrome naso-pharyngien, un ou plusieurs temps	3L44	143,48	574,20	588,50	603,20
5) Extirpation de tumeurs malignes de l'épipharynx	3L45	143,48	574,20	588,50	603,20
6) Incision d'un abcès rétro- ou latéropharyngien	3L51	33,62	134,50	137,90	141,30
7) Incision d'un abcès endo- ou périlaryngé	3L52	16,69	66,80	68,50	70,20
8) Microlaryngoscopie, laryngoscopie directe, sous anesthésie générale, avec ou sans biopsie	3L54	28,70	114,80	117,70	120,70
9) Microlaryngoscopie avec résection de nodules, kystes ou polypes	3L56	47,83	191,40	196,20	201,10
10) Microlaryngoscopie avec épiluchage complet d'une corde vocale	3L57	57,39	229,70	235,40	241,30
11) Microchirurgie endoscopique avec aryténoïdectomie. aryténoïdopexie ou résection de cordes vocales	3L58	86,09	344,50	353,10	361,90
12) Laryngotomie, thyrotomie et traitement de lésions du larynx, y compris la cordectomie	3L61	76,52	306,20	313,90	321,70
13) Trachéotomie ou trachéostomie	3L63	33,62	134,50	137,90	141,30
14) Pharyngotomie ou oesophagotomie	3L64	49,79	199,20	204,20	209,30
15) Traitement de la sténose laryngée	3L66	134,53	538,30	551,80	565,60
16) Laryngectomie partielle pour lésion bénigne	3L71	84,60	338,50	347,00	355,70
17) Laryngectomie partielle pour tumeur maligne	3L72	84,60	338,50	347,00	355,70
18) Laryngectomie totale ou sus-glottique pour tumeur maligne	3L73	134,53	538,30	551,80	565,60
19) Laryngectomie reconstructive pour tumeur maligne	3L74	204,16	817,00	837,40	858,30
20) Pharyngectomie pour tumeur maligne	3L75	134,53	538,30	551,80	565,60
21) Pharyngo-laryngectomie pour tumeur maligne	3L76	201,15	804,90	825,10	845,70
22) Résection segmentaire de la trachée	3L77	229,56	918,60	941,60	965,10
23) Traitement de diverticules de l'oesophage cervical par pexie	3L81	82,16	328,80	337,00	345,40
24) Résection de diverticules de l'oesophage cervical	3L82	99,57	398,40	408,40	418,60
25) Exérèse de tumeurs de l'espace parapharyngé	3L91	191,30	765,50	784,70	804,30
26) Traitement chirurgical des troubles respiratoires du sommeil dans le cadre du syndrome des apnées du sommeil - APCM	3L95	143,48	574,20	588,50	603,20

Chapitre 4 - Ophtalmologie

Section 1 - Examens Ophtalmiques

1) Tonométrie - CAC	4E11	1,91	7,60	7,80	8,00
2) Examen du fond d'oeil - CAC	4E12	3,83	15,30	15,70	16,10
3) Examen de la vision binoculaire	4E13	8,13	32,50	33,30	34,20
4) Détermination instrumentale et tracé du champ visuel, (périmétrie et/ou campimétrie)	4E14	8,13	32,50	33,30	34,20
5) Courbe d'adaptation à l'obscurité (adaptométrie)	4E15	7,75	31,00	31,80	32,60
6) Repérage et marquage ophtalmoscopique de déchirures rétinienne ou de corps étrangers intraoculaires	4E16	8,42	33,70	34,50	35,40
7) Mesure de la résistance de la barrière hématoaqueuse par tests de contraste	4E17	10,76	43,10	44,10	45,20
8) Angiographie fluorescéinique	4E18	14,35	57,40	58,90	60,30

Section 2 - Chirurgie des paupières et des voies lacrymales

1) Electrolyse, diathermocoagulation, cautérisation au niveau des paupières ou des voies lacrymales - CAC	4A11	4,07	16,30	16,70	17,10
2) Incision d'abcès ou de kystes des annexes de l'oeil, d'un orgelet - CAC	4A12	4,07	16,30	16,70	17,10
3) Excision d'un chalazion, d'un kyste, de xanthélasmas	4A13	13,30	53,20	54,60	55,90
4) Ablation d'une petite tumeur palpébrale (sans autoplastie)	4A14	8,42	33,70	34,50	35,40
5) Suture de plaies compliquées des paupières avec section du tarse et/ou des voies lacrymales	4A15	42,33	169,40	173,60	178,00
6) Canthotomie	4A16	18,75	75,00	76,90	78,80
7) Blépharorrhaphie, tarsorrhaphie, canthoplastie	4A17	33,62	134,50	137,90	141,30
8) Traitement chirurgical de l'entropion ou de l'ectropion	4A21	48,02	192,20	197,00	201,90
9) Trichiasis, opération sans greffe	4A22	20,85	83,40	85,50	87,70
10) Trichiasis, opération avec greffe libre	4A23	40,89	163,60	167,70	171,90
11) Chirurgie de la ptose palpébrale par excision cutanée	4A24	12,00	48,00	49,20	50,50
12) Chirurgie de la ptose palpébrale, opération portant sur le tarse et/ou le muscle releveur	4A25	69,78	279,20	286,20	293,40
13) Autoplastie palpébrale avec ou sans greffe, chaque temps	4A26	40,89	163,60	167,70	171,90
14) Ablation d'une tumeur étendue ou maligne, avec autoplastie palpébrale	4A27	81,69	326,90	335,10	343,40
15) Sondage des voies lacrymales avec injection ou lavage - CAC	4A31	1,91	7,60	7,80	8,00

- 16) Opération de l'imperforation des voies lacrymales chez le nourrisson
- 17) Stricturotomie du sac lacrymal
- 18) Dacryocystectomie
- 19) Dacryocystorhinostomie
- 20) Ablation de la partie palpébrale de la glande lacrymale
- 21) Extirpation de la glande lacrymale

Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
4A32	12,00	48,00	49,20	50,50
4A33	6,27	25,10	25,70	26,40
4A34	42,33	169,40	173,60	178,00
4A35	69,78	279,20	286,20	293,40
4A36	20,85	83,40	85,50	87,70
4A37	50,46	201,90	207,00	212,10

Section 3 - Chirurgie de la conjonctive et de la cornée

- 1) Cautérisation superficielle de la conjonctive ou de la cornée; ablation de concrétions conjonctivales - CAC
- 2) Traitement de granulations trachomateuses
- 3) Ablation de corps étrangers multiples de la conjonctive ou de la cornée
- 4) Excision d'un corps étranger sous-conjonctival, cornéen ou sclérotique devant le biomicroscope, y compris l'application de l'électroaimant
- 5) Suture de plaie simple de la conjonctive
- 6) Recouvrement conjonctival
- 7) Autoplastie conjonctivale, sans greffe libre
- 8) Autoplastie conjonctivale, avec greffe libre
- 9) Ablation de brides conjonctivales ou de petites néoformations; péritomie
- 10) Excision de néoformations étendues avec autoplastie
- 11) Excision de néoformations étendues avec greffe libre
- 12) Suture d'une plaie cornéenne ou sclérale, avec ou sans iridectomie ou recouvrement conjonctival
- 13) Suture d'une plaie cornéenne ou sclérale, (avec ou sans iridectomie) avec extraction d'un corps étranger de la chambre antérieure, repérage ophtalmoscopique compris
- 14) Suture d'une plaie cornéenne ou sclérale, (avec ou sans iridectomie) avec extraction d'un corps étranger du segment postérieur, repérage ophtalmoscopique compris
- 15) Greffe de la cornée ou de la sclérotique
- 16) Tatouage de la cornée
- 17) Excision simple d'un ptérygion
- 18) Excision d'un symblépharon
- 19) Excision d'un ptérygion avec autoplastie
- 20) Excision d'un ptérygion ou d'un symblépharon avec greffe cornéenne
- 21) Paracentèse de la cornée, kératotomie
- 22) Photocoagulation des lésions de l'oeil, première séance pour une période de 3 mois
- 23) Photocoagulation des lésions de l'oeil, séances suivantes (au maximum trois) pour une période de trois mois

4G21	4,07	16,30	16,70	17,10
4G22	16,88	67,50	69,20	71,00
4G23	4,59	18,40	18,80	19,30
4G24	6,50	26,00	26,70	27,30
4G25	4,07	16,30	16,70	17,10
4G26	24,06	96,30	98,70	101,20
4G31	25,01	100,10	102,60	105,10
4G32	67,29	269,30	276,00	282,90
4G33	12,00	48,00	49,20	50,50
4G34	38,55	154,30	158,10	162,10
4G35	87,14	348,70	357,40	366,40
4G36	62,17	248,80	255,00	261,40
4G37	69,78	279,20	286,20	293,40
4G38	87,14	348,70	357,40	366,40
4G41	74,70	298,90	306,40	314,10
4G42	20,85	83,40	85,50	87,70
4G43	21,71	86,90	89,00	91,30
4G44	38,59	154,40	158,30	162,20
4G45	42,33	169,40	173,60	178,00
4G46	79,72	319,00	327,00	335,20
4G47	17,55	70,20	72,00	73,80
4G48	20,95	83,80	85,90	88,10
4G49	10,57	42,30	43,40	44,40

Section 4 - Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique

- 1) Extraction de corps étrangers intraoculaires
- 2) Iridotomie, iridectomie, iridopexie, enclavement
- 3) Capsulectomie pour cataracte
- 4) Cyclodialyse, trabéculotomie, trabéculéctomie, trépanation sclérale, iridencleisis
- 5) Amputation du segment antérieur
- 6) Discision pour cataracte
- 7) Extraction du cristallin
- 8) Extraction du cristallin et pose d'un cristallin artificiel
- 9) Implantation, explantation ou reposition d'un cristallin artificiel, acte isolé
- 10) Sclérotomie, ponction de la sclérotique
- 11) Sclérectomie avec ou sans iridectomie
- 12) Injection intravitréenne transsclérale, réalisée exclusivement en milieu hospitalier

4G51	64,99	260,10	266,60	273,20
4G52	62,51	250,10	256,40	262,80
4G53	64,99	260,10	266,60	273,20
4G54	67,29	269,30	276,00	282,90
4G55	62,51	250,10	256,40	262,80
4G61	34,82	139,30	142,80	146,40
4G62	78,48	314,10	321,90	329,90
4G63	124,35	497,60	510,00	522,80
4G64	39,26	157,10	161,00	165,10
4G65	14,40	57,60	59,10	60,50
4G66	79,72	319,00	327,00	335,20
4G67	79,72	319,00	327,00	335,20

Section 5 - Globe oculaire, segment postérieur

- 1) Injection rétro-bulbaire ou para-bulbaire, aussi pour anesthésie loco-régionale (bloc supplémentaire du VII compris) - CAT
- 2) Traitement du décollement et/ou de lésions de la rétine par diathermie et cryopexie
- 3) Traitement du décollement de la rétine par indentation limitée à un quadrant
- 4) Traitement du décollement de la rétine par indentation atteignant plusieurs quadrants
- 5) Traitements des altérations de la rétine (sauf le décollement) par photocoagulation ou par laser, première séance pour une période de trois mois
- 6) Traitements des altérations de la rétine (sauf le décollement) par photocoagulation ou par laser, séances suivantes (au maximum trois) pour une période de trois mois

4G69	5,52	22,10	22,60	23,20
4G71	87,14	348,70	357,40	366,40
4G72	95,89	383,70	393,30	403,10
4G73	113,35	453,60	464,90	476,50
4G74	41,99	168,00	172,20	176,50
4G75	20,95	83,80	85,90	88,10

REMARQUE:

Pour les positions 4G74 et 4G75 le médecin doit préciser dans le libellé s'il s'agit du traitement de l'oeil gauche ou de l'oeil droit en ajoutant les lettres OD resp. OG.

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
Section 6 - Orbité					
1) Ténotomie ou allongement plastique d'un muscle de l'orbite	4G81	38,59	154,40	158,30	162,20
2) Avancement, ectomie, récession d'un muscle de l'orbite	4G82	62,17	248,80	255,00	261,40
3) Ténotomie et avancement combinés des muscles de l'orbite	4G83	69,78	279,20	286,20	293,40
4) Moulage du globe ou de la cavité orbitaire, matériel non compris	4G91	8,42	33,70	34,50	35,40
5) Enucléation, éviscération du globe oculaire	4G92	52,37	209,60	214,80	220,20
6) Enucléation ou éviscération, moignon artificiel	4G93	64,71	259,00	265,40	272,10
7) Exentération de l'orbite	4G94	79,72	319,00	327,00	335,20
8) Opération pour phlegmon de l'orbite	4G95	16,69	66,80	68,50	70,20
9) Excision d'un kyste dermoïde profond intraorbitaire	4G96	40,89	163,60	167,70	171,90
10) Orbitotomie avec extractions de corps étrangers ou révision et réduction d'une fracture de l'orbite osseuse	4G97	79,72	319,00	327,00	335,20
11) Ablation d'une tumeur intraorbitaire, opérations d'accès comprises	4G98	99,57	398,40	408,40	418,60
12) Greffe tissulaire intraorbitaire	4G99	24,87	99,50	102,00	104,60
REMARQUE: Toutes les interventions faites du même côté doivent être considérées comme faites dans le même champ opératoire					
Chapitre 5 - Urologie					
Section 1 - Appareil urinaire					
<i>Sous-section 1 - Examens et interventions</i>					
1) Petites interventions sur l'urètre: exploration instrumentale, dilatation simple, injection ou instillation de médicaments - CAC; non cumulable avec une autre intervention par voie urétrale	5U10	3,49	14,00	14,30	14,70
2) Massage prostatique en vue d'un prélèvement bactériologique - CAC	5U11	3,49	14,00	14,30	14,70
3) Extraction d'un corps étranger de l'urètre antérieur	5U12	5,88	23,50	24,10	24,70
4) Cathétérisme de la vessie - CAC	5U13	3,49	14,00	14,30	14,70
5) Lavage de la vessie - CAC	5U14	3,49	14,00	14,30	14,70
6) Pose ou changement d'une sonde vésicale à demeure par voie basse, lavage éventuel compris	5U15	5,88	23,50	24,10	24,70
7) Première mise en place d'une sonde vésicale sus-pubienne	5U16	18,17	72,70	74,50	76,40
8) Changement d'une sonde de cystostomie	5U17	5,88	23,50	24,10	24,70
9) Chimiothérapie endovésicale	5U21	5,88	23,50	24,10	24,70
10) Débitmétrie mictionnelle avec enregistrement (uroflowmétrie)	5U22	7,60	30,40	31,20	32,00
11) Location d'appareil	5U22X	1,87	7,50	7,70	7,90
12) Exploration urodynamique avec enregistrement: cystométrie ou profil de pression urétrale avec ou sans débitmétrie	5U23	15,21	60,90	62,40	63,90
13) Location d'appareil	5U23X	3,78	15,10	15,50	15,90
14) Exploration urodynamique avec enregistrement: cystométrie et profil de pression urétrale, avec ou sans débitmétrie	5U24	22,76	91,10	93,40	95,70
15) Location d'appareil	5U24X	5,74	23,00	23,50	24,10
16) Exploration urodynamique avec enregistrement: cystométrie et/ou profil de pression urétrale avec électromyographie des muscles périnéaux, avec ou sans débitmétrie	5U25	30,46	121,90	124,90	128,10
17) Location d'appareil	5U25X	7,60	30,40	31,20	32,00
18) Exploration urodynamique avec enregistrement: cystométrie et profil de pression urétrale avec électromyographie des muscles périnéaux, avec débitmétrie et pression différentielle	5U26	38,02	152,10	155,90	159,80
19) Location d'appareil	5U26X	7,60	30,40	31,20	32,00
20) Lithotritie extracorporelle des voies urinaires	5U27	57,39	229,70	235,40	241,30
21) Ponction percutanée du rein avec ou sans biopsie	5U28	30,80	123,30	126,30	129,50
REMARQUE: Les positions 5U22 à 5U26 ne sont pas cumulables entre elles					
<i>Sous-section 2 - Endoscopie exploratrice et opérationnelle</i>					
REMARQUES: Pour toutes les positions de la sous-section 2: a) L'anesthésie locale est comprise dans le coefficient de l'acte b) Les différentes positions ne sont pas cumulables entre elles					
1) Urétrocystoscopie exploratrice	5U31	14,40	57,60	59,10	60,50
2) Urétrocystoscopie avec cathétérisme des uretères y compris l'injection, la dilatation, la sonde de Zeiss	5U32	35,87	143,50	147,10	150,80
3) Urétrocystoscopie avec biopsie ou ablation de calculs ou de corps étrangers	5U33	35,87	143,50	147,10	150,80
4) Urétrocystoscopie avec lithotritie	5U34	56,43	225,80	231,50	237,20
5) Mise en place sous contrôle échographique d'un applicateur au niveau uro-génital pour	5U35	18,36	73,50	75,30	77,20

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif 1</u>	<u>Tarif 2</u>	<u>Tarif 3</u>
curiethérapie					
6) Electrocoagulation endoscopique de l'urètre ou de la vessie, première séance	5U41	56,43	225,80	231,50	237,20
7) Electrocoagulation endoscopique de l'urètre ou de la vessie, séances suivantes pour une période d'un mois	5U42	25,63	102,60	105,10	107,80
8) Urétrotomie interne endoscopique	5U43	61,55	246,30	252,50	258,80
9) Plastie endoscopique au téflon	5U44	102,58	410,50	420,80	431,30
10) Electroréssection endoscopique au niveau de l'urètre, de la vessie ou de la prostate vésicale, y compris une éventuelle ligature des canaux déférents	5U45	123,10	492,60	504,90	517,50
11) Electroréssection endoscopique au niveau de l'urètre, de la vessie ou de la prostate vésicale, y compris une éventuelle ligature des canaux déférents, combinée à une urétrotomie interne	5U46	153,90	615,90	631,30	647,00
12) Urétéro-pyéloscopie exploratrice, dilatation de l'orifice comprise	5U51	82,02	328,20	336,40	344,80
13) Urétéro-pyéloscopie opérationnelle sur l'uretère ou le pyélon	5U52	123,10	492,60	504,90	517,50
14) Néphroscopie percutanée exploratrice, y compris la ponction ou la dilatation du canal	5U61	82,02	328,20	336,40	344,80
15) Néphroscopie percutanée exploratrice, y compris la ponction ou la dilatation du canal et urétéro-pyélographie rétrograde peropératoire, montée de sonde	5U62	100,00	400,20	410,20	420,40
16) Néphroscopie percutanée opérationnelle, première séance	5U63	123,10	492,60	504,90	517,50
17) Néphroscopie percutanée, séance ultérieure	5U64	61,55	246,30	252,50	258,80
18) Néphroscopie percutanée opérationnelle, et urétéro-pyélographie rétrograde peropératoire, montée de sonde	5U65	140,99	564,20	578,30	592,80
<i>Sous-section 3 - Chirurgie des reins et uretères</i>					
1) Traitement opératoire de l'événement lombaire	5R11	82,07	328,40	336,60	345,00
2) Lobotomie exploratrice	5R12	51,32	205,40	210,50	215,80
3) Incision et drainage du phlegmon périnéphrétique	5R13	61,55	246,30	252,50	258,80
4) Néphropexie	5R21	87,14	348,70	357,40	366,40
5) Lobotomie avec biopsie rénale, décapsulation ou traitement conservateur des kystes du rein	5R22	87,14	348,70	357,40	366,40
6) Néphrostomie percutanée, y compris la dilatation du canal et la pose d'une sonde	5R31	61,55	246,30	252,50	258,80
7) Changement d'une sonde de néphrostomie	5R32	38,02	152,10	155,90	159,80
8) Néphrostomie, pyélotomie (non cumulable avec une autre intervention sur le rein)	5R33	87,14	348,70	357,40	366,40
9) Opération plastique sur le bassinet et la jonction pyélo-urétérale	5R34	107,61	430,60	441,40	452,40
10) Néphrolithotomie	5R41	123,10	492,60	504,90	517,50
11) Néphrectomie simple	5R51	102,58	410,50	420,80	431,30
12) Néphrectomie partielle ou section de l'isthme d'un rein en fer à cheval	5R52	123,10	492,60	504,90	517,50
13) Néphrectomie partielle pour cancer	5R53	153,85	615,70	631,00	646,80
14) Néphrectomie élargie	5R54	123,10	492,60	504,90	517,50
15) Néphro-urétérectomie totale	5R55	153,85	615,70	631,00	646,80
16) Néphrectomie pour cancer par voie abdominale ou thoraco-phréno-abdominale	5R56	229,56	918,60	941,60	965,10
17) Néphro-urétérectomie totale pour cancer du bassinet ou de l'uretère par 2 incisions	5R57	205,17	821,00	841,50	862,60
18) Urétérotomie lombaire, urétérolyse	5R61	87,14	348,70	357,40	366,40
19) Urétérotomie pelvienne	5R62	102,58	410,50	420,80	431,30
20) Opération plastique sur l'uretère	5R63	107,61	430,60	441,40	452,40
21) Anastomose urétéro-urétérale	5R64	107,61	430,60	441,40	452,40
22) Urétérectomie secondaire totale	5R65	102,58	410,50	420,80	431,30
23) Urétérostomie cutanée	5R71	87,14	348,70	357,40	366,40
24) Cure de fistule cutanée de l'uretère	5R72	107,61	430,60	441,40	452,40
25) Urétérostomie cutanée transintestinale	5R73	205,17	821,00	841,50	862,60
26) Abouchement d'un uretère dans l'intestin en place	5R74	102,58	410,50	420,80	431,30
27) Remplacement urétéral par plastie	5R75	256,49	1026,40	1052,00	1078,30
28) Urétérocystonéostomie avec ou sans plastie antireflux	5R81	153,85	615,70	631,00	646,80
29) Implantation urétérale par lambeau vésical pédiculé et tubulé	5R82	153,85	615,70	631,00	646,80
30) Réalisation d'un dispositif antireflux vésico-urétéral	5R83	107,61	430,60	441,40	452,40
31) Supplément en cas de réintervention sur le rein ou l'uretère; pour toutes les positions de la sous-section 3, à l'exception des positions 5R11, 5R31 et 5R32 - CAT	5R87	18,99	76,00	77,90	79,80
32) Transplantation rénale	5R91	315,65	1263,10	1294,70	1327,10
33) Prélèvement d'un rein chez un donneur vivant en vue d'une transplantation	5R92	123,10	492,60	504,90	517,50
34) Prélèvement d'un rein chez un donneur décédé en vue d'une transplantation	5R93	95,65	382,80	392,30	402,10
<i>Sous-section 4 - Chirurgie de la vessie</i>					
1) Cystotomie avec ou sans extraction de calculs	5V13	61,55	246,30	252,50	258,80
2) Cystotomie avec exérèse ou électrocoagulation d'une tumeur vésicale pédiculée	5V14	82,07	328,40	336,60	345,00
3) Cystotomie avec cystectomie partielle, p. ex. pour tumeur	5V15	123,10	492,60	504,90	517,50
4) Cystotomie avec exérèse de diverticules vésicaux, avec ou sans résection du col vésical	5V16	153,85	615,70	631,00	646,80
5) Cystectomie totale isolée	5V21	153,85	615,70	631,00	646,80
6) Cystectomie totale avec abouchement des uretères à la peau	5V22	205,17	821,00	841,50	862,60
7) Cystectomie totale avec réimplantation des uretères dans l'intestin	5V23	256,49	1026,40	1052,00	1078,30
8) Cystectomie totale avec dérivation urinaire par conduit intestinal	5V24	307,75	1231,50	1262,30	1293,80
9) Cystectomie totale avec dérivation urinaire par réservoir intestinal continent	5V25	359,02	1436,70	1472,60	1509,40

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
10) Cure de l'incontinence d'urine chez l'homme par plastie ou par prothèse - APCM	5V31	191,30	765,50	784,70	804,30
11) Cure de fistule urinaire par voie abdominale	5V41	87,14	348,70	357,40	366,40
12) Cure de fistule urinaire par voie abdominale en deux temps, premier temps	5V42	53,90	215,70	221,10	226,60
13) Cure de fistule urinaire par voie abdominale en deux temps, deuxième temps	5V43	42,33	169,40	173,60	178,00
14) Exstrophie vésicale: ablation simple de la plaque vésicale ou reconstitution simple de la vessie	5V51	102,58	410,50	420,80	431,30
15) Exstrophie vésicale: reconstitution en un temps de la vessie et de l'uretère avec dispositif antireflux et ostéotomie iliacale	5V52	307,75	1231,50	1262,30	1293,80
16) Retouche ultérieure après intervention pour exstrophie vésicale	5V53	51,32	205,40	210,50	215,80
17) Entéro-cystoplastie ou urétéro-entéro-cystoplastie	5V55	256,49	1026,40	1052,00	1078,30
18) Intervention chirurgicale pour mise en place de matériel radioactif dans la vessie ou la prostate	5V61	61,55	246,30	252,50	258,80
Sous-section 5 - Chirurgie de l'urètre					
1) Méatotomie	5V71	20,47	81,90	84,00	86,10
2) Dilatation de l'urètre pour rétrécissement, par séance	5V72	9,47	37,90	38,80	39,80
3) Urétrotomie interne non endoscopique	5V73	32,43	129,80	133,00	136,30
4) Urétrotomie externe, uréthroscopie	5V74	61,55	246,30	252,50	258,80
5) Urétrotomie externe avec mise à plat d'un rétrécissement ou section à ciel ouvert de valvules congénitales de l'urètre postérieur	5V75	82,07	328,40	336,60	345,00
6) Urétroplastie en un temps	5V81	123,10	492,60	504,90	517,50
7) Urétroplastie en plusieurs temps, par temps opératoire	5V82	41,03	164,20	168,30	172,50
8) Cure chirurgicale du diverticule sous-urétral	5V91	30,80	123,30	126,30	129,50
9) Cure de fistule périnéale avec ou sans urérectomie, dérivation comprise	5V92	123,10	492,60	504,90	517,50
10) Traitement opératoire du phlegmon périurétral diffus gangreneux	5V93	61,55	246,30	252,50	258,80
Section 2 - Appareil génital masculin					
1) Ponction biopsie de la prostate	5A11	18,99	76,00	77,90	79,80
2) Incision d'un abcès de la prostate par voie périnéale	5A12	47,54	190,20	195,00	199,90
3) Implantation transrectale de marqueurs intra-prostatiques pour le positionnement de la prostate en radiothérapie externe	5A13	18,99	76,00	77,90	79,80
4) Prostatectomie pour adénome	5A21	123,10	492,60	504,90	517,50
5) Prostatectomie totale pour cancer	5A22	153,90	615,90	631,30	647,00
6) Implantation de grains radioactifs sous échographie pour traitement du cancer de la prostate par curiethérapie, acte non cumulable	5A25	268,68	1075,20	1102,00	1129,60
7) Opération isolée sur les vésicules séminales (non cumulable avec une intervention sur la vessie, l'urètre ou l'appareil génital masculin)	5A31	123,10	492,60	504,90	517,50
8) Opération pour phimosis (circoncision simple, sans indication médicale, non à charge)	5A41	30,80	123,30	126,30	129,50
9) Réduction sanglante du paraphimosis	5A42	10,28	41,10	42,20	43,20
10) Section ou plastie chirurgicale du frein	5A43	9,47	37,90	38,80	39,80
11) Traitement chirurgical de l'hypospadias balanique	5A51	61,55	246,30	252,50	258,80
12) Traitement chirurgical de l'hypospadias pénien ou périnéal	5A52	102,58	410,50	420,80	431,30
13) Traitement chirurgical de l'épispadias	5A53	102,58	410,50	420,80	431,30
14) Réintervention pour hypospadias ou épispadias	5A55	41,03	164,20	168,30	172,50
15) Amputation partielle de la verge	5A61	61,55	246,30	252,50	258,80
16) Amputation totale de la verge	5A62	82,07	328,40	336,60	345,00
17) Intervention pour déviation pénienne en cas de malformation congénitale ou de maladie de La Peyronie	5A65	153,85	615,70	631,00	646,80
18) Intervention pour rupture pénienne	5A66	102,58	410,50	420,80	431,30
19) Shunt pour priapisme	5A67	181,69	727,10	745,20	763,90
20) Chirurgie de l'impuissance sexuelle avec ou sans prothèse - APCM	5A68	102,58	410,50	420,80	431,30
21) Chirurgie isolée du canal déférent, sauf opération de stérilisation ou opération de recanalisation après ligature antérieure (non cumulable avec une intervention sur la vessie, l'urètre ou l'appareil génital masculin)	5A71	18,99	76,00	77,90	79,80
22) Chirurgie de l'ectopie testiculaire (cure de hernie inguinale comprise)	5A81	74,70	298,90	306,40	314,10
23) Opération sur le testicule ou le cordon spermatique (sauf varicocèle)	5A82	42,33	169,40	173,60	178,00
24) Castration pour cancer du testicule avec ablation du cordon spermatique	5A83	153,90	615,90	631,30	647,00
25) Cure de varicocèle	5A84	74,70	298,90	306,40	314,10
26) Plastie unilatérale pour stérilité sur l'épididyme et/ou le déférent - APCM	5A91	102,58	410,50	420,80	431,30
Chapitre 6 - Gynécologie					
Section 1 - Obstétrique					
Sous-section 1 - Forfaits d'accouchement					
1) Assistance à un accouchement de jour	6A11	86,09	344,50	353,10	361,90
2) Assistance à un accouchement gémellaire de jour	6A12	109,04	436,30	447,20	458,40
3) Assistance à un accouchement multiple de jour (triple et plus)	6A13	132,00	528,20	541,40	555,00
4) Anesthésie péridurale pour accouchement de jour	6A14	63,89	255,70	262,10	268,60

- 5) Anesthésie péridurale pour accouchement de nuit, de dimanche, de jour férié légal
- 6) Assistance à un accouchement de nuit, de dimanche, de jour férié légal
- 7) Assistance à un accouchement gémellaire de nuit, de dimanche, de jour férié légal
- 8) Assistance à un accouchement multiple de nuit, de dimanche, de jour férié légal

Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
6A15	111,81	447,40	458,60	470,10
6A21	150,65	602,90	617,90	633,40
6A22	190,82	763,60	782,70	802,20
6A23	230,99	924,40	947,50	971,10

REMARQUES:

- 1) Les dispositions de l'article 9, alinéa 1er, relatif au cumul de plusieurs actes techniques, ne sont pas applicables.
- 2) Les positions 6A11 à 6A15 et 6A21 à 6A23 ne peuvent pas être majorées en vertu de l'article 8 relatif à la majoration du tarif des actes techniques.
- 3) Par accouchement de nuit des positions 6A15, 6A21, 6A22 et 6A23, il y a lieu d'entendre l'acte presté entre 20 heures et 7 heures.
- 4) Les positions 6A11, 6A12, 6A13, 6A14, 6A15, 6A21, 6A22, 6A23 excluent la mise en compte des positions V20 à V26.

Sous-section 2 - Actes effectués isolément, non cumulables avec le forfait d'accouchement

- 1) Révision utérine
- 2) Extraction manuelle du placenta adhérent, taponnement éventuel compris
- 3) Tamponnement utérin
- 4) Suture d'une épisiotomie ou d'une déchirure du périnée n'intéressant pas le rectum
- 5) Suture d'une déchirure du col utérin

6A31	12,77	51,10	52,40	53,70
6A32	18,94	75,80	77,70	79,60
6A33	14,20	56,80	58,20	59,70
6A34	8,18	32,70	33,60	34,40
6A35	12,96	51,90	53,20	54,50

Sous-section 3 - Actes non compris dans le forfait d'accouchement cumulables avec le forfait d'accouchement

- 1) Cardiotocogramme
- 2) Location d'appareil
- 3) Prélèvement de sang fœtal in utero pendant l'accouchement
- 4) Provocation de l'accouchement prématuré ou après terme
- 5) Suture d'une déchirure complète du périnée étendue au rectum
- 6) Réparation chirurgicale d'une inversion utérine
- 7) Extraction par le siège
- 8) Version par manoeuvres internes
- 9) Extraction instrumentale (forceps, ventouse)
- 10) Incision du col et suture
- 11) Embryotomie, basiotripsie

6A41	6,31	25,30	25,90	26,50
6A41X	7,22	28,90	29,60	30,40
6A42	14,83	59,30	60,80	62,30
6A43	17,79	71,20	73,00	74,80
6A44	23,67	94,70	97,10	99,50
6A45	75,85	303,50	311,10	318,90
6A51	17,79	71,20	73,00	74,80
6A52	17,79	71,20	73,00	74,80
6A53	17,79	71,20	73,00	74,80
6A54	17,79	71,20	73,00	74,80
6A55	17,79	71,20	73,00	74,80

REMARQUE:

- 1) Le cumul se fait à raison de 100% du tarif pour le premier acte cumulé et à raison de 50% du tarif pour les deux actes suivants
- 2) Les positions 6A51 à 6A55 ne sont pas cumulables entre elles

Sous-section 4 - Césarienne

- 1) Opération césarienne, voie abdominale ou vaginale

6A61	105,26	421,20	431,70	442,50
------	--------	---------------	--------	--------

Sous-section 5 - Evacuation chirurgicale d'un utérus gravide (avant la date de viabilité légale du fœtus)

- 1) Evacuation d'un utérus gravide par curetage ou aspiration, avant 14 semaines de grossesse
- 2) Evacuation d'un utérus gravide par hystérotomie ou par procédé médicamenteux, après 14 semaines de grossesse

6A71	23,67	94,70	97,10	99,50
6A72	47,35	189,50	194,20	199,10

Sous-section 6 - Actes en relation avec la grossesse

- 1) Amnioscopie
- 2) Amniocentèse avec prélèvement ou injection, jusqu'à la 20e semaine de la gestation incluse - APCM
- 3) Frais de matériel
- 4) Amniocentèse, avec prélèvement ou injection, à partir de la 21e semaine de la gestation - APCM
- 5) Frais de matériel
- 6) Perfusion ou transfusion fœtale in utero (amniocentèse comprise)
- 7) Cerclage du col utérin
- 8) Choriocentèse-biopsie de trophoblaste
- 9) Frais de matériel
- 10) Ponction de collection liquidienne fœtale
- 11) Frais de matériel
- 12) Pose de cathéter fœtal en vue de drainage sous contrôle échographique, par pose

6A81	6,70	26,80	27,50	28,20
6A82	14,83	59,30	60,80	62,30
6A82M	7,17	28,70	29,40	30,10
6A83	14,83	59,30	60,80	62,30
6A83M	7,17	28,70	29,40	30,10
6A85	19,75	79,00	81,00	83,00
6A86	15,78	63,10	64,70	66,30
6A87	16,79	67,20	68,90	70,60
6A87M	7,17	28,70	29,40	30,10
6A88	35,16	140,70	144,20	147,80
6A88M	7,17	28,70	29,40	30,10
6A89	87,26	349,20	357,90	366,90

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
Section 2 - Gynécologie, actes non liés à la gestation ou à l'accouchement					
1) Colposcopie - CAC	6G11	3,68	14,70	15,10	15,50
2) Prélèvement cervico-vaginal avec examen microscopique qualitatif direct - CAC	6G12	1,91	7,60	7,80	8,00
3) Biopsie du col	6G13	6,74	27,00	27,60	28,30
4) Prélèvement ou biopsie de l'endomètre	6G14	9,13	36,50	37,40	38,40
5) Insufflation tubo-utérine avec enregistrement ou injection	6G15	9,13	36,50	37,40	38,40
6) Ponction du cul-de-sac de Douglas - CAC	6G21	3,68	14,70	15,10	15,50
7) Ponction de la glande de Bartholin	6G22	4,26	17,00	17,50	17,90
8) Incision d'un abcès de la glande de Bartholin - CAC	6G23	4,02	16,10	16,50	16,90
9) Pose d'un pessaire	6G24	3,68	14,70	15,10	15,50
10) Coelioscopie, culdoscopie	6G31	33,75	135,10	138,40	141,90
11) Coelioscopie avec biopsie ou geste thérapeutique simple (sauf intervention sur les trompes pour stérilisation)	6G32	42,91	171,70	176,00	180,40
12) Microhystéroscopie exploratrice avec ou sans biopsie	6G33	18,33	73,40	75,20	77,10
13) Location d'appareil	6G33X	5,63	22,50	23,10	23,70
14) Microhystéroscopie avec traitement préalable de la muqueuse	6G34	25,44	101,80	104,30	107,00
15) Location d'appareil	6G34X	8,48	33,90	34,80	35,70
16) Microhystéroscopie opérationnelle	6G35	36,71	146,90	150,60	154,30
17) Location d'appareil	6G35X	11,27	45,10	46,20	47,40
18) Extirpation de la glande de Bartholin	6G41	18,10	72,40	74,20	76,10
19) Ablation d'une tumeur bénigne de la région vulvo-vaginale	6G42	13,66	54,70	56,00	57,40
20) Vulvectomie simple	6G43	70,46	282,00	289,00	296,20
21) Ablation d'un cancer de la vulve ou du vagin	6G44	112,69	451,00	462,20	473,80
22) Colpotomie	6G51	13,04	52,20	53,50	54,80
23) Opération de l'imperforation vulvaire	6G52	13,66	54,70	56,00	57,40
24) Opération de l'imperforation vaginale	6G53	27,20	108,80	111,60	114,40
25) Création d'un néovagin sans laparotomie	6G54	112,69	451,00	462,20	473,80
26) Création d'un néovagin par voie haute et basse	6G55	140,91	563,90	578,00	592,40
27) Dilatation non sanglante du col, acte isolé	6G61	6,71	26,90	27,50	28,20
28) Dilatation sanglante du col, acte isolé	6G62	11,32	45,30	46,40	47,60
29) Ablation d'un polype du col	6G63	8,03	32,10	32,90	33,80
30) Electrocoagulation du col, première séance	6G64	8,03	32,10	32,90	33,80
31) Electrocoagulation du col, à partir de la 2e séance pour une période de 4 semaines	6G65	5,46	21,80	22,40	23,00
32) Conisation du col ou opération analogue	6G66	18,79	75,20	77,10	79,00
33) Amputation du col	6G67	28,17	112,70	115,50	118,40
34) Colpopérinéorraphie postérieure	6G71	28,17	112,70	115,50	118,40
35) Colporraphie antérieure	6G72	36,71	146,90	150,60	154,30
36) Colporraphie antérieure et postérieure	6G73	60,90	243,70	249,80	256,00
37) Colporraphie antérieure et postérieure avec fixation utérine (Dolérès, Kocher)	6G74	78,94	315,90	323,80	331,90
38) Cure de l'incontinence d'urine par voie vaginale, procédé complexe (p.ex. plastie des bulbo-caverneux), ou par voie vaginale et abdominale combinée	6G75	119,11	476,60	488,60	500,80
39) Cure du prolapsus génital par procédés complexes (type Wertheim, Manchester, Lefort, Labhardt)	6G76	132,32	529,50	542,70	556,30
40) Cure de fistules urinaires ou rectales par voie vaginale	6G77	85,99	344,10	352,70	361,50
41) Hystéropexie simple par voie haute	6G81	90,49	362,10	371,20	380,40
42) Hystérectomie	6G82	139,21	557,10	571,00	585,30
43) Hystérectomie totale élargie pour cancer	6G83	183,14	732,90	751,20	770,00
44) Autre intervention sur l'utérus par voie abdominale, acte isolé	6G84	92,99	372,10	381,40	390,90
45) Extirpation de tumeurs intra-utérines par voie vaginale	6G85	45,13	180,60	185,10	189,70
46) Curetage de la cavité utérine, dilatation et tamponnement compris	6G86	25,50	102,00	104,60	107,20
47) Intervention sur les trompes avec stérilisation sur indication médicale - APCM	6G91	42,91	171,70	176,00	180,40
48) Intervention sur les trompes avec stérilisation sur indication médicale, en post-partum par laparotomie - APCM	6G92	92,99	372,10	381,40	390,90
49) Intervention sur les annexes, sauf la stérilisation ou la recanalisation après ligature antérieure des trompes, non cumulable avec une intervention intra-abdominale	6G93	92,99	372,10	381,40	390,90
50) Ovariectomie pour cancer après hystérectomie	6G94	139,21	557,10	571,00	585,30
Section 3 - Exploration et traitement de la stérilité					
1) Hétéro-insémination artificielle	6F11	9,42	37,70	38,60	39,60
2) Ponction folliculaire sous contrôle échographique	6F12	63,13	252,60	258,90	265,40
3) Transfert d'embryon	6F13	32,52	130,10	133,40	136,70
Chapitre 7 - Anesthésie - Réanimation					
Section 1 - Anesthésie générale					
1) Anesthésie générale de courte durée (moins de cinq minutes) par un seul moyen d'anesthésie, faite par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, sans nécessité de soins subséquents	7A11	13,01	52,10	53,40	54,70

REMARQUE:

Pour les autres anesthésies générales faites par le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, voir article 12

- 2) Anesthésie générale faite par un médecin non spécialiste en anesthésie-réanimation (non cumulable avec un autre acte)

Section 2 - Actes techniques accompagnant l'anesthésie générale

- 1) Surveillance de la circulation extracorporelle en chirurgie cardiaque
 2) Intubation endobronchique en chirurgie endothoracique
 3) Technique de transfusion autologue de sang par hémofiltration préopératoire
 4) Technique de transfusion autologue de sang par technique type cell-saver ou Stryker

REMARQUE:

Les actes de cette section ne sont pas soumis aux dispositions de l'article 9 alinéa 1.

Section 3 - Autres actes d'anesthésie-réanimation

- 1) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation appelé par un autre médecin spécialiste pour un malade à fonction vitale gravement atteinte, acte isolé
 2) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation appelé par un autre médecin spécialiste pour un malade à fonction vitale gravement atteinte, la nuit entre 22 et 7 heures, acte isolé
 3) Anesthésie péridurale continue ou anesthésie continue d'un tronc ou plexus nerveux, avec mise en place d'un cathéter permanent, pour traitement de douleurs rebelles, en dehors de toute intervention, pour une période maximale de cinq jours
 4) Oxygénothérapie hyperbare, séance d'au moins une heure, y compris la surveillance par tous procédés, à une pression de 2 à 3 bares absolues; cumulable avec le forfait journalier d'hospitalisation par le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation - ACM

Section 4 - Urgences extra-hospitalières**REMARQUE:**

Les actes de cette section ne sont pas soumis aux dispositions de l'article 9 alinéa 1.

- 1) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation par voiture SAMU pour accident ou maladie aiguë avec mesures de réanimation
 2) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation par voie aérienne pour accident ou maladie aiguë avec mesures de réanimation
 3) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation pour transfert secondaire médicalisé par route
 4) Supplément pour transfert secondaire médicalisé par route à l'étranger du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, par tranche de 100 km à partir de la frontière pour trajet aller-retour
 5) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation pour transfert secondaire médicalisé par voie aérienne
 6) Supplément pour transfert secondaire médicalisé par voie aérienne à l'étranger du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, par tranche de 100 km à partir de la frontière pour trajet aller-retour
 7) Supplément pour transfert secondaire médicalisé au Luxembourg du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, par route, au-delà de 30 km
 8) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation de plus de 15 minutes après l'arrivée par SAMU à l'hôpital d'un malade non hospitalisé au service de réanimation de cet hôpital
 9) Intervention du médecin spécialiste en pédiatrie pour transfert secondaire médicalisé d'un nouveau-né, par route, pour une distance de moins de 15 km
 10) Intervention du médecin spécialiste en pédiatrie pour transfert secondaire médicalisé d'un nouveau-né, par route, à partir de 15 km
 11) Supplément pour transfert secondaire médicalisé par route à l'étranger du médecin spécialiste en pédiatrie, par tranche de 100 km à partir de la frontière pour trajet aller-retour
 12) Intervention du médecin spécialiste en pédiatrie pour transfert secondaire médicalisé d'un nouveau-né par voie aérienne
 13) Supplément pour transfert secondaire médicalisé par voie aérienne à l'étranger du médecin spécialiste en pédiatrie par tranche de 100 km à partir de la frontière pour trajet aller-retour
 14) Supplément pour transfert secondaire médicalisé au Luxembourg du médecin spécialiste en pédiatrie, par route, au-delà de 30 km

Section 5 - Anesthésie péridurale

- 1) Anesthésie péridurale pour accouchement de jour
 2) Anesthésie péridurale pour accouchement de nuit, de dimanche, de jour férié légal

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif 1</u>	<u>Tarif 2</u>	<u>Tarif 3</u>
7A12	8,90	35,60	36,50	37,40
7A21	91,63	366,70	375,80	385,20
7A22	16,21	64,90	66,50	68,20
7A23	18,32	73,30	75,10	77,00
7A24	18,32	73,30	75,10	77,00
7A41	9,76	39,10	40,00	41,00
7A42	15,30	61,20	62,80	64,30
7A43	30,80	123,30	126,30	129,50
7A44	19,90	79,60	81,60	83,70
7A61	39,89	159,60	163,60	167,70
7A62	39,89	159,60	163,60	167,70
7A71	66,96	268,00	274,60	281,50
7A72	28,70	114,80	117,70	120,70
7A73	43,04	172,20	176,50	180,90
7A74	14,35	57,40	58,90	60,30
7A75	17,98	72,00	73,70	75,60
7A76	16,93	67,70	69,40	71,20
7A80	39,89	159,60	163,60	167,70
7A81	66,96	268,00	274,60	281,50
7A82	28,70	114,80	117,70	120,70
7A83	43,04	172,20	176,50	180,90
7A84	14,35	57,40	58,90	60,30
7A85	17,98	72,00	73,70	75,60
7A95	63,89	255,70	262,10	268,60
7A96	111,81	447,40	458,60	470,10

REMARQUES:

- 1) Les positions 7A95 et 7A96 ne peuvent pas être majorées en vertu de l'article 8 relatif à la majoration du tarif des actes techniques.
- 2) Par anesthésie péridurale pour accouchement de nuit la position 7A96, il y a lieu d'entendre l'acte presté entre 20 heures et 7 heures.
- 3) Les positions 7A95 et 7A96 excluent la mise en compte des positions V20 à V26.

Chapitre 8 - Imagerie médicale, radiologie interventionnelle, radiothérapie**Section 1 - Radiodiagnostic***Sous-section 1 - Films*

a) Films

1) Film 9/13	8F10M	0,81	3,20	3,30	3,40
2) Film 13/18	8F11M	1,05	4,20	4,30	4,40
3) Film 18/24	8F12M	1,24	5,00	5,10	5,20
4) Film 15/40	8F13M	1,29	5,20	5,30	5,40
5) Film 20/40	8F14M	1,72	6,90	7,10	7,20
6) Film 24/30	8F15M	1,72	6,90	7,10	7,20
7) Film 30/40	8F16M	2,10	8,40	8,60	8,80
8) Film 35/35	8F17M	2,06	8,20	8,40	8,70
9) Film 36/43	8F18M	2,44	9,80	10,00	10,30
10) Film 40/40	8F19M	2,10	8,40	8,60	8,80

b) Supplément pour exposition multiple

11) Exposition en 2 plans	8F31M	0,29	1,20	1,20	1,20
12) Exposition en 3 plans	8F32M	0,43	1,70	1,80	1,80
13) Exposition en 4 plans	8F33M	0,57	2,30	2,30	2,40

*Sous-section 2 - Squelette***REMARQUE:**

Les tarifs des différentes positions de radiodiagnostic de la sous-section 2 ne peuvent être mis en compte qu'une seule fois, sauf l'examen simultané du même segment de deux membres ou l'examen bilatéral des rochers (8S42). Ce tarif inclut toutes les incidences.

a) Membres

1) Rx doigts et/ou main - CAC	8S01	4,11	16,40	16,90	17,30
2) Rx poignet - CAC	8S02	4,11	16,40	16,90	17,30
3) Rx avant-bras - CAC	8S03	4,11	16,40	16,90	17,30
4) Rx coude - CAC	8S04	4,11	16,40	16,90	17,30
5) Rx humérus - CAC	8S05	4,11	16,40	16,90	17,30
6) Rx épaule et/ou clavicule - CAC	8S06	4,11	16,40	16,90	17,30
7) Rx orteils et/ou pied - CAC	8S13	4,11	16,40	16,90	17,30
8) Rx cheville - CAC	8S14	4,11	16,40	16,90	17,30
9) Rx jambe - CAC	8S15	4,11	16,40	16,90	17,30
10) Rx genou - CAC	8S16	4,11	16,40	16,90	17,30
11) Rx fémur - CAC	8S18	4,11	16,40	16,90	17,30
12) Rx bassin - CAC	8S22	4,11	16,40	16,90	17,30
13) Rx hanche - CAC	8S23	4,11	16,40	16,90	17,30
14) Radiomensuration ou mesure des axes des 2 membres inférieurs	8S24	12,34	49,40	50,60	51,90
15) Supplément pour épreuves dynamiques à la recherche de lésions ligamentaires des articulations des membres - CAC	8S25	2,06	8,20	8,40	8,70
16) Radiographie comparative du segment controlatéral - CAC	8S26	2,06	8,20	8,40	8,70

b) Tête et thorax

1) Rx crâne - CAC	8S40	4,11	16,40	16,90	17,30
2) Rx sinus faciaux, squelette facial - CAC	8S41	4,11	16,40	16,90	17,30
3) Rx crâne, poses spéciales du rocher ou de l'orbite - CAC	8S42	4,11	16,40	16,90	17,30
4) Orthopantomographie	8S45	5,55	22,20	22,80	23,30
5) Rx sternum - CAC	8S51	4,11	16,40	16,90	17,30
6) Rx côtes, gril costal - CAC	8S52	4,11	16,40	16,90	17,30

c) Colonne vertébrale

1) Rx colonne cervicale, toutes incidences - CAC	8S61	6,17	24,70	25,30	25,90
--	------	------	--------------	-------	-------

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif 1</u>	<u>Tarif 2</u>	<u>Tarif 3</u>
2) Rx colonne dorsale, toutes incidences - CAC	8S62	4,11	16,40	16,90	17,30
3) Rx colonne lombaire, toutes incidences - CAC	8S63	6,17	24,70	25,30	25,90
4) Rx sacrum et/ou coccyx et/ou articulations sacro-iliaques - CAC	8S64	4,11	16,40	16,90	17,30
5) Rachis dans son entier en téléradiographie, face et profil	8S65	12,34	49,40	50,60	51,90
6) Supplément pour épreuves dynamiques de la colonne cervicale, en cas de traumatisme - CAC	8S66	2,06	8,20	8,40	8,70
d) Arthrographie, discographie					
1) Arthrographie, ponction non comprise	8S81	10,04	40,20	41,20	42,20
2) Arthrographie, ponction articulaire et injection comprises	8S82	16,55	66,20	67,90	69,60
3) Arthrographie de la hanche, ponction articulaire et injection comprises	8S83	20,80	83,20	85,30	87,40
4) Discographie, un ou plusieurs niveaux, ponction non comprise	8S85	9,80	39,20	40,20	41,20
5) Discographie, ponction des disques et injection comprises	8S86	29,65	118,70	121,60	124,70
<i>Sous-section 3 - Organes de la tête, du cou et du thorax</i>					
1) Lacrymographie; injection non comprise	8V10	7,41	29,70	30,40	31,20
2) Lacrymographie, sondage des voies lacrymales et injection compris	8V11	9,33	37,30	38,30	39,20
3) Sialographie; injection non comprise	8V12	10,04	40,20	41,20	42,20
4) Sialographie, sondage et injection compris	8V13	13,39	53,60	54,90	56,30
5) Rx parties molles du cou et de la tête; sans moyen de contraste- CAC; non cumulable à une autre radiographie de la tête (8S40 à 8S42-8V10 à 8V13 et 8V15)	8V14	4,11	16,40	16,90	17,30
6) Laryngographie avec produit de contraste	8V15	6,70	26,80	27,50	28,20
7) Radioscopie thoracique, opacification oesophagienne comprise; non cumulable avec un autre examen radiologique du thorax ou de l'abdomen (8V17 à 8V33)-CAC	8V16	3,35	13,40	13,70	14,10
8) Location d'appareil	8V16X	0,77	3,10	3,20	3,20
9) Radiographie thoracique de face - CAC	8V17	4,11	16,40	16,90	17,30
10) Radiographie thoracique, face et profil et autres incidences éventuelles - CAC	8V18	6,89	27,60	28,30	29,00
11) Location d'appareil en cas de radioscopie associée	8V18X	0,77	3,10	3,20	3,20
12) Bronchographie, médiastinographie (injection non comprise)	8V19	8,13	32,50	33,30	34,20
<i>Sous-section 4 - Appareil digestif</i>					
1) Radiographie de l'abdomen sans préparation, radioscopie éventuelle comprise; non cumulable avec un autre examen radiographique de l'abdomen (8V21 à 8V49 et 8V55 à 8V58)-CAC	8V20	6,89	27,60	28,30	29,00
2) Rx oesophage seul; non cumulable avec 8V16	8V22	6,70	26,80	27,50	28,20
3) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V22X	1,05	4,20	4,30	4,40
4) Transit oeso-gastro-duodénal	8V23	15,45	61,80	63,40	65,00
5) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V23X	1,05	4,20	4,30	4,40
6) Transit du grêle seul; non cumulable à 8V20-8V25	8V24	7,41	29,70	30,40	31,20
7) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V24X	1,05	4,20	4,30	4,40
8) Transit oeso-gastro-duodénal et transit intestinal complet avec au moins 1 contrôle subséquent	8V25	15,45	61,80	63,40	65,00
9) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V25X	1,05	4,20	4,30	4,40
10) Lavement baryté	8V26	15,45	61,80	63,40	65,00
11) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V26X	1,20	4,80	4,90	5,00
12) Cholécystographie par voie orale	8V31	6,79	27,20	27,90	28,50
13) Cholécysto-cholangiographie par voie intra-veineuse	8V32	13,73	54,90	56,30	57,70
14) Cholangiographie par voie percutanée transhépatique	8V34	25,40	101,60	104,20	106,80
15) Cholangiographie peropératoire	8V35	8,18	32,70	33,60	34,40
<i>Sous-section 5 - Système urinaire</i>					
1) Urographie intra-veineuse	8V41	10,04	40,20	41,20	42,20
2) Urographie intra-veineuse avec tomographie simultanée	8V42	14,11	56,50	57,90	59,30
3) Urétéro-pyélographie rétrograde uni-ou bilatérale; cathétérisme non compris	8V43	12,48	49,90	51,20	52,50
4) Cystographie	8V44	4,93	19,70	20,20	20,70
5) Urétéro-cystographie rétrograde avec injection du produit de contraste	8V45	14,40	57,60	59,10	60,50
6) Urétrographie, sans injection du produit de contraste	8V46	7,41	29,70	30,40	31,20
7) Urétrographie rétrograde avec injection du produit de contraste	8V47	16,88	67,50	69,20	71,00
8) Vésiculo- et/ou déférentographie	8V48	7,60	30,40	31,20	32,00
<i>Sous-section 6 - Gynécologie</i>					
1) Mammographie unilatérale, toutes incidences	8V51	5,60	22,40	23,00	23,50
2) Mammographie bilatérale	8V52	11,19	44,80	45,90	47,00
3) Mammographie bilatérale dans le cadre d'un programme de dépistage précoce du cancer du sein	8V53	11,19	44,80	45,90	47,00
4) Galactographie, injection comprise	8V54	10,04	40,20	41,20	42,20
5) Hystérosalpingographie	8V55	10,04	40,20	41,20	42,20

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif 1</u>	<u>Tarif 2</u>	<u>Tarif 3</u>
6) Radiopelvimétrie	8V56	4,11	16,40	16,90	17,30
7) Mammographie unilatérale de contrôle dans un délai de moins de 12 mois pour lésions suspectes constatées à la mammographie de dépistage précoce du cancer du sein	8V57	5,60	22,40	23,00	23,50
8) Mammographie bilatérale de contrôle dans un délai de moins de 12 mois pour lésions suspectes constatées à la mammographie de dépistage précoce du cancer du sein	8V58	11,19	44,80	45,90	47,00
<i>Sous-section 7 - Système nerveux</i>					
1) Myélographie, ponction non comprise	8V61	12,86	51,50	52,70	54,10
2) Myélographie, ponction et injection comprises	8V62	26,35	105,40	108,10	110,80
<i>Sous-section 8 - Angiographie</i>					
REMARQUES: Les coefficients des actes de cette sous-section comprennent l'anesthésie locale, la ponction respectivement le cathétérisme, l'injection du produit de contraste, la prise des films et le rapport. Le coefficient reste le même si les actes sont faits avec digitalisation. En cas d'examen bilatéral, la règle générale des actes bilatéraux est applicable (article 9).					
1) Artériographie unilatérale des artères intracrâniennes (non cumulable avec 8V75 ou 8V76)	8V70	85,13	340,70	349,20	357,90
2) Artériographie d'un membre	8V71	28,17	112,70	115,50	118,40
3) Artériographie des deux membres inférieurs et de l'aorte abdominale par cathétérisme unilatéral ou par ponction aortique	8V72	42,13	168,60	172,80	177,10
4) Artériographie de l'aorte thoracique et/ou abdominale et de ses branches (non cumulable avec 8V71, 8V72, 8V78, ou 8V79)	8V73	33,09	132,40	135,70	139,10
5) Artériographie d'une carotide ou d'une artère vertébrale par cathétérisme	8V75	56,67	226,80	232,40	238,30
6) Artériographie unilatérale des artères du cou (y compris la crosse aortique)	8V76	85,13	340,70	349,20	357,90
7) Artériographie médullaire	8V77	56,43	225,80	231,50	237,20
8) Artériographie par cathétérisme sélectif d'une branche de l'aorte thoraco-abdominale	8V78	85,13	340,70	349,20	357,90
9) Artériographie par cathétérisme sélectif de plusieurs branches de l'aorte thoraco-abdominale	8V79	105,22	421,10	431,60	442,40
10) Artériographie locale par injection directe peropératoire	8V80	19,90	79,60	81,60	83,70
11) Phlébographie	8V81	28,17	112,70	115,50	118,40
12) Splénoportographie	8V82	33,09	132,40	135,70	139,10
13) Lymphographie	8V83	28,17	112,70	115,50	118,40
14) Cathétérisme sélectif, sous contrôle artériographique, d'un vaisseau des membres ou d'organes thoraco-abdominaux pour prélèvement local ou chimiothérapie	8V86	85,13	340,70	349,20	357,90
15) Cathétérisme sélectif, sous contrôle artériographique, d'un vaisseau crânio-cervical ou médullaire pour prélèvement local ou chimiothérapie	8V87	85,13	340,70	349,20	357,90
<i>Sous-section 9 - Examens divers</i>					
1) Contrôle radiologique de bonne mise en place d'une sonde ou d'un cathéter avec injection de produit de contraste	8V90	6,89	27,60	28,30	29,00
2) Fistulographie sous opacification par sonde	8V91	7,60	30,40	31,20	32,00
3) Repérage percutané de corps étrangers par marquage géométrique	8V92	6,89	27,60	28,30	29,00
4) Repérage percutané d'une lésion focale au décours d'une séance d'imagerie médicale (mise en compte une seule fois) CAT	8V93	19,13	76,60	78,50	80,40
5) Amplificateur de brillance avec TV pour contrôle radioscopique d'un acte chirurgical ou analogue- CAT (non applicable pour acte de radiologie ni pour position à libellé spécifié" sous contrôle radioscopique")	8V95	8,47	33,90	34,70	35,60
<i>Sous-section 10 - Tomographie, scanographie</i>					
a) Tomographie					
1) Tomographie du squelette en présence de matériel métallique	8A15	12,48	49,90	51,20	52,50
2) Tomographie des poumons et/ou du larynx	8A16	12,48	49,90	51,20	52,50
b) Tomodensitométrie (TDM), scanographie					
1) TDM de la tête (cou compris)	8A21	22,57	90,30	92,60	94,90
2) TDM du cou et/ou des organes thoraciques	8A31	27,98	112,00	114,80	117,60
3) TDM des organes abdominaux et/ou pelviens	8A32	27,98	112,00	114,80	117,60
4) TDM de la colonne cervicale	8A33	27,98	112,00	114,80	117,60
5) TDM de la colonne lombaire et/ou dorsale	8A34	27,98	112,00	114,80	117,60
6) TDM des membres	8A35	22,57	90,30	92,60	94,90
7) TDM du corps entier	8A36	33,91	135,70	139,10	142,60
8) TDM de l'arcade dentaire	8A37	12,48	49,90	51,20	52,50
9) Supplément pour TDM combinée à une arthrographie, discographie ou myélographie	8A41	13,96	55,90	57,30	58,70
10) Contrôle scanographique pour un acte diagnostique ou thérapeutique - CAT	8A45	8,47	33,90	34,70	35,60

REMARQUE:

Les positions 8A21-8A45 ne sont pas applicables à l'examen d'ostéodensitométrie réalisé à l'aide d'un scanner

Section 2 - Radiothérapie*Sous-section 1 - Traitement par les isotopes radioactifs en sources non scellées*

1) Traitement par les isotopes radioactifs en sources non scellées, première application	8T11	37,16	148,70	152,40	156,20
2) Traitement par les isotopes radioactifs en sources non scellées, deuxième application	8T12	26,73	107,00	109,60	112,40
3) Traitement par les isotopes radioactifs en sources non scellées, troisième application	8T13	17,93	71,80	73,50	75,40

REMARQUE:

Pour les actes de cette sous-section, une application comprend l'ensemble du traitement et les consultations de contrôle post-thérapeutiques pendant une durée de trois mois.

Sous-section 2 - Radiothérapie externe

1) Simulation en vue d'une radiothérapie de basse énergie ou superficielle pour des champs simples	8T21	11,48	45,90	47,10	48,30
2) Simulation en vue d'une radiothérapie de haute énergie; technique simple, à visée symptomatique sur métastase ou tumeur évoluée	8T22	45,91	183,70	188,30	193,00
3) Simulation en vue d'une radiothérapie de haute énergie, technique élaborée avec simulateur-scanner ou scanner de simulation, repérage précis des volumes cibles et des organes à risque, étude dosimétrique, champs complexes avec caches personnalisés ou recours à une collimation par multilames	8T23	91,82	367,40	376,60	386,00
4) Simulation en vue d'une radiothérapie non robotisée de haute énergie avec haute technicité (radiothérapie conformationnelle, stéréotaxique, dynamique, corporelle ou cutanée totale, intraopératoire)	8T24	137,74	551,20	565,00	579,10
5) Contrôle en simulation des données optimisées, nouvelle séance après une première simulation 8T21	8T31	3,44	13,80	14,10	14,50
6) Contrôle en simulation des données optimisées, nouvelle séance après une première simulation 8T22	8T32	13,77	55,10	56,50	57,90
7) Contrôle en simulation des données optimisées, nouvelle séance après une première simulation 8T23	8T33	27,55	110,20	113,00	115,80
8) Contrôle en simulation des données optimisées, nouvelle séance après une première simulation 8T24	8T34	41,32	165,40	169,50	173,70
9) Séance de radiothérapie de basse énergie ou radiothérapie superficielle, pour des champs simples; radiothérapie fonctionnelle	8T41	1,72	6,90	7,10	7,20
10) Séance de radiothérapie de haute énergie, technique simple, à visée symptomatique	8T42	2,58	10,30	10,60	10,80
11) Séance de radiothérapie de haute énergie avec technique élaborée	8T43	6,03	24,10	24,70	25,40
12) Séance de radiothérapie de haute énergie avec haute technicité	8T44	10,33	41,30	42,40	43,40
13) Chimiothérapie anticancéreuse par injection, concomitante à la radiothérapie avec surveillance, non renouvelable avant un délai de 6 jours - CAT	8T51	31,80	127,30	130,40	133,70

Sous-section 3 - Curiethérapie

1) Séance de curiethérapie à haut débit de dose, technique interstitielle, endocavitaire ou endoluminale	8T61	38,26	153,10	156,90	160,90
2) Forfait pour curiethérapie à débit de dose pulsé, technique interstitielle, endocavitaire ou endoluminale, y compris la surveillance	8T62	153,04	612,40	627,70	643,40
3) Mise en place sous anesthésie générale de gaines vectrices pour curiethérapie au niveau bucco-pharyngé	8T71	10,52	42,10	43,10	44,20
4) Mise en place d'un applicateur utéro-vaginal pour curiethérapie	8T72	15,78	63,10	64,70	66,30
5) Mise en place percutanée de gaines vectrices pour curiethérapie interstitielle	8T73	10,95	43,80	44,90	46,00

REMARQUE:

Les positions concernant la mise en place de l'applicateur ou des gaines vectrices sont cumulables à plein tarif aux positions de curiethérapie.

Sous-section 4 - Radiothérapie/Radiochirurgie stéréotaxique robotisée (technologie Cyberknife)

1) Acte de contournage portant exclusivement sur le système nerveux central (encéphale et moelle épinière), toute technique d'imagerie confondue - APCM	8T80	90,88	363,70	372,80	382,10
2) Acte de contournage hors système nerveux central, toute technique d'imagerie confondue - APCM	8T81	54,53	218,20	223,70	229,30

REMARQUE:

Par entité pathologique il ne peut être mis en compte et pris en charge par l'assurance maladie qu'un seul acte de contournage 8T80 respectivement 8T81. L'acquisition des images radiologiques nécessaires au contournage fait partie intégrante de cet acte et ne peut pas donner lieu à un cumul.

3) Simulation en vue d'une radiothérapie/-chirurgie stéréotaxique robotisée - APCM	8T84	275,48	1102,40	1129,90	1158,20
--	------	--------	----------------	---------	---------

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
4) Séance unique de radiochirurgie stéréotaxique robotisée - APCM	8T86	20,66	82,70	84,70	86,90
5) Séance de radiothérapie stéréotaxique robotisée fractionnée - APCM (par séance)	8T87	10,33	41,30	42,40	43,40
6) Concours du neurochirurgien à la planification et à la simulation en radiochirurgie stéréotaxique robotisée portant exclusivement sur le système nerveux central (encéphale et moelle épinière); la présence physique au Centre François Baclesse étant obligatoire - APCM	8T90	322,82	1291,80	1324,10	1357,20
Section 3 - Imagerie médicale utilisant les agents physiques sans radiations ionisantes					
<i>Sous-section 1 - Echographie (échotomographie, ultrasonographie)</i>					
1) Examen échographique de régions ou d'organes non prévus aux positions suivantes	8E01	12,20	48,80	50,00	51,30
2) Location d'appareil	8E01X	5,31	21,20	21,80	22,30
3) Examen échographique de la glande thyroïde (région du cou comprise)	8E02	12,20	48,80	50,00	51,30
4) Location d'appareil	8E02X	5,31	21,20	21,80	22,30
5) Examen échographique du crâne et/ou des hanches chez un enfant de moins de deux ans	8E03	12,20	48,80	50,00	51,30
6) Location d'appareil	8E03X	5,31	21,20	21,80	22,30
7) Echographie du pelvis par voie transrectale ou transvaginale	8E09	18,36	73,50	75,30	77,20
8) Location d'appareil	8E09X	5,31	21,20	21,80	22,30
9) Examen échographique des organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens; non applicable pour échographie en rapport avec la grossesse	8E13	18,36	73,50	75,30	77,20
10) Location d'appareil	8E13X	5,31	21,20	21,80	22,30
11) Examen échographique des seins	8E14	12,20	48,80	50,00	51,30
12) Location d'appareil	8E14X	5,31	21,20	21,80	22,30
13) Echographie obstétricale, 1er ou 3e trimestre (y compris le 1er diagnostic de la grossesse)	8E21	12,20	48,80	50,00	51,30
14) Location d'appareil	8E21X	5,31	21,20	21,80	22,30
15) Echographie obstétricale du 2e trimestre	8E22	18,36	73,50	75,30	77,20
16) Location d'appareil	8E22X	5,31	21,20	21,80	22,30
17) Contrôle échographique accompagnant un acte diagnostique ou thérapeutique - CAT (non applicable pour une position à libellé spécifié "sous contrôle échographique")	8E25	6,12	24,50	25,10	25,70
18) Location d'appareil	8E25X	5,31	21,20	21,80	22,30
19) Echoendoscopie de l'oesophage et du cardia	8E31	33,48	134,00	137,30	140,80
20) Echoendoscopie de l'estomac	8E32	28,70	114,80	117,70	120,70
21) Echoendoscopie des voies pancréatico-biliaires	8E33	37,93	151,80	155,60	159,50
22) Echoendoscopie du côlon	8E34	28,55	114,20	117,10	120,00
23) Echoendoscopie du rectum et du sigmoïde	8E35	12,64	50,60	51,80	53,10
REMARQUES:					
1) En exécution des dispositions prévues à l'article 17, alinéa 3, la position 8E14 prévue pour l'examen échographique des seins est cumulable avec une des positions prévues pour la mammographie réalisée en dehors du programme de dépistage précoce du cancer du sein (8V51, 8V52) ainsi qu'avec une des positions 8V57 et 8V58, si l'examen échographique des seins est réalisé en seconde intention et dans les suites immédiates (même séance et même lieu) de la mammographie afin d'en préciser les difficultés d'interprétation des structures visualisées. L'indication de l'examen échographique des seins doit clairement ressortir du rapport d'interprétation de la mammographie.					
2) Le cumul de l'examen échographique des seins et de la mammographie réalisée en dehors du programme de dépistage précoce du cancer du sein est réservé aux médecins spécialistes en radiodiagnostic ou en radiologie au sens du règlement grand-ducal du 10 juillet 2011 fixant la liste des spécialités en médecine et médecine dentaire reconnues au Luxembourg.					
3) Les deux procédés (examen échographique des seins et mammographie) donnent lieu à des rapports structurés utilisant une classification professionnelle de référence du domaine du type Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) de l'American College of Radiology.					
<i>Sous-section 2 - Echo-Doppler des vaisseaux</i>					
1) Examen des vaisseaux par Doppler continu avec enregistrement	8E41	10,71	42,90	43,90	45,00
2) Location d'appareil	8E41X	5,17	20,70	21,20	21,70
3) Examen échographique de vaisseaux avec Doppler pulsé, non applicable pour l'examen des veines du pelvis et des membres inférieurs, la première séance	8E42	23,82	95,30	97,70	100,10
4) Location d'appareil	8E42X	14,35	57,40	58,90	60,30
5) Examen échographique de vaisseaux avec Doppler pulsé, non applicable pour l'examen des veines du pelvis et des membres inférieurs, séance suivante pour une période de six mois	8E43	11,91	47,70	48,90	50,10
6) Location d'appareil	8E43X	14,35	57,40	58,90	60,30
7) Examen échographique avec Doppler pulsé des veines des membres inférieurs et du pelvis, bilan complet pour affection des veines profondes ou bilan avant intervention pour varices, la première séance	8E45	23,82	95,30	97,70	100,10

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
8) Location d'appareil	8E45X	14,35	57,40	58,90	60,30
9) Examen échographique avec Doppler pulsé des veines des membres inférieurs et du pelvis, bilan complet pour affection des veines profondes ou bilan avant intervention pour varices, séance suivante pour une période de six mois	8E46	11,91	47,70	48,90	50,10
10) Location d'appareil	8E46X	14,35	57,40	58,90	60,30
11) Examen échographique avec Doppler pulsé des vaisseaux utéro-placentaires, des vaisseaux ombilicaux et des grands vaisseaux fœtaux pour la recherche ou la surveillance d'une souffrance fœtale, la première séance	8E47	23,82	95,30	97,70	100,10
12) Location d'appareil	8E47X	14,35	57,40	58,90	60,30
13) Examen échographique avec Doppler pulsé des vaisseaux utéro-placentaires, des vaisseaux ombilicaux et des grands vaisseaux fœtaux pour la recherche ou la surveillance d'une souffrance fœtale, séance suivante pour une même grossesse	8E48	11,91	47,70	48,90	50,10
14) Location d'appareil	8E48X	14,35	57,40	58,90	60,30
REMARQUE: Les positions de cette sous-section ne sont pas cumulables entre elles.					
<i>Sous-section 3 - Imagerie par résonance magnétique (IRM)</i>					
1) IRM de la tête (cou compris)	8E61	36,35	145,50	149,10	152,80
2) IRM du cou et/ou des organes thoraciques	8E62	36,35	145,50	149,10	152,80
3) IRM des organes abdominaux et/ou pelviens	8E63	36,35	145,50	149,10	152,80
4) IRM de la colonne cervicale	8E64	36,35	145,50	149,10	152,80
5) IRM de la colonne lombaire et/ou dorsale	8E65	36,35	145,50	149,10	152,80
6) IRM des membres	8E66	36,35	145,50	149,10	152,80
Section 4 - Diagnostic par les isotopes radioactifs (médecine nucléaire)					
1) Courbe de fixation d'un isotope sur un organe ou sur des échantillons prélevés (sang, urines...), non cumulable avec l'imagerie scintigraphique du même organe (Ne concerne pas les examens inscrits dans la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales)	8N01	10,62	42,50	43,60	44,60
2) Test respiratoire par isotope (breath test)	8N02	10,62	42,50	43,60	44,60
3) Scintigraphie de la thyroïde, sans courbe de fixation	8N11	17,93	71,80	73,50	75,40
4) Scintigraphie de la thyroïde avec courbe de fixation, minimum 3 mesures	8N12	28,55	114,20	117,10	120,00
5) Scintigraphie pour la recherche de tumeurs neuro-endocrines (apudomes)	8N15	35,87	143,50	147,10	150,80
6) Scintigraphie pulmonaire (perfusion)	8N17	35,87	143,50	147,10	150,80
7) Scintigraphie pulmonaire (ventilation)	8N18	35,87	143,50	147,10	150,80
8) Scintigraphie pulmonaire (ventilation et perfusion)	8N19	46,39	185,60	190,30	195,00
9) Scintigraphie du myocarde, contrôle ECG et tomoscintigraphie comprise	8N21	35,87	143,50	147,10	150,80
10) Scintigraphie du myocarde au repos et après effort ou après perfusion d'un médicament, sous contrôle ECG, y compris tout contrôle dans les 48 heures, tomoscintigraphie comprise	8N22	40,65	162,70	166,70	170,90
11) Ventriculographie isotopique avec calcul de la fraction d'éjection et/ou des fractions régionales, contrôle ECG compris	8N25	35,87	143,50	147,10	150,80
12) Scintigraphie hépatique	8N31	31,09	124,40	127,50	130,70
13) Choléscentigraphie avec étude dynamique	8N33	35,87	143,50	147,10	150,80
14) Etude scintigraphique de la vidange gastrique	8N36	35,87	143,50	147,10	150,80
15) Scintigraphie pour la recherche d'un diverticule de Meckel	8N38	35,87	143,50	147,10	150,80
16) Scintigraphie rénale, uni- ou bilatérale	8N41	31,09	124,40	127,50	130,70
17) Néphrographie isotopique et clearance séparée des 2 reins	8N42	41,61	166,50	170,70	174,90
18) Scintigraphie cérébrale, tomoscintigraphie comprise	8N51	35,87	143,50	147,10	150,80
19) Scintigraphie cérébrale, examen statique et dynamique, tomoscintigraphie comprise	8N52	41,61	166,50	170,70	174,90
20) Cisternographie isotopique, ponction lombaire et injection comprise	8N55	38,26	153,10	156,90	160,90
21) Scintigraphie pour la recherche d'un foyer infectieux (p.ex. par leucocytes marqués)	8N61	35,87	143,50	147,10	150,80
22) Scintigraphie pour la recherche d'une hémorragie (p.ex. par érythrocytes marqués)	8N63	35,87	143,50	147,10	150,80
23) Scintigraphie osseuse loco-régionale	8N71	35,87	143,50	147,10	150,80
24) Scintigraphie osseuse loco-régionale examen statique et dynamique, tomoscintigraphie comprise	8N72	43,04	172,20	176,50	180,90
25) Scintigraphie osseuse du corps entier	8N75	35,87	143,50	147,10	150,80
26) Scintigraphie de la moelle osseuse	8N78	35,87	143,50	147,10	150,80
27) Lymphoscintigraphie	8N81	31,09	124,40	127,50	130,70
28) Immunoscintigraphie	8N85	35,87	143,50	147,10	150,80
29) Scintigraphie et transit par un organe de deux traceurs ou plus suivie d'une soustraction progressive des images	8N91	35,87	143,50	147,10	150,80
30) Tomoscintigraphie en complément d'un examen de la présente section - CAT	8N95	10,62	42,50	43,60	44,60
31) Tomographie par émission de positons dans le domaine oncologique: Présentation d'un ou de plusieurs organes, (localisation anatomique par d'autres moyens radiologiques inclus - comme par exemple fusion des images)	8N96	23,91	95,70	98,10	100,50
REMARQUES: 1) Les coefficients des actes de cette section comprennent la préparation des traceurs, l'anesthésie locale, l'injection resp. la ponction-injection.					

- 2) Ne sont pas cumulables entre elles les positions d'examen utilisant un même traceur ou concernant le même organe respectivement le même système:
- 8N11 et 8N12
 - 8N17 à 8N19
 - 8N21 à 8N25
 - 8N31 et 8N33
 - 8N41 à 8N43
 - 8N51 à 8N55
 - 8N71 à 8N75

Section 5 - Radiologie interventionnelle
(Interventions percutanées sous contrôle d'imagerie médicale)

REMARQUES:

- 1) Les coefficients des actes comprennent l'anesthésie locale, la ponction respectivement le cathétérisme et l'imagerie de la région traitée.
- 2) Les positions des sous-sections 1 à 7 sont cumulables (en appliquant l'article 9 alinéa 1er), si elles portent sur des lésions distinctes situées sur des artères différentes.
- 3) En cas de thrombolyse (sous-section 5), une angiographie de contrôle peut être mise en compte si ce contrôle est effectué au moins deux heures après la fin de la première séance. Ce contrôle angiographique ne peut être mis en compte que deux fois par jour. Par dérogation à l'art.9, alinéa final, l'accord du contrôle médical n'est pas requis sous ces conditions.
- 4) En cas d'intervention endoluminale sous imagerie (chapitre 8, section 5) suivie, sur le même segment, d'une intervention de chirurgie vasculaire (chapitre 2, section 2, sous-section 5) ou biliaire (chapitre 2, section 6, sous-section 4), le cumul des tarifs pour un même médecin n'est pas possible dans la même séance.

Sous-section 1 - Angioplastie pour sténose

1) Angioplastie pour sténose d'un vaisseau du cou	8P11	124,35	497,60	510,00	522,80
2) Angioplastie pour sténose d'une artère du membre supérieur	8P12	105,22	421,10	431,60	442,40
3) Angioplastie pour sténose de l'aorte	8P13	124,35	497,60	510,00	522,80
4) Angioplastie pour sténose d'une artère viscérale	8P14	124,35	497,60	510,00	522,80
5) Angioplastie pour sténose de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P15	105,22	421,10	431,60	442,40
6) Angioplastie pour sténose d'une artère infrapoplitée	8P16	124,35	497,60	510,00	522,80
7) Angioplastie pour sténose d'un vaisseau cérébral	8P17	124,35	497,60	510,00	522,80

Sous-section 2 - Mise en place d'une endoprothèse avec ou sans angioplastie

1) Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'un vaisseau du cou à destinée cérébrale	8P21	186,52	746,40	765,00	784,20
2) Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'une artère du membre supérieur	8P22	157,82	631,50	647,30	663,50
3) Angioplastie et endoprothèse pour sténose de l'aorte	8P23	186,52	746,40	765,00	784,20
4) Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'une artère viscérale	8P24	186,52	746,40	765,00	784,20
5) Angioplastie et endoprothèse bifurquée pour sténose du carrefour aorto-iliaque	8P25	277,39	1110,00	1137,80	1166,20
6) Angioplastie et endoprothèse pour sténose de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P26	157,82	631,50	647,30	663,50
7) Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'une artère infrapoplitée	8P27	186,52	746,40	765,00	784,20
8) Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'une veine profonde	8P29	157,82	631,50	647,30	663,50

Sous-section 3 - Recanalisation mécanique pour obstruction complète avec ou sans mise en place d'une endoprothèse

1) Recanalisation pour obstruction d'un vaisseau du cou à destinée cérébrale	8P31	224,78	899,50	922,00	945,00
2) Recanalisation pour obstruction d'un vaisseau du membre supérieur	8P32	210,43	842,10	863,10	884,70
3) Recanalisation pour obstruction de l'aorte	8P33	186,52	746,40	765,00	784,20
4) Recanalisation pour obstruction d'une artère viscérale	8P34	186,52	746,40	765,00	784,20
5) Recanalisation pour obstruction de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P35	210,43	842,10	863,10	884,70
6) Recanalisation pour obstruction d'une artère infrapoplitée	8P36	157,82	631,50	647,30	663,50
7) Recanalisation pour obstruction d'une veine profonde	8P39	157,82	631,50	647,30	663,50

Sous-section 4 - Traitement d'un anévrisme par mise en place d'une endoprothèse ou de coils

1) Traitement endoluminal pour anévrisme d'un vaisseau du cou à destinée cérébrale	8P41	196,08	784,70	804,30	824,40
2) Traitement endoluminal pour anévrisme d'un vaisseau du membre supérieur	8P42	181,74	727,30	745,40	764,10
3) Traitement endoluminal pour anévrisme de l'aorte	8P43	262,08	1048,80	1075,00	1101,80
4) Traitement endoluminal par prothèse bifurquée d'un anévrisme aortique sous-rénal	8P44	349,12	1397,10	1432,00	1467,80
5) Traitement endoluminal pour anévrisme d'une artère viscérale	8P45	196,08	784,70	804,30	824,40
6) Traitement endoluminal pour anévrisme de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P46	181,74	727,30	745,40	764,10
7) Traitement endoluminal pour anévrisme d'une artère infrapoplitée	8P47	181,74	727,30	745,40	764,10
8) Traitement endoluminal pour anévrisme d'un vaisseau cérébral	8P48	286,95	1148,30	1177,00	1206,40

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
<i>Sous-section 5 - Thromboaspiration ou thrombolyse endovasculaire</i>					
1) Thromboaspiration ou thrombolyse d'un vaisseau du cou	8P51	105,22	421,10	431,60	442,40
2) Thromboaspiration ou thrombolyse d'un vaisseau du membre supérieur	8P52	105,22	421,10	431,60	442,40
3) Thromboaspiration au niveau de l'aorte	8P53	105,22	421,10	431,60	442,40
4) Thromboaspiration ou thrombolyse d'une artère viscérale	8P54	105,22	421,10	431,60	442,40
5) Thromboaspiration ou thrombolyse de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P55	105,22	421,10	431,60	442,40
6) Thromboaspiration ou thrombolyse d'une artère infrapoplitée	8P56	105,22	421,10	431,60	442,40
7) Thromboaspiration ou thrombolyse d'un vaisseau cérébral	8P58	124,35	497,60	510,00	522,80
8) Thromboaspiration ou thrombolyse d'une veine profonde	8P59	105,22	421,10	431,60	442,40
<i>Sous-section 6 - Embolisation d'un vaisseau pour anévrisme ou autre malformation vasculaire ou pour traumatisme</i>					
1) Embolisation d'un vaisseau du cou ou de la face	8P61	124,35	497,60	510,00	522,80
2) Embolisation d'une artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P63	124,35	497,60	510,00	522,80
3) Embolisation d'une artère infrapoplitée	8P64	124,35	497,60	510,00	522,80
4) Embolisation d'un vaisseau cérébral ou médullaire	8P68	210,43	842,10	863,10	884,70
5) Embolisation d'une artère ou d'une veine viscérale	8P69	124,35	497,60	510,00	522,80
<i>Sous-section 7 - Autres traitements endovasculaires</i>					
1) Embolisation d'un vaisseau pour tumeur	8P71	95,65	382,80	392,30	402,10
2) Extraction d'un corps étranger intravasculaire	8P72	52,61	210,50	215,80	221,20
3) Shunt porto-cave par voie transhépatique ou transjugulaire, mise en place d'une endoprothèse comprise	8P73	210,43	842,10	863,10	884,70
4) Mise en place percutanée d'un filtre de la veine cave	8P74	90,87	363,60	372,70	382,00
5) Prises de pression intravasculaire et/ou échographie endovasculaire au cours d'une intervention endovasculaire - CAT (non cumulable avec 8P79)	8P78	14,35	57,40	58,90	60,30
6) Angioscopie intravasculaire au cours d'une intervention endovasculaire - CAT	8P79	23,91	95,70	98,10	100,50
<i>Sous-section 8 - Interventions percutanées sur les voies biliaires</i>					
1) Drainage biliaire externe par voie percutanée transhépatique	8P81	57,39	229,70	235,40	241,30
2) Drainage biliaire interne par voie percutanée transhépatique	8P82	95,65	382,80	392,30	402,10
3) Mise en place d'une endoprothèse biliaire par voie percutanée transhépatique	8P83	47,83	191,40	196,20	201,10
4) Changement d'un cathéter ou d'une endoprothèse biliaire mise en place par voie percutanée	8P84	47,83	191,40	196,20	201,10
<i>Sous-section 9 - Intervention percutanée dans le domaine ostéoarticulaire</i>					
1) Cémentation vertébrale sous contrôle radiologique pour tassement métastatique ou ostéoporotique, un ou deux pédicules	8P87	59,30	237,30	243,20	249,30
<i>Sous-section 10 - Autres interventions</i>					
1) Ponction et drainage percutané d'abcès ou de kystes intra-abdominaux ou intra-thoraciques	8P91	57,39	229,70	235,40	241,30
2) Microbiopsie sur un sein sous imagerie stéréotaxique digitale sur patiente en procubitus sur table spéciale (prone table), toute imagerie locale comprise.	8P95	30,08	120,40	123,40	126,50
3) Dénudation d'un vaisseau, en cas d'impossibilité technique d'un abord par ponction percutanée - CAT	8P98	57,39	229,70	235,40	241,30
Section 6 - Autres examens utilisant les radiations ionisantes					
1) Ostéodensitométrie par procédé DXA (absorptiométrie des rayons X à 2 énergies) effectuée par un médecin disposant d'un agrément du Ministre de la Santé	8D01	2,06	8,20	8,40	8,70
REMARQUE: Par dérogation à l'article 10 la position 8D01 peut être cumulée avec la consultation majorée					
<u>Chapitre 9 - Oto-Rhino-Laryngologie - Stomatologie - Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire</u>					
Section 1 - Cavité buccale et glandes salivaires					
<i>Sous-section 1 - Chirurgie des lèvres et du palais</i>					
1) Chirurgie de la fente labiale, opération uni- ou bilatérale	9S11	20,85	83,40	85,50	87,70
2) Chirurgie de la fente labio-maxillaire	9S12	42,33	169,40	173,60	178,00
3) Chirurgie de la division vélo-palatine	9S13	67,29	269,30	276,00	282,90
4) Chirurgie de la sténose vélo-pharyngée en un ou deux temps	9S14	42,33	169,40	173,60	178,00

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
5) Plastie pour perforation sinusobuccale	9S15	74,18	296,80	304,30	311,90
6) Plastie pour communication bucconasale	9S16	79,72	319,00	327,00	335,20
7) Appareil obturateur de perforation palatine: plaque base en résine (dents et crochets en supplément) - CAT	9S18	48,59	194,40	199,30	204,30
8) Appareil de prothèse vélo-palatine: plaque base et voile artificiel en résine (dents et crochets en supplément) - CAT	9S19	84,46	338,00	346,40	355,10
9) Réfection partielle d'une lèvre	9S21	71,21	285,00	292,10	299,40
10) Réfection totale d'une lèvre	9S22	106,75	427,20	437,90	448,80
11) Désinsertion musculaire du vestibule supérieur, sur toute l'étendue	9S31	55,81	223,30	228,90	234,60
12) Désinsertion musculaire du vestibule supérieur, par héli-maxillaire ou de canine à canine	9S32	27,93	111,80	114,60	117,40
13) Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, sur toute l'étendue	9S33	70,16	280,80	287,80	295,00
14) Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, partie latérale	9S34	28,46	113,90	116,70	119,70
15) Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, partie antérieure	9S35	41,56	166,30	170,50	174,70
16) Traitement opératoire de la double lèvre	9S36	24,44	97,80	100,20	102,80
<i>Sous-section 2 - Chirurgie des arcades gingivo-dentaires</i>					
1) Résection du capuchon muqueux d'une dent de sagesse	9S41	3,83	15,30	15,70	16,10
2) Traitement local des gingivostomatites, par séance	9S42	2,68	10,70	11,00	11,30
3) Gingivoplastie étendue à une demi-arcade ou de canine à canine	9S43	12,82	51,30	52,60	53,90
4) Gingivectomie étendue à une demi-arcade ou de canine à canine	9S44	19,56	78,30	80,20	82,20
<i>Sous-section 3 - Chirurgie de la langue et du plancher de la bouche</i>					
1) Biopsie buccale	9S51	7,94	31,80	32,60	33,40
2) Excision et suture d'un frein hypertrophié de la langue ou de la lèvre ou d'une bride fibreuse	9S52	12,82	51,30	52,60	53,90
3) Plastie d'allongement du frein de la lèvre ou de la langue	9S53	12,82	51,30	52,60	53,90
4) Désinsertion musculaire du plancher de la bouche, un côté	9S55	39,12	156,50	160,50	164,50
5) Désinsertion musculaire du plancher de la bouche, deux côtés	9S56	78,15	312,70	320,50	328,60
6) Glossectomie large	9S57	104,93	419,90	430,40	441,10
7) Incision d'un abcès de la cavité buccale, bucco-pharyngée ou pharyngo-laryngée par voie buccale	9S61	10,52	42,10	43,10	44,20
8) Incision d'un phlegmon de la base de la langue ou du plancher buccal	9S62	32,19	128,80	132,00	135,30
9) Résection d'une lésion ou tumeur bénigne de la bouche	9S65	15,83	63,30	64,90	66,60
10) Extirpation d'une tumeur maligne des lèvres	9S71	56,96	227,90	233,60	239,50
11) Extirpation d'une tumeur maligne de l'oropharynx ou du plancher de la bouche	9S72	134,53	538,30	551,80	565,60
<i>Sous-section 4 - Chirurgie des glandes salivaires</i>					
1) Injection de produit de contraste pour sialographie	9S80	3,35	13,40	13,70	14,10
2) Extirpation de calculs salivaires par incision muqueuse simple	9S81	12,82	51,30	52,60	53,90
3) Extirpation de calculs salivaires par dissection du canal excréteur ou par voie externe	9S82	26,30	105,20	107,90	110,60
4) Chirurgie d'une fistule salivaire	9S83	32,19	128,80	132,00	135,30
5) Ablation de la glande sous-maxillaire	9S90	57,39	229,70	235,40	241,30
6) Parotidectomie partielle avec dissection du nerf facial	9S93	93,98	376,10	385,50	395,10
7) Parotidectomie totale avec dissection du nerf facial	9S94	118,99	476,20	488,10	500,30
8) Parotidectomie totale, sans conservation du nerf facial	9S95	93,98	376,10	385,50	395,10
Section 2 - Chirurgie maxillo-faciale					
1) Bandage d'urgence extrabuccal pour fracture des maxillaires, sans continuation du traitement	9F11	5,21	20,80	21,40	21,90
2) Fracture des maxillaires, premier appareillage de contention buccale	9F12	24,44	97,80	100,20	102,80
3) Traitement orthopédique d'une fracture maxillaire parcellaire	9F13	24,44	97,80	100,20	102,80
4) Traitement orthopédique d'une fracture complète simple d'un maxillaire (sans appui)	9F14	74,18	296,80	304,30	311,90
5) Fracture complète du maxillaire inférieur, réduction et contention avec appui sur le maxillaire supérieur	9F15	113,97	456,10	467,50	479,20
6) Fracture transversale du maxillaire supérieur, contention par appareillage intra- et extra-buccal, appui péricrânien	9F16	125,44	502,00	514,50	527,40
7) Fracture complète des deux maxillaires, contention par appareillage intra- et extra-buccal, appui péricrânien, matériel non compris	9F17	125,44	502,00	514,50	527,40
8) Réduction sanglante simple d'une fracture d'un maxillaire, de l'os malaire et/ou du zygoma, matériel non compris	9F21	20,80	83,20	85,30	87,40
9) Ostéosynthèse d'une fracture d'un maxillaire, de l'os malaire et/ou du zygoma, matériel non compris	9F22	140,18	561,00	575,00	589,30
10) Ostéotomie pour fracture ancienne avec cal vicieux ou chirurgie (sans greffe) d'une pseudarthrose du maxillaire inférieur, matériel non compris	9F25	74,18	296,80	304,30	311,90
11) Traitement chirurgical de la pseudarthrose d'un maxillaire avec greffe osseuse, prélèvements des greffons compris	9F26	111,72	447,10	458,20	469,70
12) Ostéotomie unilatérale du maxillaire supérieur pour fracture ancienne avec cal vicieux	9F27	96,80	387,40	397,00	407,00
13) Traitement orthopédique de la luxation temporo-maxillaire uni- ou bilatérale	9F31	4,30	17,20	17,60	18,10

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
14) Réduction sanglante d'une luxation temporo-maxillaire, reposition ou résection du condyle, butée osseuse	9F32	140,18	561,00	575,00	589,30
15) Appareil de contention du maxillaire inférieur après réduction d'une luxation par méthode sanglante - CAT	9F33	162,65	650,90	667,10	683,80
16) Arthrotomie pour corps étranger ou lésion méniscale de l'articulation temporo-maxillaire	9F34	70,92	283,80	290,90	298,20
17) Ostéotomie pour ankylose ou arthroplastie temporo-maxillaire	9F35	175,09	700,70	718,20	736,10
18) Résection totale du maxillaire inférieur	9F41	99,57	398,40	408,40	418,60
19) Résection du corps du maxillaire inférieur	9F42	140,18	561,00	575,00	589,30
20) Résection totale d'un hémimaxillaire inférieur	9F43	175,04	700,50	718,00	735,90
21) Résection large ou totale du maxillaire supérieur	9F44	175,04	700,50	718,00	735,90
22) Traitement chirurgical de la prognathie ou latérogathie, matériel non compris	9F47	175,04	700,50	718,00	735,90
23) Appareil de réduction-contention du maxillaire inférieur après correction chirurgicale d'une prognathie ou latérogathie - CAT	9F48	162,65	650,90	667,10	683,80
24) Ablation d'une tumeur bénigne des maxillaires étendue à l'infrastructure	9F51	70,16	280,80	287,80	295,00
25) Ablation d'une tumeur bénigne des maxillaires avec vaste délabrement osseux	9F52	96,80	387,40	397,00	407,00
26) Evidement osseux d'un maxillaire nécessitant une greffe	9F53	111,72	447,10	458,20	469,70
27) Correction de dépression traumatique ou congénitale de la face (hors l'orbite) par greffe osseuse, cutanéomuqueuse, dermo-graisseuse ou par matériau inerte (prélèvement de greffe non compris) - APCM	9F55	73,70	294,90	302,30	309,80
28) Réfection uni- ou bilatérale d'un massif osseux par greffe osseuse, cartilagineuse ou par matériau inerte, intéressant l'orbite, l'os malaire et les maxillaires pour lésion congénitale ou ancienne - APCM	9F56	138,26	553,30	567,10	581,30
29) Prélèvement osseux important ou trépanation d'un maxillaire pour examen histologique	9F61	20,42	81,70	83,80	85,80
30) Traitement de l'ostéite et nécrose des maxillaires, circonscrite à la région alvéolaire; curetage et ablation de séquestres	9F62	10,52	42,10	43,10	44,20
31) Curetage péri-apical par trépanation vestibulaire avec ou sans résection apicale	9F63	19,56	78,30	80,20	82,20
32) Traitement de l'ostéite de la région basilaire, de l'ostéite corticale ou centrale, curetage et ablation de séquestres	9F64	26,35	105,40	108,10	110,80
33) Nécrose des corps maxillaires étendue à un segment important; curetage et ablation de séquestres	9F65	45,43	181,80	186,30	191,00
34) Enucléation d'un kyste maxillaire étendu avec trépanation osseuse	9F71	25,87	103,50	106,10	108,80
35) Cure par marsupialisation d'un kyste maxillaire avec trépanation osseuse	9F72	12,96	51,90	53,20	54,50
36) Cure d'un kyste s'étendant à un hémimaxillaire ou d'un kyste faisant saillie et refoulant un sinus maxillaire	9F73	49,07	196,40	201,30	206,30
37) Trépanation par voie vestibulaire du sinus maxillaire pour recherche d'une racine refoulée dans le sinus	9F74	58,06	232,30	238,10	244,10
38) Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par réparation plastique musculo-cutanée	9F78	73,70	294,90	302,30	309,80
39) Insertion d'implants métalliques ou acryliques après large résection de la mandibule	9F81	140,18	561,00	575,00	589,30
40) Réimplantation d'une dent, appareillage non compris	9F82	38,50	154,10	157,90	161,90
41) Transplantation d'une dent, appareillage non compris	9F83	51,65	206,70	211,90	217,10
42) Appareil de contention préopératoire du maxillaire inférieur (résection chirurgicale, greffe) - CAT	9F91	104,02	416,30	426,70	437,30
43) Appareil mobilisateur du maxillaire inférieur après traitement chirurgical d'une construction permanente - CAT	9F92	162,65	650,90	667,10	683,80
44) Appareil de distension de cicatrices vicieuses (lèvres; joues) sans casque péricrânien - CAT	9F93	104,02	416,30	426,70	437,30
45) Appareil de distension de cicatrices vicieuses (lèvres; joues) avec casque péricrânien - CAT	9F94	162,65	650,90	667,10	683,80
46) Appareil porte-radium intrabuccal - CAT	9F95	84,46	338,00	346,40	355,10
47) Appareil de redressement du nez avec appui péricrânien - CAT	9F96	64,99	260,10	266,60	273,20
48) Appareil obturateur après résection du maxillaire supérieur (dents comprises) - CAT	9F97	162,65	650,90	667,10	683,80
49) Attelle modelable, par maxillaire	9F98	13,39	53,60	54,90	56,30

Modifications portées au règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°118 du 30.12.1998, p. 3142)

Règlement grand-ducal du 18 novembre 1999 portant modification du règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°141 du 10.12.1999, p. 2570)

Règlement grand-ducal du 21 décembre 1999 portant modification du règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°149 du 28.12.1999, p. 2929)

Règlement grand-ducal du 28 juin 2000 concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°51 du 05.07.2000, p. 1119)

Règlement grand-ducal du 17 juillet 2000 portant modification du règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance-maladie

(Mémorial A – N°63 du 28.07.2000, p. 1269)

Règlement grand-ducal du 2 octobre concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°103 du 09.10.2000, p. 2249)

Règlement grand-ducal du 30 novembre 2000 portant modification du règlement grand-ducal du 21 novembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°126 du 13.12.2000, p. 2886)

Règlement grand-ducal du 1er août 2001 relatif au basculement en euro le 1er janvier 2002 et modifiant certaines dispositions réglementaires

(Mémorial A – N°117 du 18.09.2001, p. 2449)

Règlement grand-ducal du 29 novembre 2001 modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°145 du 21.12.2001, p. 2946)

Règlement grand-ducal du 14 décembre 2001 modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°151 du 27.12.2001, p. 3281)

Règlement grand-ducal du 22 février 2002 modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°27 du 21.03.2002, p. 486)

Règlement grand-ducal du 24 janvier 2003 modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°19 du 31.01.2003, p. 371)

Règlement grand-ducal du 17 mars 2003 modifiant

1. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code des assurances sociales

2. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°37 du 27.03.2003, p. 606)

Règlement grand-ducal du 17 mars 2003 modifiant

1. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code des assurances sociales
 2. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie - Rectificatif
- (*Mémorial A – N°68 du 22.05.2003, p. 1108*)

Règlement grand-ducal du 19 mai 2003 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(*Mémorial A – N°75 du 03.06.2003, p. 1280*)

Règlement grand-ducal du 27 juillet 2003 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(*Mémorial A – N°118 du 22.08.2003, p. 2496*)

Règlement grand-ducal du 28 novembre 2003 modifiant

- 1) le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins
 - 2) le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes
- (*Mémorial A – N°177 du 12.12.2003, p. 3588*)

Règlement grand-ducal du 28 février 2005 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(*Mémorial A – N°31 du 16.03.2005, p. 609*)

Règlement grand-ducal du 23 septembre 2005 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(*Mémorial A – N°165 du 05.10.2005, p. 2796*)

Règlement grand-ducal du 7 novembre 2005 modifiant:

1. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie;
 2. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code des assurances sociales
- (*Mémorial A – N°185 du 28.11.2005, p. 2984*)

Règlement grand-ducal du 23 décembre 2005 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(*Mémorial A – N°222 du 30.12.2005, p. 3731*)

Règlement grand-ducal du 23 décembre 2005 modifiant

1. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code des assurances sociales;
 2. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
- (*Mémorial A – N°222 du 30.12.2005, p. 3733*)

Règlement grand-ducal du 5 août 2006 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(*Mémorial A – N°150 du 30.08.2006, p. 2663*)

Règlement grand-ducal du 15 janvier 2007 portant modification du règlement grand-ducal modifié du

21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins et des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°3 du 25.01.2007, p. 31*)

Règlement grand-ducal du 5 mars 2007 portant modification du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins et des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°37 du 15.03.2007, p. 750*)

Règlement grand-ducal du 13 décembre 2007 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°226 du 19.12.2007, p. 3886*)

Règlement grand-ducal du 27 juin 2008 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°92 du 04.07.2008, p. 1253*)

Règlement grand-ducal du 22 juillet 2008 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°114 du 31.07.2008, p. 1782*)

Règlement grand-ducal du 27 février 2009 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins
(*Mémorial A – N°40 du 09.03.2009, p. 565*)

Règlement grand-ducal du 6 avril 2009 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°74 du 14.04.2009, p. 898*)

Règlement grand-ducal du 6 avril 2009 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie – Rectificatif
(*Mémorial A – N°85 du 29.04.2009, p. 1012*)

Règlement grand-ducal du 19 mai 2009 modifiant:
1. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie;
2. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale
(*Mémorial A – N°111 du 26.05.2009, p. 1634*)

Règlement grand-ducal du 19 mai 2009 modifiant:
1. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie;
2. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale - Rectificatif
(*Mémorial A – N°121 du 02.06.2009, p. 1728*)

Règlement grand-ducal du 7 juin 2010 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°90 du 10.06.2010, p. 1646*)

Règlement grand-ducal du 4 juin 2010 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie – RECTIFICATIF

(Mémorial A – N°93 du 22.06.2010, p. 1686)

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant en application de l'article 5 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé les réductions à opérer aux tarifs médicaux et modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°242 du 27.12.2010, p. 4064)

Règlement grand-ducal du 12 mars 2011 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°57 du 05.04.2011, p. 1051)

Règlement grand-ducal du 18 août 2011 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie et le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°195 du 12.09.2011, p. 3548)

Règlement grand-ducal du 8 février 2012 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie et le règlement grand-ducal du 16 décembre 2011 déterminant en application de l'article 35 de la loi du 16 décembre 2011 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2012 les adaptations à apporter aux coefficients de la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique et modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°26 du 15.02.2012, p. 326)

Règlement grand-ducal du 21 juillet 2012 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie suite à l'introduction du médecin référent

(Mémorial A – N°151 du 26.07.2012, p. 1853)

Règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°298 du 31.12.2012, p. 4718)

Règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie – RECTIFICATIF

(Mémorial A – N°18 du 07.02.2013, p. 339)

Règlement grand-ducal du 15 novembre 2013 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°204 du 29.11.2013, p. 3752)

Règlement grand-ducal du 23 décembre 2013 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°225 du 27.12.2013, p. 4225)

Règlement grand-ducal du 28 avril 2014 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°67 du 30.04.2014, p. 1000)

Règlement grand-ducal du 26 mai 2014 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie par l'introduction de nouveaux actes en lien avec la radiothérapie stéréotaxique robotisée

implantée au Centre François Baclesse
(*Mémorial A – N°91 du 30.05.2014, p. 1418*)

Règlement grand-ducal du 26 novembre 2014 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°217 du 01.12.2014, p. 4192*)

MEDECINS-DENTISTES

Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie

Caractère personnel de l'acte

Art. 1er.- Les actes et services des médecins-dentistes ne peuvent être pris en charge par une institution d'assurance maladie ou une autre institution de sécurité sociale visée au Code de la sécurité sociale que si cet acte ou service est inscrit au tableau annexé au présent règlement et qui en fait partie intégrante et à condition d'avoir été effectués personnellement par le médecin-dentiste. Au cas où le médecin-dentiste est assisté par une autre personne, il doit exécuter lui-même, ou, lorsque cette personne est un médecin-dentiste en voie de formation, surveiller lui-même la phase essentielle de l'acte tout en restant responsable de l'intégralité de l'acte.

Distinction entre actes généraux et techniques

Art. 2.- Les coefficients des actes et services inscrits dans la première partie de l'annexe du présent règlement intitulée "Actes généraux" ne peuvent être modifiés que sur proposition du ou des groupements professionnels ayant signé la convention avec la Caisse nationale de santé. Tous les autres actes sont regroupés dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement, intitulée "Actes techniques".

Les actes techniques de la deuxième partie de l'annexe peuvent également être accomplis par les médecins spécialistes

en chirurgie orale, dentaire et maxillo-faciale
en stomatologie.

Les chapitres 2 et 3 de la deuxième partie de l'annexe sont accessibles aux médecins spécialistes

en chirurgie générale
en chirurgie plastique
en oto-rhino-laryngologie
en chirurgie maxillo-faciale.

Le chapitre 9 intitulé "Oto-Rhino-Laryngologie - Stomatologie - Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire" de la deuxième partie de l'annexe de la nomenclature des médecins constitue une partie commune aux médecins et aux médecins-dentistes.

Autorisation par le contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 3.- Certains actes ne peuvent être pris en charge qu'après avoir été autorisés par le contrôle médical de la sécurité sociale.

Ces actes sont signalés par les lettres "APCM" (autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale requise) ou les lettres "ACM" (autorisation du contrôle médical de la sécurité sociale requise), suivant que cette autorisation doit ou non précéder l'accomplissement de l'acte. La procédure à suivre pour obtenir cette autorisation est réglée par la convention prévue à l'article 61 du Code de la sécurité sociale.

Tarif d'un acte

Art. 4.- Le tarif d'un acte est obtenu en multipliant son coefficient par la valeur monétaire de la lettre-clé négociée pour chaque exercice par les parties signataires de la convention pour les

médecins-dentistes ou arrêtée, à défaut d'accord entre parties, par une sentence du Conseil supérieur de la sécurité sociale, ceci conformément aux articles 66 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Le tarif d'un acte est compté en euros à une décimale près. Les fractions de dixième d'euro sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq (5) cents. Les fractions de dixième d'euro sont arrondies vers la bas si elles sont strictement inférieures à cinq (5) cents.

Le coefficient des actes de la deuxième partie de l'annexe marqués par les lettres "DSD" (dépassement sur devis) correspond au tarif maximal remboursé par l'assurance maladie. Un dépassement peut se faire sur devis préalable, en application de l'article 66 du Code de la sécurité sociale et selon les modalités fixées par la convention prévue à l'article 61 du Code de la sécurité sociale.

Pour les positions marquées du sigle DSD, un devis écrit préalable est requis.

Par dérogation à ce qui précède, pour les positions DS18, DS19, DA52, DA64, DB36, DB37, DW18 et DW19, le mémoire d'honoraires vaut devis.

Consultation et visite

Art. 5.- La consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique.

Un entretien téléphonique ne peut donner lieu à une quelconque facturation à charge de l'assurance maladie.

Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (prise de tension artérielle, examen au spéculum nasal), la prise de sang veineux, les analyses qualitatives des urines (albumine et glucose), les injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées et intradermiques, les petits pansements, l'ouverture d'abcès superficiels, le meulage de bords tranchants, les cautérisations, la retouche à une prothèse dentaire, le pulpotest, la préparation de fond de cavité ainsi que l'établissement d'une ordonnance ou d'un certificat sommaire.

Les consultations et visites ne peuvent être mises en compte que si elles ont été sollicitées par la personne protégée ou par une personne de son entourage.

Le médecin-dentiste ne peut mettre en compte qu'une seule consultation ou visite par personne et par jour, c'est-à-dire par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaire plusieurs séances au cours du même jour et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Le médecin-dentiste mettra en compte exclusivement la consultation réservée à sa spécialité.

Est considérée comme consultation urgente celle sollicitée comme telle par la personne protégée ou par une personne de son entourage et reconnue comme telle par le médecin-dentiste, à condition qu'elle se situe en dehors des heures de consultation et de visite normales affichées par le médecin-dentiste ou que sa délivrance oblige le médecin-dentiste à abandonner la suite programmée de ses occupations.

Est considérée comme visite urgente celle sollicitée comme telle par la personne protégée ou par une personne de son entourage et reconnue comme telle par le médecin-dentiste, à condition qu'elle soit effectuée sans délai.

Le médecin-dentiste ayant mis en compte une consultation ou une visite urgente doit, à la demande du contrôle médical de la sécurité sociale, en justifier par écrit le caractère urgent.

Si lors du même déplacement, le médecin-dentiste examine plusieurs personnes faisant partie de la même communauté domestique ou du même établissement, le tarif de la visite est remplacé par celui de la consultation pour la deuxième personne et les suivantes.

Indemnité horo-kilométrique

Art. 6.- L'indemnité horo-kilométrique ne peut être mise en compte que pour une visite en milieu extra-hospitalier.

L'indemnité est calculée d'après la carte officielle des distances. Pour le calcul, le cabinet du médecin-dentiste doit être pris comme point de départ, sans que toutefois l'indemnité mise en compte ne dépasse celle correspondant aux kilomètres effectivement parcourus.

Si en cas de visite à l'intérieur de la localité dans laquelle le médecin-dentiste a établi son cabinet, le déplacement dépasse un kilomètre, l'indemnité aller-retour peut être mise en compte pour les kilomètres excédentaires.

Traitement en milieu hospitalier

Art. 7.- Lorsque le médecin-dentiste n'est pas présent à l'hôpital, mais doit s'y déplacer spécialement et d'urgence pour un traitement ambulatoire ou un patient hospitalisé par un autre médecin ou médecin-dentiste, il met en compte le tarif de la visite et les actes techniques effectués. Sur le mémoire d'honoraires il marque, outre le code de la visite, l'heure à laquelle cette dernière a été effectuée.

Si la personne séjourne en milieu hospitalier, soit à titre stationnaire, soit au titre d'un séjour inférieur à une journée dont les conditions sont à fixer par la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale, le médecin-dentiste traitant applique les forfaits prévus au chapitre 4 de la première partie de l'annexe, à l'exclusion du tarif de la consultation ou de la visite. Toutefois, le médecin-dentiste traitant peut mettre en compte le tarif de la visite de nuit entre 22 heures et 7 heures selon les modalités prévues à l'article 10 sous 5).

Est considéré comme médecin-dentiste traitant au sens des présentes dispositions le médecin-dentiste qui, ayant décidé de l'admission de la personne protégée, effectue le traitement durant l'hospitalisation et en fait la déclaration à l'hôpital ou à l'assurance maladie conformément aux dispositions de la convention prévue à l'article 75 du Code de la sécurité sociale.

Si au cours d'une même hospitalisation dans le même établissement la personne protégée est traitée successivement par deux médecins-dentistes, le deuxième médecin-dentiste doit, pour la détermination du forfait, tenir compte de la période d'hospitalisation antérieure mise en compte par le premier médecin-dentiste.

Si au cours d'une même hospitalisation la personne protégée est traitée successivement par deux médecins relevant de disciplines médicales différentes, le deuxième médecin met en compte le forfait correspondant comme s'il s'agissait d'une nouvelle hospitalisation, à condition que le changement de médecin ait été signalé endéans les vingt-quatre heures à l'administration de l'hôpital.

Si au cours d'une même hospitalisation la personne protégée est traitée simultanément par plusieurs médecins, le médecin traitant justifie le traitement parallèle sur un formulaire élaboré par le contrôle médical de la sécurité sociale. Il envoie dans les vingt-quatre heures ce formulaire pour autorisation au contrôle médical de la sécurité sociale. Suite à cette autorisation le médecin-dentiste applique également les forfaits prévus au chapitre 4 de la première partie de l'annexe à l'exclusion du tarif de la consultation ou de la visite.

N'est pas considéré comme traitement parallèle un traitement successif effectué le même jour.

Les jours d'hospitalisation sont comptés par période de vingt-quatre heures commençant à minuit; la fraction compte pour une journée entière.

Majoration du tarif des actes techniques

Art. 8.- Si l'acte technique est effectué d'urgence entre 20 et 7 heures ou un dimanche ou un jour

férié légal, son tarif est majoré de cent pour cent, sauf si le libellé de l'acte exclut expressément cette majoration ou si une visite à l'hôpital est mise en compte. Le médecin-dentiste note le tarif majoré sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "N" (nuit), "D" (dimanche), ou "F" (jour férié).

Cumul de plusieurs actes techniques

Art. 9.- Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes techniques sont effectués sur une même personne par le même médecin-dentiste, celui-ci a droit au tarif de l'acte dont le coefficient est le plus élevé ainsi qu'à cinquante pour cent du tarif du deuxième acte et le cas échéant, du troisième acte. Les actes suivant le troisième acte ne donnent pas lieu à honoraires. Le médecin-dentiste note le tarif réduit en application du présent article sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "R".

Les actes auxquels la réduction de cinquante pour cent prévue à l'alinéa premier ne s'applique pas, sont signalés par les lettres "CAT" (cumul à plein tarif avec autre acte technique autorisé).

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa premier les actes inscrits dans les chapitres 1er, 2, et 4 à 10 de la deuxième partie de l'annexe de ce règlement peuvent être cumulés à plein tarif entre eux et sans limitation de leur nombre. Ils sont à considérer dans leur ensemble comme un seul acte technique. En cas de cumul de cet ensemble d'actes techniques avec d'autres actes techniques n'appartenant pas aux chapitres 1er, 2, et 4 à 10, la réduction de cinquante pour cent prévue par les dispositions de l'alinéa premier n'est pas applicable à cet ensemble d'actes et les autres actes peuvent être mis en compte; le premier à 100% et le deuxième à 50%.

Aucune prestation ne peut être cumulée avec une prestation dont elle fait partie intégrante.

Le médecin-dentiste ne peut mettre en compte qu'une seule consultation par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaires plusieurs séances au cours du même jour et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Cumul entre actes généraux et actes techniques

Art. 10.- Peuvent être cumulés les honoraires:

- 1) d'un acte technique signalé par les lettres CAC (cumul avec consultation) et d'une consultation, à l'exception du renouvellement d'ordonnance,
- 2) d'un rapport et d'un autre acte général ou technique,
- 3) de la visite en milieu extra-hospitalier, de l'indemnité horo-kilométrique et des actes techniques,
- 4) de la visite à l'hôpital prévue à l'alinéa 1er de l'article 7 et des actes techniques à condition que ces actes ne subissent pas les majorations prévues à l'article 8,
- 5) des examens prévus au chapitre 6 de la première partie de l'annexe et des actes techniques,
- 6) des forfaits pour le traitement hospitalier prévu au chapitre 4 de la 1ère partie de l'annexe et de la visite de nuit entre 22 et 7 heures, à condition que l'état du malade requière son intervention urgente et que le médecin-dentiste ne mette pas en compte la majoration de nuit prévue à l'article 8.

Dans tous les autres cas, les honoraires des actes généraux ne se cumulent ni entre eux ni avec ceux des actes techniques, si les actes sont effectués au cours de la même séance sur la même personne. Le médecin-dentiste a droit aux honoraires les plus élevés, soit de l'acte général, soit des actes techniques après application de l'article qui précède. Toutefois, lorsque le ou les actes techniques ne sont pas accompagnés d'un examen du patient et notamment s'ils sont effectués en série, l'intervention du médecin-dentiste n'a pas la valeur d'une consultation et il n'a droit qu'aux honoraires du ou des actes techniques.

Dans les cas visés sous 1) à 5) ci-dessus, l'article 9 s'applique pour le cumul des actes techniques entre eux.

Assistance opératoire

Art. 11.- Si la complexité de l'intervention exige une assistance opératoire, celle-ci est fixée à trente pour cent du coefficient de l'acte opératoire en cause ou, le cas échéant, à trente pour cent de la somme des coefficients des actes opératoires effectués lors de cette intervention, sans pouvoir être inférieure au coefficient 7,85. Sur son mémoire d'honoraires le médecin-dentiste note le code du ou des actes suivi de la lettre "P". Le coefficient minimum subit les majorations prévues à l'article 8.

Lorsque deux médecins ou médecins-dentistes mettent en compte le tarif pour assistance opératoire, le médecin ou médecin-dentiste ayant effectué l'intervention doit fournir une justification écrite au contrôle médical de la sécurité sociale.

Dispositions particulières à l'anesthésie locale ou régionale

Art. 12.- En cas d'anesthésie locale ou régionale par injection le tarif des actes auxquels l'anesthésie se rapporte est majoré de 15% sans que cette majoration ne puisse être inférieure au coefficient prévu pour les positions DS20 ou DS21 du chapitre 1er de la deuxième partie de l'annexe. Elle ne peut être mise en compte si simultanément une anesthésie générale est pratiquée.

Sur le mémoire d'honoraires le médecin complète le code de l'intervention par la lettre "L".

L'anesthésie de contact est toujours comprise dans l'acte technique, respectivement la consultation.

Concordance des codes d'un acte technique en cas d'intervention pratiquée sous anesthésie

Art. 13.- En cas d'intervention pratiquée sous anesthésie, les codes appliqués par les différents médecins ou médecins-dentistes concernés doivent être concordants. En cas de contestation, le rapport de l'intervention fait foi.

Frais d'appareil et frais de matériel

Art. 14.- Le médecin-dentiste a droit au tarif spécifique pour couvrir les frais d'utilisation d'un appareil, à condition que l'acte technique correspondant puisse être mis en compte, que le médecin-dentiste soit propriétaire de l'appareil, le cas échéant, dûment autorisé, et que l'acte soit effectué en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question. Dans ce cas il complète le code de l'acte par la lettre "X".

Le médecin-dentiste peut mettre en compte les frais de matériel indiqués dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement en relation avec un acte technique, à condition que l'acte soit effectué en milieu extra-hospitalier. Dans ce cas il complète le code de l'acte par la lettre "M".

Les tarifs pour frais d'appareil et de matériel signalés respectivement par les lettres "X" et "M" à la dernière position du code ne subissent ni réduction ni majoration.

Les métaux précieux sont facturés à part sur le même mémoire d'honoraires.

Dispositions particulières aux actes de biologie médicale

Art. 15.- Par dérogation aux dispositions de l'article 1, les médecins-dentistes peuvent mettre en compte en supplément aux actes généraux et techniques les actes de biologie médicale conformément à la nomenclature pour les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique et conformément aux dispositions de la loi du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales.

Dispositions particulières aux actes de radiodiagnostic

Art. 16.- Les actes de radiodiagnostic prévus au chapitre 9 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins ou médecins-dentistes qui ont été autorisés à cet effet par le ministre ayant dans ses attributions la santé dans le cadre de la loi du 10 août 1983 concernant l'utilisation médicale des rayonnements ionisants.

Le coefficient de chaque code de radiologie du chapitre 9 de la deuxième partie de l'annexe comprend toutes les incidences effectuées. Une location d'appareil ne peut être mise en compte qu'en milieu extra-hospitalier et ceci à raison d'une seule fois par séance. Le tarif des films s'ajoute à celui de l'acte de radiodiagnostic à condition que celui-ci soit effectué en milieu extra-hospitalier.

La simple interprétation d'un film ne peut être mise en compte.

Une radiographie de qualité défectueuse ne peut être mise en compte.

Rapports médicaux

Art. 17.- Pour tout acte technique de diagnostic ou de traitement, le rapport y relatif est compris dans le coefficient de cet acte. Ce rapport doit être communiqué sans délai au médecin ayant transféré le malade et, sur demande au médecin-conseil du contrôle médical ou à tout médecin ayant à traiter ce malade.

Un rapport écrit est obligatoire pour tout acte de traitement fait sous anesthésie générale et pour tout acte technique de diagnostic. Sa rémunération est incluse dans le coefficient de l'acte en cause.

Le rapport DR1 prévu au chapitre 5 de la 1ère partie de l'annexe ne peut être mis en compte lorsque le médecin assume lui-même le traitement. Il ne peut être mis en compte que s'il concerne des examens précis et détaillés d'une affection de la région maxillo-faciale dépassant les arcades dentaires avec énoncé des résultats de l'examen, du diagnostic des traitements effectués et, le cas échéant, des propositions de traitement ultérieur.

Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1 du présent règlement grand-ducal	Tarifs
---	--------

NOMENCLATURE DES ACTES ET SERVICES DES MEDECINS-DENTISTES

PREMIERE PARTIE : ACTES GENERAUX

Chapitre 1 - Consultations du médecin-dentiste

- 1) Consultation du médecin-dentiste
- 2) Renouvellement d'ordonnance
- 3) Pansements en série, par séance
- 4) Consultation urgente
- 5) Consultation demandée et faite le soir entre 20 et 22 heures
- 6) Consultation demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal
- 7) Consultation demandée et faite la nuit entre 22 et 7 heures

Chapitre 2 - Visites du médecin-dentiste

Section 1 - Visites en milieu extra-hospitalier

- 1) Visite du médecin-dentiste
- 2) Visite urgente
- 3) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures
- 4) Visite demandée et faite le soir entre 18 et 22 heures
- 5) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal
- 6) Visite demandée et faite la nuit entre 22 et 7 heures

Section 2 - Visite en milieu hospitalier

- 1) Visite du médecin-dentiste
- 2) Visite urgente
- 3) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures
- 4) Visite demandée et faite le soir entre 18 et 22 heures
- 5) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal
- 6) Visite demandée et faite la nuit entre 22 et 7 heures

Chapitre 3 - Déplacements du médecin-dentiste

- 1) Indemnité horo-kilométrique par km

Chapitre 4 - Traitement hospitalier stationnaire du médecin-dentiste

Section 1 - Traitement stationnaire interne

- 1) 1er jour d'hospitalisation
- 2) Du 2e jour au 14e jour; par jour
- 3) Du 15e au 42e jour; par jour
- 4) A partir du 43e jour, par jour

Section 2 - Traitement post-opératoire

- 1) Du 1er au 7e jour post-opératoire; par jour
- 2) Du 8e au 14e jour post-opératoire; par jour
- 3) Du 15e au 42e jour post-opératoire; par jour
- 4) A partir du 43e jour post-opératoire; par jour

Chapitre 5 - Rapports du Médecin-dentiste

- 1) Rapport détaillé au médecin traitant concernant
 - l'examen complet de la région maxillo-faciale,
 - les résultats d'examens complémentaires,
 - les traitements faits et les propositions de traitement ultérieur

Valeur lettre-clé à indice 100: 0,62783

Cote d'application:		775,17	794,54	814,40
Valeur lettre-clé:		4,8667	4,9884	5,1130
Valable à partir du:		01.03.2014		
Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
DC1	6,33	30,80	31,60	32,40
DC2	3,30	16,10	16,50	16,90
DC3	3,30	16,10	16,50	16,90
DC4	9,13	44,40	45,50	46,70
DC6	11,98	58,30	59,80	61,30
DC7	11,98	58,30	59,80	61,30
DC8	17,75	86,40	88,50	90,80
DV1	13,44	65,40	67,00	68,70
DV4	17,08	83,10	85,20	87,30
DV5	17,08	83,10	85,20	87,30
DV6	20,16	98,10	100,60	103,10
DV7	20,16	98,10	100,60	103,10
DV8	27,27	132,70	136,00	139,40
DV11	13,44	65,40	67,00	68,70
DV14	17,08	83,10	85,20	87,30
DV15	17,08	83,10	85,20	87,30
DV16	20,16	98,10	100,60	103,10
DV17	20,16	98,10	100,60	103,10
DV18	27,27	132,70	136,00	139,40
DK1	0,47	2,30	2,30	2,40
DF10	5,54	27,00	27,60	28,30
DF11	3,25	15,80	16,20	16,60
DF12	1,62	7,90	8,10	8,30
DF13	0,90	4,40	4,50	4,60
DF20	11,20	54,50	55,90	57,30
DF21	1,51	7,30	7,50	7,70
DF22	1,01	4,90	5,00	5,20
DF23	0,90	4,40	4,50	4,60
DR1	9,74	47,40	48,60	49,80

Chapitre 6 - Examens à visée préventive du médecin-dentiste

Section 1 - Examen prénatal de la femme enceinte tel que prévu par la loi du 20 juin 1977 et le règlement grand-ducal du 8 décembre 1977 (art. 9 modifié le 26 mai 1979)

- 1) Examen dentaire au cours des 5 premiers mois de la grossesse

Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
DE1	11,98	58,30	59,80	61,30

Section 2 - Examens dentaires des enfants âgés de 2 à 4 ans tels que prévus par la loi du 15 mai 1984 et le règlement grand-ducal du 12 décembre 1984 (art. 3)

- 1) Examen dentaire de l'enfant âgé de 30 à 36 mois
2) Examen dentaire de l'enfant âgé de 42 à 48 mois

DE2	11,98	58,30	59,80	61,30
DE3	11,98	58,30	59,80	61,30

DEUXIEME PARTIE : ACTES TECHNIQUES

Chapitre 1 - Soins gingivaux et dentaires

- 1) Détartrage en une ou plusieurs séances - CAC
2) Traitement médical de la paradontose, par séance
3) Correction de l'occlusion dentaire et meulage sélectif, par séance
4) Consolidation de dents branlantes par ligature ou collage, ou traitement d'une fracture limitée aux procès alvéolaires, par dent
5) Attelle métallique dans la paradontose ou la fracture des procès alvéolaires - DSD+ACM
6) Prothèse attelle de contention ou gouttière occlusale - DSD+ACM
7) Blanchissement de dents dévitalisées, par séance et par dent
8) Coiffage pulpaire indirect, par dent et par séance
9) Coiffage pulpaire direct, par dent et par séance
10) Pulpectomie simple (amputation coronaire) et obturation de la chambre pulpaire (réservée à la dent de lait)
11) Pulpectomie totale (amputation corono-radulaire) et obturation des canaux radiculaires, sur incisives, canines ou prémolaires inférieures
12) Pulpectomie totale (amputation corono-radulaire) et obturation des canaux radiculaires, sur prémolaires supérieures ou molaires
13) Traitement de la gangrène pulpaire et de ses complications, par séance - CAC
14) Obturation, une face
15) Obturation portant sur deux faces d'une dent
16) Obturation portant sur trois faces ou plus, par dent
17) Reconstitution large d'une dent sur pivot - DSD
18) Reconstitution d'un angle en résine sur le groupe incisivo-canin - DSD
19) Anesthésie locale
20) Anesthésie régionale
21) Cautérisation
22) Aurification - DSD
23) Inlay, une face - DSD
24) Inlay portant sur deux faces d'une dent - DSD
25) Inlay portant sur trois faces ou onlay, par dent - DSD

DS1	6,10	29,70	30,40	31,20
DS2	3,14	15,30	15,70	16,10
DS3	7,39	36,00	36,90	37,80
DS4	3,14	15,30	15,70	16,10
DS5	56,00	272,50	279,40	286,30
DS6	56,00	272,50	279,40	286,30
DS7	3,14	15,30	15,70	16,10
DS8	3,14	15,30	15,70	16,10
DS9	6,10	29,70	30,40	31,20
DS10	5,04	24,50	25,10	25,80
DS11	12,32	60,00	61,50	63,00
DS12	21,67	105,50	108,10	110,80
DS13	4,48	21,80	22,30	22,90
DS14	7,39	36,00	36,90	37,80
DS15	9,30	45,30	46,40	47,60
DS16	10,47	51,00	52,20	53,50
DS18	14,84	72,20	74,00	75,90
DS19	10,47	51,00	52,20	53,50
DS20	2,18	10,60	10,90	11,10
DS21	3,64	17,70	18,20	18,60
DS22	3,14	15,30	15,70	16,10
DS33	10,47	51,00	52,20	53,50
DS34	7,39	36,00	36,90	37,80
DS35	9,30	45,30	46,40	47,60
DS36	10,47	51,00	52,20	53,50

Chapitre 2 - Extractions dentaires

- 1) Extraction simple d'une dent monoradiculaire ou d'une dent pluriradiculaire supérieure
2) Extraction simple d'une molaire inférieure
3) Extraction d'une dent au cours d'accidents cellulaires ou osseux, groupe incisivo-canin, prémolaires, molaires supérieures
4) Extraction d'une dent au cours d'accidents cellulaires ou osseux, molaires inférieures
5) Extraction simple des racines d'une dent mono-ou pluriradiculaire
6) Extraction des racines d'une dent par morcellement
7) Extraction des racines d'une dent avec alvéolectomie
8) Extraction d'une dent en malposition
9) Tamponnement d'une ou plusieurs alvéoles pour hémorragie post-opératoire, dans une séance ultérieure, par séance
10) Traitement d'alvéolite consécutive à une ou plusieurs extractions, par séance
11) Résection des bords alvéolaires après extractions multiples
12) Suture gingivale avec ou sans résection partielle d'une crête alvéolaire
13) Suture gingivale étendue à un hémimaxillaire ou à un bloc incisivo-canin avec ou sans résection d'une crête alvéolaire
14) Enucléation chirurgicale d'un kyste de petit volume
15) Cure d'un kyste par marsupialisation
16) Excision d'un cal fibreux
17) Frais de matériel en cas de suture

DS61	3,64	17,70	18,20	18,60
DS62	4,48	21,80	22,30	22,90
DS63	4,48	21,80	22,30	22,90
DS64	6,10	29,70	30,40	31,20
DS65	3,64	17,70	18,20	18,60
DS66	7,39	36,00	36,90	37,80
DS67	11,76	57,20	58,70	60,10
DS68	7,39	36,00	36,90	37,80
DS71	3,64	17,70	18,20	18,60
DS72	3,14	15,30	15,70	16,10
DS73	4,48	21,80	22,30	22,90
DS74	7,39	36,00	36,90	37,80
DS75	22,90	111,40	114,20	117,10
DS76	11,93	58,10	59,50	61,00
DS77	5,99	29,20	29,90	30,60
DS78	16,13	78,50	80,50	82,50
DS79M	3,92	19,10	19,60	20,00

Chapitre 3 - Extractions chirurgicales

1) Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée	DS88	37,02	180,20	184,70	189,30
2) Extraction chirurgicale d'une canine incluse	DS89	46,54	226,50	232,20	238,00
3) Extraction chirurgicale d'odontoïdes ou de dents surnuméraires inclus ou enclavés, germectomie	DS90	37,02	180,20	184,70	189,30
4) Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée au cours d'accidents inflammatoires	DS91	52,53	255,60	262,00	268,60
5) Extraction chirurgicale d'une dent en désinclusion, non enclavée, dont la couronne est sous-muqueuse	DS92	15,51	75,50	77,40	79,30
6) Extraction chirurgicale d'une dent ectopique et incluse (coroné, gonion, branche montante, bord basilaire de la branche montante et du menton, sinus)	DS93	77,34	376,40	385,80	395,40
7) Extraction par voie alvéolaire d'une racine refoulée dans le sinus	DS94	11,09	54,00	55,30	56,70
8) Lavage du sinus maxillaire par voie alvéolaire	DS95	3,64	17,70	18,20	18,60
9) Curetage alvéolaire, granulectomie, esquillectomie	DS96	3,64	17,70	18,20	18,60

Chapitre 4 - Prothèse dentaire adjointe

1) Plaque base en résine synthétique	DA11	34,30	166,90	171,10	175,40
2) Plaque base en résine injectée ou plaque renforcée ou plaque coulée - DSD+ACM	DA12	34,30	166,90	171,10	175,40
3) Prothèse à squelette en métal non précieux - DSD+ACM	DA13	34,30	166,90	171,10	175,40
4) Empreinte par porte-empreinte individuel	DA21	8,30	40,40	41,40	42,40
5) Empreinte fonctionnelle, open mouth technic	DA22	27,55	134,10	137,40	140,90
6) Empreinte fonctionnelle, closed mouth technic - DSD+ACM	DA23	27,55	134,10	137,40	140,90
7) Dent prothétique	DA31	8,30	40,40	41,40	42,40
8) Dent contreplaquée (métal non précieux)	DA32	13,85	67,40	69,10	70,80
9) Facette or - DSD+ACM	DA33	8,30	40,40	41,40	42,40
10) Rétention par zone de décharge	DA35	5,45	26,50	27,20	27,90
11) Rétention par succion	DA36	8,30	40,40	41,40	42,40
12) Rétention par pesanteur, aimants, ressorts, implants ou résine molle - DSD+ACM	DA37	8,30	40,40	41,40	42,40
13) Ancienne dent remontée sur nouvelle base, par dent	DA41	6,60	32,10	32,90	33,70
14) Crochet simple, métal non précieux	DA42	8,80	42,80	43,90	45,00
15) Crochet de type compliqué, métal non précieux - DSD+ACM	DA43	8,80	42,80	43,90	45,00
16) Crochet de prothèse squelettique - DSD+ACM	DA44	8,80	42,80	43,90	45,00
17) Attachements - DSD+ACM	DA45	8,80	42,80	43,90	45,00
18) Réparation de fracture sur plaque base en matière plastique	DA51	11,00	53,50	54,90	56,20
19) Réparation de fracture sur plaque base en matière métallique (remontage en plus) - DSD	DA52	11,00	53,50	54,90	56,20
20) Réparation avec remplacement d'une dent artificielle cassée, d'un crochet ou d'une succion	DA53	11,00	53,50	54,90	56,20
21) Réparation avec remplacement de dents artificielles cassées, de crochets ou suctions, les suivantes, par unité	DA54	5,45	26,50	27,20	27,90
22) Adjonction d'une dent après empreinte	DA61	15,40	74,90	76,80	78,70
23) Adjonction de dents après empreinte, à partir de la deuxième dent, par dent	DA62	8,30	40,40	41,40	42,40
24) Adjonction d'un crochet simple après empreinte	DA63	16,55	80,50	82,60	84,60
25) Adjonction d'un crochet compliqué après empreinte - DSD	DA64	16,55	80,50	82,60	84,60
26) Remontage d'une dent prothétique	DA71	11,00	53,50	54,90	56,20
27) Remontage de dents prothétiques, à partir de la deuxième dent, par dent	DA72	5,45	26,50	27,20	27,90
28) Remontage par crochet	DA73	11,00	53,50	54,90	56,20
29) Rebasage partiel	DA74	16,95	82,50	84,60	86,70
30) Rebasage total	DA75	34,30	166,90	171,10	175,40

Chapitre 5 - Traitement non terminé pour prothèse adjointe

1) Empreinte par maxillaire	DA91	5,45	26,50	27,20	27,90
2) Empreinte individuelle par maxillaire	DA92	8,30	40,40	41,40	42,40
3) Empreinte fonctionnelle par maxillaire, open mouth technic	DA93	27,55	134,10	137,40	140,90
4) Empreinte fonctionnelle par maxillaire, closed mouth technic - DSD+ACM	DA94	27,55	134,10	137,40	140,90
5) Articulé	DA95	11,00	53,50	54,90	56,20
6) Essayage par maxillaire	DA96	8,30	40,40	41,40	42,40

Chapitre 6 - Prothèse conjoite

1) Couronne coulée	DB21	44,15	214,90	220,20	225,70
2) Couronne à facette - DSD+ACM	DB23	44,15	214,90	220,20	225,70
3) Couronne trois quarts	DB24	49,70	241,90	247,90	254,10
4) Couronne télescopique servant d'ancrage à une prothèse adjointe - DSD+ACM	DB25	52,95	257,70	264,10	270,70
5) Articulation, glissière ou construction similaire incorporée à une couronne ou un inlay servant d'ancrage à une prothèse adjointe - DSD+ACM	DB26	8,80	42,80	43,90	45,00
6) Inlay servant de pilier de bridge - DSD+ACM	DB28	13,25	64,50	66,10	67,70
7) Dent à pivot avec anneau radulaire (genre Richmond)	DB29	55,20	268,60	275,40	282,20
8) Dent à pivot en porcelaine ou résine massive (genre Davis)	DB30	38,65	188,10	192,80	197,60

- 9) Reconstitution sur inlay-pivot par couronne - DSD+ACM
- 10) Couronne jacket en résine
- 11) Couronne jacket en porcelaine - DSD+ACM
- 12) Rescellement d'une couronne, d'un inlay, d'une dent à pivot, d'une facette ou d'un bridge; par élément scellé
- 13) Descellement d'une couronne, d'une facette ou d'un bridge; par élément scellé
- 14) Descellement d'une dent à pivot ou d'un pivot radiculaire cassé - DSD
- 15) Réparation d'une prothèse conjointe, descellement et rescellement non compris - DSD
- 16) Remplacement d'une facette, scellement compris
- 17) Élément de bridge céramo-métallique - DSD+ACM
- 18) Élément de bridge barre (spring bridge)
- 19) Élément de bridge en métal massif
- 20) Élément de bridge en résine
- 21) Élément de bridge à facette ou dent à tube

Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
DB31	13,25	64,50	66,10	67,70
DB32	55,20	268,60	275,40	282,20
DB33	55,20	268,60	275,40	282,20
DB34	6,10	29,70	30,40	31,20
DB35	5,45	26,50	27,20	27,90
DB36	5,45	26,50	27,20	27,90
DB37	8,80	42,80	43,90	45,00
DB38	13,85	67,40	69,10	70,80
DB47	38,65	188,10	192,80	197,60
DB48	38,65	188,10	192,80	197,60
DB49	38,65	188,10	192,80	197,60
DB50	38,65	188,10	192,80	197,60
DB51	38,65	188,10	192,80	197,60

Chapitre 7 - Traitement non terminé pour prothèse conjointe

- 1) Décorticage pour couronne simple
- 2) Décorticage pour couronne jacket
- 3) Préparation pour dent à pivot

DB91	12,20	59,40	60,90	62,40
DB92	22,05	107,30	110,00	112,70
DB93	12,20	59,40	60,90	62,40

Chapitre 8 - Orthodontie

- 1) Moulages d'orthodontie fournis à la caisse
- 2) Examen de la position des dents avec moulages
- 3) Traitement de la malposition des dents par appareils divers, avant le début du traitement actif
- 4) Traitement de la malposition des dents par plan incliné concernant plus de deux dents, avant le début du traitement actif
- 5) Réduction de l'espace interdentaire par ligature ou par traction
- 6a) Traitement orthodontique, par appareil mobile, commencé avant l'âge de 17ans, première période de 6 mois, au placement de l'appareil - ACM
- 6b) Traitement orthodontique, par appareil mobile, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, à la fin de cette période - ACM
- 7) Traitement orthodontique, par appareil mobile, deuxième période de 9 mois, à la fin de cette période - ACM
- 8a) Traitement orthodontique, par appareil mobile, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; au 21e mois du traitement - ACM
- 8b) Traitement orthodontique, par appareil mobile, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; à la fin du traitement actif ou au 27e mois du traitement - ACM
- 9) Traitement orthodontique, par appareil mobile, pour fente labiale ou labio-maxillaire commencé avant l'âge de 17ans, forfait annuel, à la fin de la période annuelle - APCM
- 10a) Traitement orthodontique, par appareil fixe, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, au placement de l'appareil - DSD+ ACM
- 10b) Traitement orthodontique, par appareil fixe, commencé avant l'âge de 17ans, première période de 6 mois, à la fin de cette période - DSD+ ACM
- 11) Traitement orthodontique, par appareil fixe, deuxième période de 9 mois, à la fin de cette période - DSD + ACM
- 12a) Traitement orthodontique, par appareil fixe, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; au 21e mois du traitement - DSD + ACM
- 12b) Traitement orthodontique, par appareil fixe, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; à la fin du traitement actif ou au 27e mois du traitement - DSD + ACM
- 13) Traitement orthodontique, par appareil fixe, pour fente labiale ou labio-maxillaire commencé avant l'âge de 17 ans, forfait annuel, à la fin de la période annuelle - APCM
- 14) Contention d'un groupe de dents à hémiarcade après traitement orthodontique
- 15) Contention d'une arcade complète après traitement orthodontique

DT10	5,65	27,50	28,20	28,90
DT11	13,85	67,40	69,10	70,80
DT21	71,85	349,70	358,40	367,40
DT22	84,40	410,70	421,00	431,50
DT23	84,40	410,70	421,00	431,50
DT31	83,45	406,10	416,30	426,70
DT32	83,40	405,90	416,00	426,40
DT33	104,85	510,30	523,00	536,10
DT34	94,50	459,90	471,40	483,20
DT35	94,45	459,70	471,20	482,90
DT36	200,00	973,30	997,70	1022,60
DT41	83,45	406,10	416,30	426,70
DT42	83,40	405,90	416,00	426,40
DT43	104,85	510,30	523,00	536,10
DT44	94,50	459,90	471,40	483,20
DT45	94,45	459,70	471,20	482,90
DT46	200,00	973,30	997,70	1022,60
DT61	66,15	321,90	330,00	338,20
DT62	110,40	537,30	550,70	564,50

Chapitre 9 - Radiodiagnostic

- 1) Radiographie dentaire, film et location d'appareil compris, première radiographie - CAC
- 2) Radiographie dentaire, film et location d'appareil compris, radiographies suivantes, par film
- 3) Téléradiographie de la face (face ou profil) avec mesure céphalométrique, par cliché
- 4) Location d'appareil
- 5) Orthopantomographie
- 6) Location d'appareil
- 7) Radiographie d'une articulation temporo-mandibulaire
- 8) Location d'appareil
- 9) Film 9/13

DN11	5,45	26,50	27,20	27,90
DN12	2,80	13,60	14,00	14,30
DN13	4,30	20,90	21,50	22,00
DN13X	7,65	37,20	38,20	39,10
DN14	5,80	28,20	28,90	29,70
DN14X	7,65	37,20	38,20	39,10
DN15	12,00	58,40	59,90	61,40
DN15X	7,65	37,20	38,20	39,10
DN20M	0,85	4,10	4,20	4,30

- 10) Film 12/30 à 15/34
- 11) Film 18/24
- 12) Film 24/30

Chapitre 10 - Prestations réservées à l'assurance accident

- 1) Reconstitution large d'une dent sur pivot - DSD
- 2) Reconstitution d'un angle en résine sur le groupe incisivo-canin - DSD
- 3) Prothèse à squelette en métal non précieux - DSD + ACM
- 4) Crochet de type compliqué, métal non précieux - DSD + ACM
- 5) Couronne à facette - DSD + ACM
- 6) Couronne télescopique servant d'ancrage à une prothèse adjointe - DSD + ACM
- 7) Inlay servant de pilier de bridge - DSD + ACM
- 8) Reconstitution sur inlay-pivot par couronne - DSD + ACM

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif 1</u>	<u>Tarif 2</u>	<u>Tarif 3</u>
DN25M	1,20	5,80	6,00	6,10
DN30M	1,30	6,30	6,50	6,60
DN40M	1,80	8,80	9,00	9,20
DW18	14,85	72,30	74,10	75,90
DW19	26,14	127,20	130,40	133,70
DW20	106,93	520,40	533,40	546,70
DW21	11,88	57,80	59,30	60,70
DW23	112,87	549,30	563,00	577,10
DW25	93,26	453,90	465,20	476,80
DW28	20,20	98,30	100,80	103,30
DW31	20,20	98,30	100,80	103,30

Modifications portées au règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°118 du 30.12.1998, p. 3132)

Règlement grand-ducal du 1er août 2001 relatif au basculement en euro le 1er janvier 2002 et modifiant certaines dispositions réglementaires
(Mémorial A – N°117 du 18.09.2001, p. 2449)

Règlement grand-ducal du 14 décembre 2001 modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°151 du 27.12.2001, p. 3281)

Règlement grand-ducal du 28 novembre 2003 modifiant

- 1) le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins
 - 2) le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes
- (Mémorial A – N°177 du 12.12.2003, p. 3588)

Règlement grand-ducal du 18 août 2011 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie et le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°195 du 12.09.2011, p. 3548)