



Exposé des motifs et commentaire d'articles

Les adaptations au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1^{er} « Médecine générale », section 6 « Gastro-entérologie », chapitre 3 « Oto-Rhino-Laryngologie » et chapitre 6 « Gynécologie » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (ci-après « Nomenclature ») s'imposent afin de mieux décrire la pratique médico-chirurgicale actuelle et de permettre une tarification qui reflète effectivement les prestations réalisées.

L'introduction de nouveaux actes doit accompagner l'évolution des techniques et des pratiques en mettant l'accent sur le respect des derniers standards et acquis scientifiques, la prise en compte des facteurs temps, difficulté intellectuelle et/ou technique, risque et pénibilité et des orientations en matière de services de santé publique, de permanence et de garde, et aussi dans l'optique de maintenir l'attractivité de l'exercice hospitalier et extrahospitalier de la médecine.

Au regard de l'article 65, alinéa 13 du Code de la sécurité sociale prévoyant que : « *La modification du coefficient d'un acte ou service figurant dans la nomenclature doit intervenir avant le 1^{er} décembre et ne prend effet que le 1^{er} janvier de l'exercice suivant. [...] »*, l'entrée en vigueur est à prévoir pour le 1^{er} janvier 2025 pour le présent projet de règlement grand-ducal.

Modifications relatives aux actes en matière de Gynécologie-Obstétrique

La nomenclature de Gynécologie-Obstétrique n'a pas suivi les évolutions techniques et médicales des dernières années et ne reprend donc pas certains actes réalisés en pratique courante. Une révision intégrale s'avère donc nécessaire.

L'introduction d'un nouvel article 15*bis* au niveau de la Nomenclature s'avère nécessaire afin de mettre en place une maîtrise médicalisée des dépenses de l'assurance maladie-maternité lorsqu'un acte, repris au tableau des actes et services de la Nomenclature, deuxième partie « Actes techniques », Chapitre 6 « Gynécologie », implique l'utilisation d'un appareil pour lequel une mise en compte de frais est prévue.

Pour l'utilisation d'un appareil dans le cadre décrit ci-dessus, l'article 65, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale prévoit la possibilité de fixer un forfait au niveau de la Nomenclature. Un tel forfait doit tenir compte des frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil.

Lors de la réunion de médiation du 27 novembre 2023 dans le cadre d'absence d'accord sur l'adaptation de la lettre-clé pour les exercices 2023 et 2024 pour les actes et services des médecins, la Caisse nationale de santé et l'Association des médecins et médecins-dentistes se



sont engagées à procéder à la mise en place de forfaits adaptés aux frais directs et indirects résultant de l'utilisation d'appareils par les médecins spécialistes en gynécologie et obstétrique; et ceci conformément au protocole d'accord signé le 25 novembre 2020 en exécution de l'article 68 de la convention du 13 décembre 1993, telle qu'elle a été amendée, conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé, portant fixation de la valeur de la lettre-clé pour les exercices 2021 et 2022 pour les actes et services des médecins.

Cette forme de régulation des dépenses est un corollaire de l'article 23 du Code de la sécurité sociale étant donné que les médecins sont déjà tenus de veiller à ce que les prestations à charge de l'assurance maladie soient « *faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale* ».

La rémunération des médecins se décompose d'une part d'un tarif résultant d'un acte technique désigné par la lettre-clé et un coefficient, et d'autre part d'un forfait pour frais d'utilisation d'appareil à l'aide duquel l'acte a été réalisé.

Les modalités de calcul du forfait pour frais d'utilisation d'appareil prennent en compte les frais directs et les frais indirects. Par frais, on vise notamment les coûts de l'équipement principal de l'appareil, les coûts de maintenance correctrice et évolutive, les coûts des consommables et les frais liés à l'archivage des résultats délivrés par l'appareil.

Le forfait de frais d'utilisation d'appareil permet de tenir compte des progrès médicaux et techniques réels relatifs aux appareils existant sur le marché tout en respectant l'article 23 du Code de la sécurité sociale qui exclut tout effet de rente.

L'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2025 vise aussi à permettre une entrée en vigueur simultanée avec les modifications nécessaires au niveau de la convention du 13 décembre 1993, telle qu'elle a été amendée, conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé et au niveau des statuts de la Caisse nationale de santé.

Modifications relatives aux actes en matière de Gastro-Entérologie

L'ajout de l'article 15^{ter} à la Nomenclature permet d'élargir la maîtrise médicalisée des dépenses de l'assurance maladie-maternité aux actes, repris au tableau des actes et services de la Nomenclature, deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1^{er} « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 6 « Gastro-Entérologie », qui impliquent l'utilisation d'un appareil pour lequel une mise en compte de frais est prévue.

Pour l'utilisation d'un appareil dans le cadre décrit ci-dessus, l'article 65, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale prévoit la possibilité de fixer un forfait au niveau de la Nomenclature. Un tel forfait doit tenir compte des frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil.



La rémunération des médecins se décompose d'une part d'un tarif résultant d'un acte technique désigné par la lettre-clé et un coefficient, et d'autre part d'un forfait pour frais d'utilisation d'appareil à l'aide duquel l'acte a été réalisé.

Les modalités de calcul du forfait pour frais d'utilisation d'appareil prennent en compte les frais directs et les frais indirects. Par frais, on vise notamment les coûts de l'équipement principal de l'appareil, les coûts de maintenance correctrice et évolutive, les coûts des consommables et les frais liés à l'archivage des résultats délivrés par l'appareil.

Le forfait pour frais d'utilisation d'appareil permet de tenir compte des progrès médicaux et techniques réels relatifs aux appareils existant sur le marché tout en respectant l'article 23 du Code de la sécurité sociale.

Afin de garantir une homogénéité des forfaits pour frais d'utilisation d'appareils pour les différents médecins spécialistes, le contenu de l'article 15*bis* rédigé en faveur des médecins spécialistes en gynécologie et obstétrique est élargi aux médecins spécialistes en gastro-entérologie.

En ce qui concerne les codes LRE12 et LRE13 de la nouvelle sous-section 7 « Endoscopie digestive basse thérapeutique », les dispositions de l'article 9 relatif au cumul de plusieurs actes techniques ne s'appliquent pas afin d'assurer la qualité de la prise en charge médicale des patients.

Les actes techniques actuels de gastro-entérologie, c'est-à-dire autres que les consultations et forfaits hospitaliers, n'ont pas suivi les évolutions techniques et médicales des dernières années et ne reprennent donc pas certains actes devenus courants. Une révision intégrale s'avère donc nécessaire.

Modifications relatives aux actes en matière d'Oto-Rhino-Laryngologie

Les actes techniques actuels d'Oto-Rhino-Laryngologie, c'est-à-dire autres que les consultations et forfaits hospitaliers, n'ont pas suivi les évolutions techniques et médicales des dernières années et ne reprennent donc pas certains actes devenus courants tels que les implants. Une révision intégrale s'avère donc nécessaire.



Projet de règlement grand-ducal 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

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu l'article 65, alinéa 7 du Code de la sécurité sociale ;

Vu les avis de la Chambre de commerce, de la Chambre des salariés, de la Chambre des métiers, de la Chambre d'agriculture et de la Chambre des fonctionnaires et employés publics ;

Vu l'avis du Collège médical ;

Considérant les recommandations circonstanciées de la Commission de nomenclature du 1^{er} janvier 2024 et du 3 juillet 2024 ;

Le Conseil d'État entendu ;

Sur le rapport de la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, et après délibération du Gouvernement en conseil ;

Arrêtons :

Art. 1^{er}. 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 est modifié comme suit :

1° L'article 2 est modifié comme suit :

- a) À l'alinéa 2, première phrase, les termes « Oto-Rhino-Laryngologie – Stomatologie – Chirurgie maxillo-faciale – Médecine dentaire » sont remplacés par les termes « Stomatologie - Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire ».
- b) L'alinéa 3 est modifié comme suit :
 - i) Au point 4, le signe de ponctuation à la fin de phrase est supprimé.
 - ii) À la suite du point 4, il est inséré un nouveau point 5 qui prend la teneur suivante :
« GUE11, GUD11, GUP11, GUA11, GUA12, GUA13 de la sous-section 2 de la section 3 du chapitre 3 de la deuxième partie de l'annexe. »



2° À l'article 8, alinéa 1^{er}, première phrase, les termes « ou la remarque relative à l'acte » sont insérés entre les termes « sauf si le libellé de l'acte » et les termes « exclut expressément ».

3° À l'article 9, alinéa 5, la deuxième phrase est supprimée.

4° Après l'article 15 sont insérés un nouvel article 15*bis* et un nouvel article 15*ter*, libellés comme suit :

« Art. 15*bis*. Par dérogation à l'article 15, les forfaits pour frais d'utilisation d'appareil du Chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services ne peuvent être mis en compte que lorsqu'un acte du Chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services implique l'utilisation de cet appareil. La mise en compte des forfaits pour frais d'utilisation d'appareil n'est possible que pour les appareils installés en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question et déclarés à la Caisse nationale de santé par le médecin ou l'association.

Ces forfaits englobent les frais d'amortissement et les frais de fonctionnement de l'appareil installé, dont notamment l'équipement principal, la maintenance correctrice et évolutive, les consommables et les frais liés à l'archivage des résultats délivrés par l'appareil.

Le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil varie en fonction de la classe à laquelle appartient l'appareil installé, de la date de la première prestation résultant de l'utilisation de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, du nombre d'actes effectués et d'un seuil d'activité de référence.

Les seuils d'activité de référence doivent être appliqués par tranche de 12 mois. Le seuil d'activité de référence ainsi que les montants plein ou réduit y relatifs, retenus par classe d'appareil, sont fixés au Chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services.

Afin de déterminer l'activité réelle annuelle, le décompte du nombre d'actes débute, pour une année X, le jour de la mise en compte du premier acte réalisé à l'aide de l'appareil installé et dont la prise en charge par l'assurance maladie est demandée, et s'achève au 31 décembre de la même année X.

Tant que l'appareil n'est pas amorti et que l'activité réelle annuelle est inférieure ou égale au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil est mis en compte.

Dès que l'activité réelle annuelle dépasse le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil doit être appliqué, que l'appareil soit amorti ou non.



Dès que l'appareil est considéré comme amorti, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil s'applique.

La durée de l'amortissement des appareils est calculée sur cinq ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie.

Par dérogation à l'alinéa précédent, la durée de l'amortissement des appareils peut être prolongée jusqu'à sept ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, tant que pour au moins cinq ans sur cette période maximale de sept ans révolus, l'activité annuelle réelle est inférieure au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé et à condition que le nombre de forfaits à montant plein pris en charge par l'assurance maladie reste inférieur à cinq fois le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé.

Le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil ne tient compte que des frais de fonctionnement de l'appareil de sorte que les frais d'amortissement de l'appareil ne puissent plus être mis en compte.

L'article 8, alinéa 1^{er} et l'article 9 ne s'appliquent pas au forfait pour frais d'utilisation d'appareil de sorte que le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil se cumule avec tout autre acte technique autorisé.

L'intégralité du présent article 15*bis* ne s'applique qu'au Chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services.

Art. 15*ter*. Par dérogation à l'article 15, les forfaits pour frais d'utilisation d'appareil du chapitre 1^{er} « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 6 « Hépato-Gastro-Entérologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services ne peuvent être mis en compte que lorsqu'un acte du chapitre 1^{er} « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 6 « Hépato-Gastro-Entérologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services implique l'utilisation de cet appareil. La mise en compte des forfaits pour frais d'utilisation d'appareil n'est possible que pour les appareils installés en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question et déclarés à la Caisse nationale de santé par le médecin ou l'association.

Ces forfaits englobent les frais d'amortissement et les frais de fonctionnement de l'appareil installé, dont notamment l'équipement principal, la maintenance corrective et évolutive, les consommables et les frais liés à l'archivage des résultats délivrés par l'appareil.

Le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil varie en fonction de la classe à laquelle appartient l'appareil installé, de la date de la première prestation résultant de l'utilisation de



l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, du nombre d'actes effectués et d'un seuil d'activité de référence.

Les seuils d'activité de référence doivent être appliqués par tranche de 12 mois. Le seuil d'activité de référence ainsi que les montants plein ou réduit y relatifs, retenus par classe d'appareil, sont fixés au chapitre 1^{er} « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 6 « Hépato-Gastro-Entérologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services.

Afin de déterminer l'activité réelle annuelle, le décompte du nombre d'actes débute, pour une année X, le jour de la mise en compte du premier acte réalisé à l'aide de l'appareil installé et dont la prise en charge par l'assurance maladie est demandée, et s'achève au 31 décembre de la même année X.

Tant que l'appareil n'est pas amorti et que l'activité réelle annuelle est inférieure ou égale au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil est mis en compte.

Dès que l'activité réelle annuelle dépasse le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil doit être appliqué, que l'appareil soit amorti ou non.

Dès que l'appareil est considéré comme amorti, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil s'applique.

La durée de l'amortissement des appareils est calculée sur cinq ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie.

Par dérogation à l'alinéa précédent, la durée de l'amortissement des appareils peut être prolongée jusqu'à sept ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, tant que pour au moins cinq ans sur cette période maximale de sept ans révolus, l'activité annuelle réelle est inférieure au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé et à condition que le nombre de forfaits à montant plein pris en charge par l'assurance maladie reste inférieur à cinq fois le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé.

Le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil ne tient compte que des frais de fonctionnement de l'appareil de sorte que les frais d'amortissement de l'appareil ne puissent plus être mis en compte.

L'article 8, alinéa 1^{er} et l'article 9 ne s'appliquent pas au forfait pour frais d'utilisation d'appareil de sorte que le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil se cumule avec tout autre acte technique autorisé.



L'intégralité du présent article 15^{ter} ne s'applique qu'au chapitre 1^{er} « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 6 « Hépato-Gastro-Entérologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services. »

5° L'article 17 est modifié comme suit :

a) Les alinéas suivants sont insérés après l'alinéa 4 :

« Les actes prévus aux sections 3 et 4 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent pas être mis en compte par les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique.

Les actes prévus aux sous-sections 1^{re} et 2 de la section 3 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent pas être mis en compte par les médecins spécialistes en gastro-entérologie.

Les actes prévus aux sous-sections 1^{re} et 2 de la section 3 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent pas être mis en compte par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie. »

b) L'ancien alinéa 5 devient l'alinéa 8 nouveau.

6° L'article 19 est modifié comme suit :

a) À l'alinéa 1^{er}, la première phrase est modifiée comme suit :

« Par forfaits d'accouchement on entend les actes prévus à la sous-section 5 intitulée « Actes obstétricaux pendant le travail et l'accouchement » de la section 1 intitulée « Obstétrique » du Chapitre 6 intitulé « Gynécologie » de la deuxième partie intitulée « Actes techniques », à l'exception de l'acte relatif à la tentative de déclenchement du travail par moyen médicamenteux ou mécanique. »

b) L'alinéa 2 prend la teneur suivante :

« Sont compris dans ces forfaits les actes nécessaires le jour de l'accouchement, sauf l'acte relatif à la tentative de déclenchement du travail par moyen médicamenteux ou mécanique et les actes énumérés à la sous-section 6 intitulée « Traitement des complications immédiates de l'accouchement », de la section 1 intitulée « Obstétrique » du Chapitre 6 intitulé « Gynécologie » de la deuxième partie intitulée « Actes techniques ». »

Art. 2. Au tableau des actes et services à la première partie « Actes généraux » du même règlement, le chapitre 1^{er} « Consultations » est modifié comme suit :



1° À la section 1^{re} « Consultations normales », les coefficients des actes des positions 4), 14) et 17) sont modifiés comme suit :

«

Position	Libellé	Code	Coeff.
4)	Consultation du médecin spécialiste en gastro-entérologie	C4	9,05
14)	Consultation du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique	C14	13,26
17)	Consultation du médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie	C17	9,24

»

2° La section 2 « Consultations majorées » est modifiée comme suit :

a) Le coefficient de l'acte de la position 2 est modifié comme suit :

«

Position	Libellé	Code	Coeff.
2)	Consultation majorée du médecin spécialiste en gastro-entérologie	C31	15,57

»

b) Il est ajouté un nouvel acte prenant la teneur suivante :

«

Position	Libellé	Code	Coeff.
14)	Consultation majorée du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique	C43	17,40

»

Art. 3. Au tableau des actes et services à la première partie « Actes généraux », chapitre 4 « Traitement hospitalier », section 6 « Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs par le médecin anesthésiste-réanimateur », 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) », du même règlement, à la remarque, les termes « 6G83, 6G94 » sont remplacés par les termes « NNA21, NNA22, NNC21, NNC22, NLA26, NLA27, NLC28 et NLC29 » et les termes « 3L72 à 3L77, 3L91 » sont remplacés par les termes « GVP11, GZQ12, GZQ13, GWA11, GWA12, GXA12 ».

Art. 4. Au tableau des actes et services à la première partie « Actes généraux », chapitre 6 « Examens à visée préventive et de dépistage » du même règlement, la section 1^{ère}



« 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 » est modifiée comme suit :

1° L'intitulé prend la teneur suivante :

« Section 1^{re} – Examens prénatals de la femme et examens des enfants jusqu'à l'âge de deux ans, tels que prévus par les articles 276 à 283 du chapitre IV intitulé « Allocation de naissance » du livre IV intitulé « Prestations familiales et indemnités de congé parental » du Code de la sécurité sociale »

2° La sous-section 1^{re} « Examens prénatals » prend la teneur suivante :

«

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Forfait pour le 1 ^{er} des cinq examens prévus au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale et effectué par le médecin habilité à cet effet par la loi avant la fin du 3 ^e mois de la grossesse, échographie de datation comprise, comportant la remise du carnet dûment complété	E2	25,90
2)	Forfait pour le 2 ^{ème} des cinq examens prévus au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale (au plus tard dans la deuxième quinzaine du 4 ^e mois de grossesse)	E3	21,75
3)	Forfait pour le 3 ^{ème} des cinq examens prévus au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale (au cours du 6 ^e mois de grossesse)	E4	21,75
4)	Forfait pour le 4 ^{ème} des cinq examens prévus au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale (dans les 15 premiers jours du 8 ^e mois de grossesse)	E5	21,75
5)	Forfait pour le 5 ^{ème} des cinq examens prévus au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale (dans les 15 premiers jours du 9 ^e mois de grossesse)	E6	21,75



REMARQUE :

1) Par dérogation à l'article 10, alinéa 1^{er}, point 1), les codes E2 à E6 (positions 1 à 5) ne sont pas cumulables avec les actes techniques. »

3° La sous-section 2 « Examen postnatal » est modifiée comme suit :

«

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Forfait pour l'examen réalisé dans les dix semaines qui suivent l'accouchement, mais au plus tôt après l'expiration des deux premières semaines qui suivent l'accouchement, tel que prévu au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale	E7	17,40

REMARQUE :

1) Par dérogation à l'article 10, alinéa 1^{er}, point 1), le code E7 (position 1) n'est pas cumulable avec les actes techniques. »

Art. 5. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques » du même règlement, le chapitre 1^{er} « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales » est modifié comme suit :

1° À la section 5 « Neurologie, psychiatrie et algologie », la sous-section 1^{re} « Neurologie » est modifiée comme suit :

- a) La position 18) est supprimée.
- b) Les actuelles positions 19) à 27) deviennent les positions 18) à 26) nouvelles.
- c) À la deuxième remarque, les termes « , 1N37 » sont supprimés.

2° La section 6 « Gastro-Entérologie » est remplacée comme suit :

« Section 6 – Hépatogastro-Entérologie

Sous-section 1^{re} - Explorations fonctionnelles

Position	Libellé	Code	Coeff.
----------	---------	------	--------



1)	Mesure de la production respiratoire d'isotope stable ou d'hydrogène, maximum quatre mesures	LFQ11	11,65
2)	Mesure de la production respiratoire d'isotope stable ou d'hydrogène, à partir de cinq mesures	LFQ12	18,67
3)	Manométrie oesophagienne haute résolution avec ingestion de liquides et/ou de solides	LBD11	46,68
4)	Manométrie ano-rectale	LBD12	64,16
5)	Manométrie ano-rectale haute résolution	LBD13	64,16
6)	PH-métrie oesophagienne ou gastrique d'une durée supérieure à 12 heures, avec épreuves de provocation éventuelles	LAD11	42,45
7)	PH-métrie oesophagienne avec impédancemétrie	LAD12	49,07
8)	PH-métrie oesophagienne avec mise en place d'une vidéocapsule	LAD13	106,10

REMARQUES :

- 1) Les codes LFQ11 et LFQ12 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes LBD12 et LBD13 (positions 4 et 5) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes LAD11, LAD12 et LAD13 (positions 6 à 8) ne sont pas cumulables entre eux.

Sous-section 2 - Endoscopie haute diagnostique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Oesophago (fibro) scopie exploratrice	LDE11	9,36
2)	Oesophagoscopie avec une ou plusieurs biopsie(s)	LGE11	14,05
3)	Oesophagogastroduodéoscopie sans biopsie	LDE12	21,10
4)	Oesophagogastroduodéoscopie avec biopsie(s), maximum cinq biopsies, y compris cytologie ou coloration vitale ou chromoendoscopie virtuelle	LGE12	39,19
5)	Oesophagogastroduodéoscopie avec six biopsies ou plus pour étude d'un état pré-néoplasique, y compris cytologie ou coloration vitale ou chromoendoscopie virtuelle	LGE13	57,95

REMARQUE :

- 1) Les codes LDE11 à LGE13 (positions 1 à 5) ne sont pas cumulables entre eux.

Sous-section 3 - Endoscopie haute thérapeutique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Oesogastroduodéoscopie avec extraction de corps étrangers	LZE11	51,67
2)	Oesogastroduodéoscopie avec dilatation de sténose	LZE12	58,28
3)	Oesogastroduodéoscopie avec polypectomie	LZE13	63,87



4)	Oesogastroduodénoscopie avec sclérothérapie de varices	LNE11	63,87
5)	Oesogastroduodénoscopie avec ligature(s) de varices	LNE12	63,87
6)	Oesogastroduodénoscopie avec mise en place de clips hémostatiques ou d'électrocoagulation de tumeurs	LNE13	51,67
7)	Oesogastroduodénoscopie avec résection de tumeur oesophagienne, gastrique ou duodénale par résection muqueuse endoscopique (EMR), y compris coloration, marquage, résection large et hémostase	LZE14	116,10
8)	Oesogastroduodénoscopie avec dissection sous-muqueuse oesophagienne, gastrique ou duodénale, y compris coloration, marquage, résection large et hémostase	LZE15	241,31
9)	Oesogastroduodénoscopie avec résection trans pariétale d'une lésion, y compris marquage, résection avec fermeture immédiate et hémostase	LZE16	180,15
10)	Oesogastroduodénoscopie avec traitement endoscopique de perforations digestives supérieures	LZE17	125,65
11)	Oesogastroduodénoscopie avec mise en place d'un drainage par éponge, sous aspiration, pour le traitement de fistules oesophagiennes	LNE14	106,10
12)	Oesogastroduodénoscopie avec ablation par radiofréquence de lésions pré-néoplasiques de l'œsophage	LNE15	103,72
13)	Oesogastroduodénoscopie et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies	LZE18	84,28
14)	Oesogastroduodénoscopie avec drainage kysto-digestif	LTE11	145,57
15)	Oesogastroduodénoscopie avec nécrosectomie pancréatique, par séance	LTE12	145,57
16)	Extraction ou changement de sonde PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) à ballonnet, avec ou sans dilatation, sans endoscopie	LPF11	18,73
17)	Oesophagogastrroduodénoscopie avec mise en place d'une sonde d'alimentation ou décompression jéjunale	LQE11	84,28
18)	Oesophagogastrroduodénoscopie avec mise en place de PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) en sonde jéjunale de type JET-PEG (jejunal tube through PEG)	LQE12	85,05
19)	Oesogastroduodénoscopie avec mise en place d'une prothèse au niveau du tractus digestif supérieur, dilatation comprise	LNE17	84,28
20)	Gastrostomie ou jéjunostomie percutanée, par voie endoscopique	LZE19	72,00
21)	Gastrostomie ou jéjunostomie percutanée, par voie endoscopique, avec gastropexie	LZE21	106,10
22)	Oesophagogastrroduodénoscopie avec myotomie endoscopique (POEM : Per Oral Endoscopic Myotomy)	LNE18	241,31



23)	Oesophagogastroduodénoscopie avec dilatation pneumatique d'une achalasie	LNE19	94,85
24)	Oesophagogastroduodénoscopie avec traitement d'un diverticule de Zenker	LNE21	130,83
25)	Oesophagogastroduodénoscopie avec myotomie du pylore	LPE12	241,31
26)	Traitement endoscopique du Buried bumper	LPE13	143,75
27)	Abrasion et resurfaçage de la muqueuse duodénale, par voie endoscopique	LPE14	129,09

REMARQUE :

- 1) Les codes LZE11 à LPE14 (positions 1 à 27) ne sont cumulables ni avec un autre code de la présente sous-section, ni avec le code LDE22 (position 1) de la sous-section 8 (Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) diagnostique) ni avec les codes LTE13 à LTE21 (positions 1 à 8) de la sous-section 9 (Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) thérapeutique).

Sous-section 4 - Entéroskopie diagnostique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéocapsule ingérée	LDE13	91,34
2)	Entéroskopie haute à l'aide d'un entéroscope dédié, sans biopsie	LDE14	90,02
3)	Entéroskopie haute à l'aide d'un entéroscope dédié, biopsie(s) comprise(s)	LGE14	90,02
4)	Entéroskopie basse à l'aide d'un entéroscope dédié, sans biopsie	LDE15	90,02
5)	Entéroskopie basse à l'aide d'un entéroscope dédié, biopsie(s) comprise(s)	LGE15	90,02

REMARQUES :

- 1) Le code LDE13 (position 1) n'est pas cumulable avec un autre code de la présente sous-section.
- 2) Les codes LDE14 et LGE14 (positions 2 et 3) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes LDE15 et LGE15 (positions 4 et 5) ne sont pas cumulables entre eux.

Sous-section 5 - Entéroskopie thérapeutique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Entéroskopie haute à l'aide d'un entéroscope dédié avec acte thérapeutique : coagulation, polypectomie	LQE13	106,10
2)	Entéroskopie basse à l'aide d'un entéroscope dédié avec acte thérapeutique : coagulation, polypectomie	LQE14	106,10



Sous-section 6 - Endoscopie digestive basse diagnostique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Anuscopie - CAC	LWD16	9,36
2)	Rectoscopie exploratrice avec rectoscope rigide, sans biopsie	LDE16	13,50
3)	Rectoscopie avec rectoscope rigide et biopsie(s)	LGE16	18,18
4)	Colofibrosopie du côlon gauche, y compris la rectosigmoïdoscopie, sans biopsie	LDE17	28,11
5)	Colofibrosopie du côlon gauche avec biopsie(s)	LGE17	33,51
6)	Colofibrosopie totale, sans biopsie	LDE18	50,55
7)	Colofibrosopie totale avec chromoendoscopie et jusqu'à dix biopsies	LGE18	55,75
8)	Colofibrosopie totale avec chromoendoscopie et biopsies étagées, à partir de onze biopsies	LGE19	60,71
9)	Colofibrosopie du côlon gauche, y compris la rectosigmoïdoscopie, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LDE19	42,83
10)	Colofibrosopie du côlon gauche avec biopsie, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LGE21	54,09
11)	Colofibrosopie totale, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LDE21	71,16
12)	Colofibrosopie totale avec biopsie, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LGE22	77,76

REMARQUE :

- 1) Les codes LDE16 à LGE22 (positions 2 à 12) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec les codes LRE14 à LRE25 (positions 8 à 18) de la sous-section 7 (Endoscopie digestive basse thérapeutique).

Sous-section 7 - Endoscopie digestive basse thérapeutique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Traitement de la fistule anale au fil de nylon, première séance, par période de six mois	LWD17	18,73
2)	Traitement de la fistule anale au fil de nylon, séance suivante	LWD18	16,40
3)	Traitement de la fistule anale avec injection de cellules souches	LWD19	74,88
4)	Pose d'une ligature élastique sur une hémorroïde par séance	LWD21	14,08
5)	Hémostase lors d'une colofibrosopie	LRE11	23,44



6)	Résection endoscopique d'un polype à l'anse froide ou diathermique, par polype, avec récupération du polype	LRE12	16,44
7)	Résection endoscopique d'un polype pédiculé > 10 mm avec traitement du pédicule, par polype	LRE13	21,08
8)	Colofibroscope du côlon gauche avec une des interventions suivantes : extraction de corps étrangers, mise en place d'une sonde, dilatation endoscopique	LRE14	58,28
9)	Colofibroscope totale avec une des interventions suivantes : extraction de corps étrangers, mise en place d'une sonde, dilatation endoscopique	LRE15	84,28
10)	Colofibroscope partielle ou totale avec mise en place d'une prothèse, y compris la dilatation endoscopique	LRE16	116,10
11)	Colofibroscope partielle ou totale avec résection de tumeur colique ou iléale par résection muqueuse endoscopique (EMR), y compris coloration, marquage, résection large et hémostase	LRE17	95,56
12)	Colofibroscope partielle ou totale avec dissection sous-muqueuse (ESD : Endoscopic Submucosal Dissection), y compris coloration, marquage, résection large et hémostase	LRE18	296,91
13)	Colofibroscope partielle ou totale avec résection transpariétale, y compris marquage, résection et fermeture simultanée par clips OTSC (Over The Scope)	LRE19	241,31
14)	Colofibroscope partielle ou totale avec traitement endoscopique de perforations digestives basses	LRE21	125,65
15)	Colofibroscope partielle ou totale avec mise en place d'un drainage par éponge, sous aspiration, pour le traitement de fistules anastomotiques	LRE22	84,28
16)	Colofibroscope de décompression avec pose d'une sonde de décompression	LRE23	84,28
17)	Colofibroscope du côlon gauche avec une des interventions suivantes : polypectomie et/ou résection de tumeurs, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LRE24	64,28
18)	Colofibroscope totale avec une des interventions suivantes: polypectomie et/ou résection de tumeurs, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LRE25	88,95

REMARQUES :

- 1) Le code LWD17 (position 1) ne peut être mis en compte qu'une seule fois sur une période de 6 mois, pour un même patient.
- 2) Le code LWD18 (position 2) ne peut être mis en compte que pendant une période de 6 mois à compter de la mise en compte du code LWD17 (position 1).



- 3) Les codes LWD17 à LWD19 (positions 1 à 3) ne sont pas cumulables entre eux.
- 4) Le code LWD21 (position 4) n'est cumulable à plein tarif qu'avec le code LWD16.
- 5) Le code LRE11 (position 5) n'est cumulable à plein tarif qu'avec le code LDE17, LGE17, LDE18, LGE18, LGE19, LDE19, LGE21, LDE21, LGE22, LRE14, LRE15, LRE16, LRE17, LRE18, LRE19, LRE21, LRE22, LRE23, LRE24 ou LRE25.
- 6) Le code LRE12 (position 6) ne peut être mis en compte qu'avec le code LDE17, LGE17, LDE18, LGE18, LGE19, LDE19, LGE21, LDE21, LGE22, LRE14, LRE15, LRE16, LRE17, LRE18, LRE19, LRE21, LRE22, LRE23, LRE24 ou LRE25.
- 7) Le code LRE12 (position 6) n'est pas soumis aux dispositions de l'article 9, alinéa 1^{er}.
- 8) Le code LRE13 (position 7) ne peut être mis en compte qu'avec le code LDE17, LGE17, LDE18, LGE18, LGE19, LDE19, LGE21, LDE21, LGE22, LRE14, LRE15, LRE16, LRE17, LRE18, LRE19, LRE21, LRE22, LRE23, LRE24 ou LRE25.
- 9) Le code LRE13 (position 7) n'est pas soumis aux dispositions de l'article 9, alinéa 1^{er}.
- 10) Les codes LRE14 à LRE25 (positions 8 à 18) ne sont pas cumulables entre eux.

Sous-section 8 - Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) diagnostique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) exploratrice	LDE22	71,07

REMARQUE :

- 1) Le code LDE22 (position 1) n'est cumulable ni avec un code de la sous-section 3 - Endoscopie haute thérapeutique, ni avec un code de la sous-section 9 - Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) thérapeutique.

Sous-section 9 - Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) thérapeutique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec sphinctérotomie et/ou biopsie(s)	LTE13	85,89
2)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec sphinctérotomie et/ou biopsie(s) sur terrain "atypique" (bypass, gastrectomie...)	LTE14	145,57
3)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec extraction de calculs (sphinctérotomie, sonde de Dormia, cathéter à ballonnet, lithotritie mécanique, dilatation)	LTE15	105,07
4)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec drainage temporaire par sonde ou mise en place d'une prothèse	LTE16	128,65
5)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec drainage temporaire par sonde ou mise en place de deux ou plusieurs prothèses	LTE17	151,95



6)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec résection de lésions pré-néoplasiques et néoplasiques de la papille	LTE18	145,57
7)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec cholangioscopie/pancréaticoscopie directe, y compris une ou plusieurs biopsie(s)	LTE19	126,46
8)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec cholangioscopie/pancréaticoscopie directe avec lithotritie, électro-hydraulique ou laser	LTE21	196,22

REMARQUE :

- 1) Les codes LTE13 à LTE21 (positions 1 à 8) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec un code de la sous-section 3 - Endoscopie haute thérapeutique, ni avec un code de la sous-section 8 - Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) diagnostique.

Sous-section 10 - Echoendoscopie diagnostique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Echoendoscopie digestive supérieure	LEE11	74,88
2)	Echoendoscopie digestive supérieure avec injection de contraste	LEE12	85,05
3)	Echoendoscopie des voies pancréatico-biliaires	LEE13	103,72
4)	Echoendoscopie des voies pancréatico-biliaires avec injection de contraste sous contrôle échographique	LEE14	112,45
5)	Echoendoscopie du rectum et du sigmoïde	LEE15	74,88
6)	Echoendoscopie du rectum et du sigmoïde avec injection de contraste	LEE16	85,05
7)	Echoendoscopie digestive haute ou basse avec ponction d'une structure intra- ou extra-murale à l'aiguille fine	LEE17	143,75
8)	Echoendoscopie digestive haute ou basse avec ponction d'une structure intra- ou extra-murale à l'aiguille fine, avec injection de contraste	LEE18	152,41
9)	Echoendoscopie digestive haute ou basse avec endomicroscopie	LEE19	181,15

REMARQUES :

- 1) Les codes LEE11 et LEE12 (positions 1 et 2) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec les codes LEE13, LEE14, LEE17, LEE18 et LEE19 (positions 3, 4, 7, 8 et 9).



- 2) Les codes LEE13 et LEE14 (positions 3 et 4) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec les codes LEE11, LEE12, LEE17, LEE18 et LEE19 (positions 1, 2, 7, 8 et 9).
- 3) Les codes LEE15 et LEE16 (positions 5 et 6) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec les codes LEE17, LEE18 et LEE19 (positions 7 à 9).
- 4) Les codes LEE17, LEE18 et LEE19 (positions 7 à 9) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec un autre code de la présente sous-section.

Sous-section 11 - Echoendoscopie thérapeutique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Echoendoscopie digestive haute ou basse avec drainage transmural	LZP11	190,93
2)	Echoendoscopie digestive haute avec accès aux voies biliaires ou à la vésicule biliaire, y compris la pose de stent	LSP11	211,69
3)	Echoendoscopie digestive haute avec accès aux voies pancréatiques, y compris la pose de stent	LTP11	211,69
4)	Echoendoscopie digestive haute avec destruction de tumeurs hépatiques ou pancréatiques, par un courant de radiofréquence ou une autre énergie	LZP12	211,69
5)	Echoendoscopie digestive haute avec neurolyse du plexus coeliaque	LZP13	152,41

REMARQUE :

- 1) Les codes LZP11 à LZP13 (positions 1 à 5) ne sont pas cumulables entre eux.

Sous-section 12 – Explorations hépatiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cathétérisme des veines sus-hépatiques avec prise de pression par voie transjugulaire	LBF11	84,28
2)	Cathétérisme des veines sus-hépatiques avec prise de pression et biopsie hépatique par voie transjugulaire	LGF11	107,63
3)	Elastographie hépatique	LCM11	9,33
4)	Echographie abdominale avec injection de contraste spécifique (CEUS : Contrast-Enhanced Ultra-Sound)	LCM12	39,19

REMARQUES :

- 1) Les codes LBF11 et LGF11 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Le code LCM11 (position 3) ne peut être mis en compte et cumulé à plein tarif qu'avec les codes LCM13 ou LCM14 ou LCM15.
- 3) Le code LCM12 (position 4) ne peut être mis en compte et cumulé à plein tarif qu'avec les codes LCM14 ou LCM15.



- 4) Le code LCM12 (position 4) ne peut être mis en compte que par les médecins spécialistes en gastro-entérologie.

Sous-section 13 – Explorations abdomino-pelviennes

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Echographie hépato-gastro-entérologique des organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens ; non applicable pour échographie en rapport avec la grossesse	LCM13	18,36
2)	Echographie hépato-gastro-entérologique de vaisseaux avec Doppler pulsé, non applicable pour l'examen des veines du pelvis et des membres inférieurs, la première séance	LCM14	23,82
3)	Echographie hépato-gastro-entérologique 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	LCM15	11,91

REMARQUES :

- 1) Les codes LCM13, LCM14 et LCM15 (positions 1 à 3) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en gastro-entérologie.
- 2) Le code LCM13, LCM14 ou LCM15 (positions 1 à 3) peut être mis en compte avec le code LCJ11, LCJ12, LCJ21, LCJ22, LCJ31 ou LCJ32 au cours de la même séance.

Sous-section 14 - Actes thérapeutiques sur le foie

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Echographie abdominale avec destruction de tumeur hépatique par alcoolisation	LSF11	44,92

REMARQUE :

- 1) Le code LSF11 (position 1) n'est pas cumulable avec les codes LCM11 et LCM12 et ne peut être mis en compte que par les médecins spécialistes en gastro-entérologie.

Sous-section 15 - Transplantation de microbiote fécal

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Transplantation de microbiote fécal par voie haute, par oesogastroduodénoscopie	LZQ11	64,37
2)	Transplantation de microbiote fécal par voie basse, par coloscopie	LZQ12	64,37

Sous-section 16 – Divers



Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Tamponnade de l'œsophage	LND11	42,28
2)	Lithotritie extracorporelle des voies biliaires et pancréatique	LZM11	91,34

Sous-section 17 - Forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Position	Libellé	Code	Coeff.	Montant
1)	Echographe Classe I	LCJ11	Néant	45,00
2)	Montant réduit pour échographe Classe I	LCJ12	Néant	5,00
3)	Echographe Classe II	LCJ21	Néant	80,00
4)	Montant réduit pour échographe Classe II	LCJ22	Néant	5,00
5)	Echographe Classe III	LCJ31	Néant	105,00
6)	Montant réduit pour échographe Classe III	LCJ32	Néant	5,00

REMARQUES :

- 1) L'échographe Classe I (positions 1 et 2) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe entre 20.000,00 euros et 59.999,99 euros.
- 2) L'échographe Classe II (positions 3 et 4) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe entre 60.000,00 euros et 89.999,99 euros.
- 3) L'échographe Classe III (positions 5 et 6) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 90.000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 110.000,00 euros.
- 4) Le seuil d'activité de référence pour tous les échographes est fixé à 200.
- 5) Pour la mise en compte du montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 1, tel qu'il figure aux positions 1, 3 et 5. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.
- 6) Pour la mise en compte du montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 2, tel qu'il figure aux positions 2, 4 et 6. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.
- 7) Le code LCJ11, LCJ12, LCJ21, LCJ22, LCJ31 ou LCJ32 ne peut être mis en compte que si le code LCM13, LCM14 ou LCM15 a été mis en compte au cours de la même séance. »



Art. 6. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques » du même règlement, le chapitre 2 « Chirurgie » est modifié comme suit :

1° À la section 2 « Chirurgie générale », est ajoutée une nouvelle sous-section 6 prenant la teneur suivante :

« Sous-section 6 – Laparoscopie

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Laparoscopie, sans autre intervention intra-abdominale	1G15	29,89
2)	Laparoscopie avec biopsie ou petite intervention	1G16	36,06

»

2° La section 5 « Chirurgie du thorax et du cou » est modifiée comme suit :

a) La sous-section 1^{re} « Cou » est modifiée comme suit :

- i) Les positions 4) à 7) sont supprimées.
- ii) L'actuelle position 8) devient la position 4) nouvelle.
- iii) Les positions 9) à 11) sont supprimées.
- iv) L'actuelle position 12) devient la position 5) nouvelle.

b) La sous-section 2 « Chirurgie des seins » prend la teneur suivante :

« Sous-section 2 – Chirurgie des seins

a) Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Biopsie mammaire, échographie comprise	SGQ11	25,01

b) Évacuation de collection du sein

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Incision du sein avec ou sans drain de collection, échographie comprise	SLA11	11,15
2)	Drainage d'une collection dans un sein, échographie comprise	SLQ11	25,01
3)	Ponction de kyste mammaire, échographie comprise	SLQ12	25,01

c) Exérèse partielle du sein

Position	Libellé	Code	Coeff.
----------	---------	------	--------



1)	Tumorectomie mammaire unilatérale, maligne ou bénigne	SMA11	110,23
2)	Tumorectomie mammaire bilatérale, maligne ou bénigne	SMA12	220,47
3)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle	SMA13	151,23
4)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SMA14	261,47
5)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle	SMA15	302,47
6)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec curage axillaire homolatéral	SMA16	178,11
7)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire unilatéral	SMA17	288,35
8)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire bilatéral	SMA18	356,22
9)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire unilatéral et exérèse du ganglion sentinelle controlatéral	SMA19	329,34
10)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec réexploration axillaire homolatérale	SMA21	178,11
11)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec réexploration axillaire bilatérale	SMA22	356,22
12)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle et curage axillaire homolatéral	SMA23	219,11
13)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle et curage axillaire bilatéral	SMA24	438,22
14)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA25	180,88
15)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA26	320,77
16)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA27	361,77
17)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec curage axillaire et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA28	207,76
18)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire unilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA29	334,65
19)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire bilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA31	415,52



20)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle, curage axillaire et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA32	248,76
21)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle, curage axillaire bilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA33	497,52
22)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle, curage axillaire unilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA34	388,64
23)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec réexploration axillaire et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA35	207,76
24)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec réexploration axillaire unilatérale et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA36	347,65
25)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec réexploration axillaire bilatérale et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA37	415,52
26)	Pyramidectomie unilatérale	SMA38	66,93
27)	Pyramidectomie bilatérale	SMA39	133,86
28)	Mastectomie sous-cutanée unilatérale	SMA41	122,70
29)	Mastectomie sous-cutanée bilatérale	SMA42	245,41
30)	Mastectomie sous cutanée unilatérale avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SMA43	130,73
31)	Mastectomie sous-cutanée bilatérale avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SMA44	261,47
32)	Mastectomie sous-cutanée bilatérale avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle	SMA45	302,43
33)	Reprise des berges d'exérèse par mastectomie partielle unilatérale	SMA46	66,93
34)	Reprise des berges d'exérèse par mastectomie partielle bilatérale	SMA47	133,86
35)	Résection complémentaire avec extemporané des berges	SMA48	55,77

d) Mastectomie totale

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Mastectomie totale unilatérale	SNA11	110,23
2)	Mastectomie totale bilatérale	SNA12	220,47

e) Mastectomie totale élargie

Position	Libellé	Code	Coeff.
----------	---------	------	--------



1)	Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse du ganglion sentinelle homolatéral	SPA11	151,23
2)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SPA12	274,30
3)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle	SPA13	302,46
4)	Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec curage axillaire unilatéral	SPA14	178,11
5)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec curage axillaire bilatéral	SPA15	356,22
6)	Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse homolatérale du ganglion sentinelle et curage axillaire consécutif	SPA16	219,11
7)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse du ganglion sentinelle et curage axillaire consécutif	SPA17	438,22
8)	Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec réexploration axillaire unilatérale	SPA18	178,11
9)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec réexploration axillaire bilatérale	SPA19	356,22

f) Actes thérapeutiques sur la plaque aréolo-mamelonnaire

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Ablation unilatérale du complexe aréolo-mamelonnaire	SVA15	55,77
2)	Ablation bilatérale du complexe aréolo-mamelonnaire	SVA16	111,55

g) Autres actes thérapeutiques en sénologie

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Curage axillaire, par abord direct	SZA11	122,99
2)	Exérèse du ganglion sentinelle, par abord direct	SZA12	82,00
3)	Reprise des berges d'exérèse avec curage axillaire homolatéral, par abord direct	SZA13	178,11
4)	Drainage chirurgical d'un sein pour hématome, abcès ou autre, par abord direct	SZA14	26,77
5)	Drainage d'un lymphocèle axillaire, échographie comprise	SZQ11	25,01
6)	Drainage chirurgical d'un lymphocèle axillaire, par abord direct	SZA15	26,77

REMARQUES :



- 1) Les codes SZA11 et SZA12 (positions 1 et 2) ne sont ni cumulables entre eux, ni avec une autre position de la présente sous-section.
- 2) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes SMA13, SMA14, SMA15, SMA16, SMA17, SMA18, SMA19, SMA21, SMA22, SMA23, SMA24, SMA25, SMA26, SMA27, SMA28, SMA29, SMA31, SMA32, SMA33, SMA34, SMA35, SMA36, SMA37, SMA41, SMA42, SMA43, SMA44, SMA45, SNA11, SNA12, SPA11, SPA12, SPA13, SPA14, SPA15, SPA16, SPA17, SPA18, SPA19, SZA11 et SZA13 de la présente sous-section.

»

3° À la section 6 « Chirurgie de l'appareil digestif et de l'abdomen », sous-section 13 « Chirurgie de l'anus », à la deuxième remarque, le terme « 1G61 » est remplacé par le terme « LWD16 ».

Art. 7. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques » du même règlement, le chapitre 3 « Oto-Rhino-Laryngologie » prend la teneur suivante :

« Section 1^{re} – Oreilles

Sous-section 1^{re} - Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Otoscopie au microscope binoculaire - CAC	GDE11	5,38
2)	Audiométrie vocale réalisée en chambre insonorisée - CAC	GFQ11	12,03
3)	Audiométrie tonale réalisée en chambre insonorisée, avec détermination des seuils de conduction aérienne et osseuse pour les fréquences 250 à 8000 Hz, documentation par graphique - CAC	GFQ12	12,21
4)	Audiométrie tonale réalisée en chambre insonorisée, complétée par une audiométrie vocale réalisée en chambre insonorisée et/ou par la recherche d'un recrutement audiométrique, documentation par un graphique - CAC	GFQ13	16,04
5)	Audiométrie à balayage de fréquence - CAC	GFQ14	5,38
6)	Audiométrie comportementale, pour un patient de moins de 6 ans, réalisée en chambre insonorisée - CAC	GFQ15	16,04
7)	Bilan auditif central, y compris tests de discrimination d'intensité, de fréquence et de phonèmes, test de résolution temporelle, test vocal de faible redondance, test dichotique, test de reconnaissance de formes et de	GFQ16	42,47



	configuration temporelle, test d'interaction binaurale, en chambre insonorisée, avec rapport		
8)	Premier contrôle par audiométrie en champ libre après la pose d'un dispositif de correction auditive - CAC	GFQ17	13,72
9)	Impédancemétrie, tympanométrie, étude du réflexe stapédien - CAC	GFQ18	5,38
10)	Examen labyrinthique avec épreuve de stimulation par manœuvre positionnelle - CAC	GFQ19	8,49
11)	Electronystagmographie et tests d'oculomotricité avec épreuve rotatoire en fauteuil pendulaire	GFQ21	38,88
12)	Electronystagmographie avec épreuve de stimulation calorique, par air ou par eau	GFQ22	30,08
13)	Potentiels évoqués auditifs avec recherche du seuil de détection de l'onde V(5) et étude des latences	GFQ23	33,66
14)	Potentiels évoqués auditifs automatiques de dépistage de surdité	GFQ24	33,66
15)	Enregistrement des potentiels évoqués vestibulaires d'origine sacculaire (potentiels évoqués otolithiques / potentiels évoqués sacculo lithiques)	GFQ25	33,66
16)	Test de surdité de perception par enregistrement bilatéral des oto-émissions acoustiques - CAC	GFQ26	14,99
17)	Test de surdité de perception par enregistrement bilatéral des produits de distorsion des oto-émissions acoustiques (DPOAE), réalisé en cabine insonorisée - CAC	GFQ27	14,99
18)	Evaluation de la fonction vestibulaire par la posturographie dynamique informatisée (mesure de la stratégie d'utilisation des composantes visuelle, vestibulaire et proprioceptive)	GFQ28	20,17
19)	Evaluation de la fonction vestibulaire par le video Head Impulse Test (vHIT - mesure des 6 canaux semi-circulaires et de la fonction du nerf vestibulaire supérieur et inférieur) avec caméra de haute résolution	GFQ29	20,17
20)	Séance de rééducation de la lithiase vestibulaire par manœuvre libératoire - CAC	GZQ11	18,29
21)	Exploration du rocher en coupes fines, avec rapport, par cone beam	GCK11	22,87

REMARQUES :

- 1) Les codes GFQ11, GFQ12, GFQ13, GFQ14 et GFQ15 (positions 2 à 6) ne sont pas cumulables entre eux.



- 2) Les codes GFQ23, GFQ24 et GFQ25 (positions 13 à 15) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes GFQ26 et GFQ27 (positions 16 et 17) ne sont pas cumulables entre eux.
- 4) Les codes GFQ28 et GFQ29 (positions 18 et 19) ne sont pas cumulables entre eux.
- 5) Les codes GFQ13 et GFQ18 (positions 4 et 9) ne sont pas cumulables entre eux.
- 6) Le code GFQ17 (position 8) ne peut être mis en compte qu'une fois par dispositif de correction auditive.
- 7) Le code GFQ11, GFQ12, GFQ13, GFQ14, GFQ15, GFQ16, GFQ17, GFQ26 ou GFQ27 (positions 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 16 et 17) peut être mis en compte avec le code GFM11, GFM12, GFM21 ou GFM22 au cours de la même séance.
- 8) Le code GFQ18 (position 9) peut être mis en compte avec le code GFM41 ou GFM42 au cours de la même séance.
- 9) Le code GFQ23, GFQ24 ou GFQ25 (positions 13 à 15) peut être mis en compte avec le code GFM51, GFM52, GFM61 ou GFM62 au cours de la même séance.
- 10) Le code GFQ21, GFQ22, GFQ28 ou GFQ29 (positions 11, 12, 18 et 19) peut être mis en compte avec le code GFM71, GFM72, GFM81 ou GFM82 au cours de la même séance.
- 11) Les codes GFQ11, GFQ12, GFQ13, GFQ14, GFQ15, GFQ16, GFQ17, GFQ18, GFQ23, GFQ24, GFQ25, GFQ26 et GFQ27 (positions 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16 et 17) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie.
- 12) Les codes GFQ21, GFQ22, GFQ28 et GFQ29 (positions 11, 12, 18 et 19) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie ou en neurologie ou en pédiatrie.

Sous-section 2 - Chirurgie de l'oreille

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Extraction d'un corps étranger ou d'un bouchon de cérumen enclavé du conduit auditif au microscope - CAC	GQD11	5,21
2)	Traitement chirurgical d'un othématome, par voie externe	GQA11	31,85
3)	Pose d'une épithèse ostéo-intégrée de la face ou du pavillon de l'oreille, par voie externe	GQA12	148,38
4)	Exérèse d'une exostose oblitérante du méat acoustique externe, par voie du conduit auditif externe ou rétro-auriculaire	GQP11	18,05
5)	Ablation d'un ostéome non pédiculé du conduit auditif externe, par toute voie d'abord	GQQ11	70,18



6)	Ablation d'une tumeur maligne de l'oreille externe de minimum 0,5 cm dans son grand axe, par toute voie d'abord	GQQ12	60,15
7)	Résection large d'une tumeur maligne de l'oreille externe, par toute voie d'abord	GQQ13	94,24
8)	Paracentèse du tympan - CAC	GRB11	12,03
9)	Mise en place d'un aérateur transtympanique, par côté, par voie du conduit auditif externe	GRB12	20,58
10)	Traitement pré-opératoire de l'otite chronique sous microscope, par séance (maximum 4 séances) - CAC	GRD11	6,14
11)	Traitement post-opératoire de l'otite chronique sous microscope, par séance, (maximum 4 séances) - CAC	GRD12	7,43
12)	Plastie de la membrane tympanique (myringoplastie), par toute voie d'abord	GRQ11	104,09
13)	Plastie du tympan avec réparation de la continuité de la chaîne ossiculaire, par toute voie d'abord	GRQ12	177,31
14)	Intervention pour ankylose de l'étrier, par toute voie d'abord	GRQ13	176,25
15)	Reprise après intervention sur l'étrier, par toute voie d'abord	GRE11	179,44
16)	Colmatage de la fenêtre ovale et/ou fenêtre ronde par du tissu adipeux pour fistule périlymphatique de l'oreille moyenne, par voie transméatale	GRE12	110,28
17)	Résection d'un cholestéatome de l'oreille moyenne, mastoïdectomie non comprise, par voie rétro-auriculaire	GRC11	182,62
18)	Injection transtympanique d'un produit à action cochléaire dans le cadre des surdités brusques, des acouphènes aigus ou encore d'une neuronite vestibulaire aiguë, sous microscope, par voie du conduit auditif externe	GSB11	17,15
19)	Fermeture d'une fistule d'un canal semi-circulaire, par voie rétro-auriculaire	GSC11	179,44
20)	Dilatation tubaire par ballonnet, lors d'une microendoscopie de la trompe d'Eustache, par voie endonasale	GSE11	52,60
21)	Intervention pour fracture transverse du rocher, par voie externe rétro-auriculaire ou par voie du conduit auditif externe	GZP11	180,50
22)	Intervention pour fracture longitudinale du rocher avec réparation de la chaîne ossiculaire, par voie rétro-auriculaire	GZC11	178,37
23)	Mastoïdectomie, par voie rétro-auriculaire	GZC12	74,32



24)	Mastoïdectomie avec tympanotomie postérieure, par voie rétro-auriculaire	GZC13	180,50
25)	Evidement pétro-mastoïdien, par voie rétro-auriculaire	GZC14	176,25
26)	Libération ou réparation du nerf facial intrapétreux, par voie rétro-auriculaire	GZC15	180,50
27)	Réséction du rocher pour tumeur de l'oreille moyenne, y compris mastoïdectomie, par voie rétro-auriculaire	GZC16	240,61

REMARQUES :

- 1) Les codes GQP11 et GQQ11 (positions 4 et 5) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GRD11 et GRD12 (positions 10 et 11) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes GRQ11 et GRQ12 (positions 12 et 13) ne sont pas cumulables entre eux.
- 4) Les codes GRQ13 et GRE11 (positions 14 et 15) ne sont pas cumulables entre eux.
- 5) Les codes GZC12, GZC13, GZC14 et GZC16 (positions 23, 24, 25 et 27) ne sont pas cumulables entre eux.
- 6) Les codes GSB11 et GZC15 (positions 18 et 26) ne sont pas cumulables avec un autre code de la présente sous-section.
- 7) Le code GQQ12 (position 6) ne peut être mis en compte que si la tumeur maligne est de minimum 0,5 cm dans son grand axe.
- 8) Le code GRD11 (position 10) ne peut être mis en compte :
 - que quatre fois dans le chef du patient,
 - que si la réalisation d'un des codes GRB11, GRB12, GQP11, GQQ11, GQQ12, GQQ13, GRQ11, GRQ12, GRQ13, GRE11, GRC11, GSC11, GSE11, GZC12, GZC13, GZC14, GZC15, GZC16, GSB12, GSB13, GRA11, GRA12, GRA13, GSA11, GSA12, GZA11 ou GZA12 est prévue,
 - et sous réserve qu'aucun des codes GRB11, GRB12, GQP11, GQQ11, GQQ12, GQQ13, GRQ11, GRQ12, GRQ13, GRE11, GRC11, GSC11, GSE11, GZC12, GZC13, GZC14, GZC15, GZC16, GSB12, GSB13, GRA11, GRA12, GRA13, GSA11, GSA12, GZA11 ou GZA12 n'a été mis en compte dans le chef du patient.
- 9) Le code GRD12 (position 11) ne peut être mis en compte que quatre fois après la mise en compte des codes GRB11, GRB12, GQP11, GQQ11, GQQ12, GQQ13, GRQ11, GRQ12, GRQ13, GRE11, GRC11, GSC11, GSE11, GZC12, GZC13, GZC14, GZC15, GZC16, GSB12, GSB13, GRA11, GRA12, GRA13, GSA11, GSA12, GZA11 ou GZA12.
- 10) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GQA12, GZP11 et GZC11 (positions 3, 21 et 22) de la présente sous-section.

Sous-section 3 - Implants

Position	Libellé	Code	Coeff.
----------	---------	------	--------



1)	Pose d'implant à ancrage osseux percutané ou transcutané pour dispositif de correction auditive à transmission osseuse, par voie externe	GSB12	118,91
2)	Ablation d'un implant à ancrage osseux percutané, par voie externe	GSB13	25,55
3)	Pose d'un implant ostéo-intégré actif d'oreille moyenne, par voie externe	GRA11	188,75
4)	Ablation d'un implant ostéo-intégré d'oreille moyenne, par voie externe	GRA12	41,16
5)	Changement d'un implant ostéo-intégré d'oreille moyenne, par voie externe	GRA13	127,41
6)	Implantation cochléaire, unilatérale, par voie externe	GSA11	251,55
7)	Implantation cochléaire bilatérale en une séance, par voie externe	GSA12	503,09
8)	Changement d'un implant auditif à électrodes intra-cochléaires, par voie externe	GSA13	160,07
9)	Changement bilatéral en une séance d'un implant auditif à électrodes intra-cochléaires	GSQ11	320,15
10)	Ablation d'un implant auditif à électrodes intra-cochléaires, par voie externe	GSA14	84,94
11)	Réglage d'implant cochléaire, sous surveillance médicale	GSQ12	10,04
12)	Ablation temporaire de l'aimant d'un implant d'oreille moyenne ou implant cochléaire en vue d'une IRM, par voie externe	GZA11	63,71
13)	Changement et/ou pose de l'aimant d'un implant d'oreille moyenne ou d'un implant cochléaire, par voie externe	GZA12	63,71

REMARQUES :

- 1) Les codes GSB12 et GSB13 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GRA11, GRA12 et GRA13 (positions 3 à 5) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes GSA11 et GSA12 (positions 6 et 7) ne sont pas cumulables entre eux.
- 4) Les codes GSA13, GSQ11 et GSA14 (positions 8 à 10) ne sont pas cumulables entre eux.
- 5) Les codes GZA11 et GZA12 (positions 12 et 13) ne sont pas cumulables entre eux.
- 6) Les codes GSB12, GSB13, GRA11, GRA12 et GSA11 (positions de 1, 2, 3, 4 et 6) ne peuvent être mis en compte que deux fois par oreille.
- 7) Le code GSA12 (position 7) ne peut être mis en compte que deux fois dans le chef du patient et sous réserve que le code GSA11 (position 6) n'a jamais été mis en compte pour le patient.



- 8) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GSA11 et GSA12 (positions 6 et 7) de la présente sous-section.

Section 2 - Nez et sinus

Sous-section 1^{re} - Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Rhinoscopie antérieure, exploration complète des fosses nasales et des méats, avec ou sans biopsie - CAC	GDE12	5,38
2)	Sinuscopie exploratrice	GDE13	22,87
3)	Exploration des sinus par cone beam, avec rapport - CAC	GCK12	20,58
4)	Rhinométrie acoustique sans test de provocation	GFQ31	12,30
5)	Rhinométrie acoustique avec test de provocation	GFQ32	18,45
6)	Rhinomanométrie	GBQ11	12,30
7)	Rhinomanométrie avant et après épreuve pharmacodynamique	GBQ12	18,29
8)	Mesure des odeurs par analyse sensorielle par olfactométrie et/ou gustométrie - CAC	GFQ33	14,86
9)	Potentiels évoqués olfactifs - CAC	GAQ11	30,87

REMARQUES :

- 1) Les codes de la présente sous-section ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Le code GDE12 (position 1) n'est cumulable qu'avec les codes GPD13, GPD14, GPD15, GPD16, GPD17, GND11, GNE11, GPD11, GZE11, GPE11 et GPD19.
- 3) Le code GDE13 (position 2) n'est cumulable qu'avec le code GND11.
- 4) Le code GFQ31, GFQ32, GBQ11 ou GBQ12 (positions 4 à 7) peut être mis en compte avec le code GFM31 ou GFM32 au cours de la même séance.
- 5) Les codes GFQ31, GFQ32, GBQ11 et GBQ12 (positions 4 à 7) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie.

Sous-section 2 - Petite intervention

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Anesthésie locale du ganglion sphéno-palatin ou des branches du trijumeau à la sortie du crâne, par voie endoscopique	GZE11	12,73



Sous-section 3 - Chirurgie du nez

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Extraction de corps étrangers enclavés du nez, y compris l'anesthésie locale, par voie endonasale - CAC	GPD11	8,02
2)	Réduction chirurgicale d'une fracture des os propres du nez, y compris contention, sous anesthésie, par voie endonasale	GPD12	35,14
3)	Traitement chirurgical du rhinophyma, par voie externe	GPA11	56,14
4)	Hémostase nasale par tamponnement antérieur, par voie endonasale - CAC	GPD13	9,56
5)	Hémostase nasale par tamponnement antérieur et postérieur, sous anesthésie générale, avec ou sans endoscope, par voie endonasale	GPD14	57,17
6)	Incision d'un hématome ou d'un abcès intra-nasal, par voie endonasale - CAC	GPD15	16,04
7)	Electrocoagulation, cautérisation, infiltration, injection sclérosante de lésions de la muqueuse nasale, y compris l'anesthésie locale, par voie endonasale - CAC	GPD16	8,49
8)	Ablation de polypes nasaux, par séance, avec ou sans endoscope, par voie endonasale	GPD17	12,31
9)	Extirpation d'un fibrome nasopharyngien, un ou plusieurs temps, par voie endonasale et endobuccale	GZP12	160,41
10)	Traitement d'une synéchie nasale ostéo-cartilagineuse, par voie endoscopique	GPE11	15,05
11)	Traitement d'une oblitération choanale osseuse par résection endonasale	GPD18	116,29
12)	Résection partielle unilatérale d'un cornet par conchotomie, turbinectomie ou turbinoplastie, par voie endonasale	GPD19	20,05
13)	Septoplastie correctrice, par voie endonasale	GPD21	65,00
14)	Septorhinoplastie fonctionnelle dans le cadre d'une obstruction nasale, objectivée par rhinomanométrie, par toute voie d'abord	GPQ11	130,33

REMARQUES :

- 1) Les codes GPD13 et GPD14 (positions 4 et 5) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GPD11, GPD12, GPA11, GPE11, GPD18 et GPD19 (positions 1, 2, 3, 10, 11 et 12) ne sont pas cumulables avec les autres codes de la présente sous-section.
- 3) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour le code GZP12 (position 9) de la présente sous-section.



Sous-section 4 - Chirurgie des sinus

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Lavage et/ou aspiration et/ou instillation au niveau d'un sinus par un orifice naturel ou artificiel	GND11	7,59
2)	Nettoyage naso-sinusal après chirurgie sinusienne, par voie endoscopique, par voie endonasale	GNE11	36,59
3)	Méatotomie nasale moyenne unilatérale, par voie endoscopique	GPE12	44,25
4)	Méatotomie nasale inférieure unilatérale, par voie endoscopique	GPE13	53,09
5)	Traitement chirurgical d'une sinusite ethmoïdale et/ou frontale unilatérale, par voie endonasale	GND12	80,20
6)	Traitement chirurgical d'une sinusite maxillaire unilatérale avec méatotomie moyenne, par la fosse canine ou par voie endonasale	GNP11	68,60
7)	Traitement chirurgical d'une sinusite sphénoïdale unilatérale, par voie endonasale	GND13	80,20
8)	Traitement chirurgical d'une pansinusite unilatérale, par voie endonasale	GND14	120,00
9)	Traitement chirurgical d'un ostéome, ou d'un mucocèle, ethmoïdal et/ou frontal unilatéral, par voie endonasale	GND15	91,47

REMARQUES :

- 1) Les codes GND11 et GNE11 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GND12, GNP11, GND13 et GND14 (positions 5 à 8) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes GNE11 et GND14 (positions 2 et 8) ne sont pas cumulables entre eux.
- 4) Le code GND15 (position 9) n'est pas cumulable avec les autres codes de la présente section.
- 5) Le code GNE11 (position 2) ne peut être mis en compte que trois fois dans le chef du patient.

Section 3 : « Glandes salivaires, pharynx, larynx et trachée »

Sous-section 1^{re} - Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
----------	---------	------	--------



1)	Pharyngo-laryngoscopie indirecte avec optique - CAC	GDE14	10,11
2)	Naso-pharyngo-laryngoscopie	GDE15	11,68
3)	Naso-pharyngo-laryngoscopie avec biopsie de la sphère ORL	GDE16	20,00
4)	Microlaryngoscopie, avec ou sans biopsie(s), sous anesthésie générale	GDE17	40,10
5)	Panendoscopie pour recherche de lésion(s) cancéreuse(s) de la sphère ORL (fosses nasales, pharynx, larynx, trachée, bronches) avec biopsie(s), sous anesthésie générale	GDE18	57,17
6)	Enregistrement stroboscopique du larynx par voie endoscopique	GFE11	21,60
7)	Bilan d'une ronchopathie chronique, sous sommeil induit, par voie endoscopique	GDE19	47,63

REMARQUES :

- 1) Les codes de la présente sous-section ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Le code GDE15, GDE16 ou GFE11 (positions 2, 3 et 6) peut être mis en compte avec le code GDD11, GDD12, GDD21 ou GDD22 au cours de la même séance.

Sous-section 2 - Chirurgie des glandes salivaires

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Lavage et bougirage du canal salivaire par sialendoscopie	GUE11	47,78
2)	Extirpation de calculs salivaires, par incision muqueuse simple, par voie endobuccale	GUD11	24,06
3)	Extirpation de calculs salivaires, par dissection du canal excréteur ou par voie externe	GUP11	30,08
4)	Ablation de la glande sous-maxillaire, par voie externe	GUA11	90,23
5)	Parotidectomie partielle avec dissection du nerf facial, par voie externe	GUA12	170,43
6)	Parotidectomie totale avec dissection du nerf facial, par voie externe	GUA13	220,56
7)	Traitement d'un kyste salivaire de la glande salivaire sublinguale (grenouillette) par marsupialisation ou ablation de la glande sublinguale, par voie endobuccale	GUD12	27,44

REMARQUES :



- 1) Les codes GUD11 et GUP11 (positions 2 et 3) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GUA12 et GUA13 (positions 5 et 6) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Le code GUE11 (position 1) n'est pas cumulable avec les autres codes de la présente sous-section.
- 4) Les codes GUA11 et GUA13 (positions 4 et 6) ne peuvent être mis en compte que deux fois dans le chef du patient.
- 5) Le code GUA12 (position 5) ne peut être mis en compte que deux fois par parotide.
- 6) Le code GUE11 (position 1) ne peut être mis en compte que dans le cadre d'une sialoadénite récidivante.
- 7) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GUP11, GUA11, GUA12 et GUA13 (positions 3 à 6) de la présente sous-section.

Sous-section 3 - Chirurgie de la cavité buccale

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Adénoïdectomie, par voie endobuccale	GVD11	50,13
2)	Amygdalectomie bilatérale, par voie endobuccale	GVD12	63,23
3)	Amygdalotomie ou amygdalectomie, par laser, radiofréquence ou coblation, par voie endobuccale	GVD13	60,15
4)	Révision chirurgicale et hémostase pour les hémorragies secondaires post amygdalotomie, amygdalectomie ou adénoïdectomie, par voie endobuccale	GVD14	80,20
5)	Uvuloplastie, par laser ou radiofréquence, par voie endobuccale	GTD11	60,15
6)	Uvulo-vélo-palato-plastie, par voie endobuccale	GTD12	60,10
7)	Extirpation d'une tumeur maligne de l'oropharynx ou du plancher de la bouche, par voie endobuccale et/ou par voie externe	GZP13	170,43

REMARQUES :

- 1) Les codes GDT11 et GDT12 (positions 5 et 6) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Le code GVD14 (position 4) n'est pas cumulable avec les autres codes de la présente sous-section.
- 3) Les codes GVD11, GVD12, GVD13 et GVD14 (positions 1 à 4) ne peuvent être mis en compte que trois fois dans le chef du patient.
- 4) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour le code GZP13 (position 7) de la présente sous-section.

Sous-section 4 - Chirurgie du Pharynx



Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Pharyngectomie pour tumeur maligne, par voie endobuccale ou externe	GVP11	176,45
2)	Pharyngectomie pour tumeur maligne, par laser, par voie endobuccale	GVD15	190,48
3)	Extirpation de tumeurs malignes de l'épipharynx, par voie endobuccale et/ou par voie externe	GVP12	162,41
4)	Incision d'un abcès rétro- ou latéro-pharyngien, ou périamygdalien, ou endo- ou péri-laryngé, par voie endobuccale et/ou par voie externe	GZP14	91,31
5)	Pharyngoplastie pour sténose vélo-oro-rhino-pharyngée, avec rapport, par voie endobuccale et/ou par voie externe	GVP13	274,41
6)	Pharyngo-laryngectomie pour tumeur maligne, par toute technique	GZQ12	220,56
7)	Exérèse de tumeurs de l'espace parapharyngé, par toute voie d'abord	GZQ13	198,95
8)	Injection de toxine botulinique dans le cadre du traitement de la dyskinésie temporaire du muscle cricopharyngé	GZB11	29,73
9)	Myotomie du muscle cricopharyngé pour traitement d'un diverticule de Zenker, par toute technique, par toute voie d'abord	GZQ14	120,30
10)	Section du ligament stylo-hyoïdien avec résection partielle de l'apophyse styloïde pour le traitement d'un syndrome d'Eagle, par voie endobuccale et/ou par voie externe	GZP15	95,56

REMARQUES :

- 1) Les codes GVP11, GVD15 et GZQ12 (positions 1, 2 et 6) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GVP12, GZP14, GZQ13 et GZQ14 (positions 3, 4, 7 et 9) ne sont pas cumulables avec les autres codes de la présente sous-section.
- 3) Le code GZB11 (position 8) ne peut être mis en compte que par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie.
- 4) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GVP11, GVD15, GVP12, GZP14, GZQ12, GZQ13 et GZQ14 (positions 1, 2, 3, 4, 6, 7 et 9) de la présente sous-section.

Sous-section 5 - Chirurgie du Larynx



Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Extraction d'un corps étranger enclavé du pharynx ou du larynx, par les voies naturelles, sans endoscopie, y compris l'anesthésie locale	GZD11	42,47
2)	Résection, hors laser, de nodule(s), kyste(s) ou polype(s) sous microlaryngoscopie	GWE11	50,13
3)	Résection de nodule(s), kyste(s) ou polype(s) par laser sous microlaryngoscopie	GWE12	60,15
4)	Epluchage complet, hors laser, d'une corde vocale sous microlaryngoscopie	GWE13	70,18
5)	Epluchage complet, par laser, d'une corde vocale sous microlaryngoscopie	GWE14	80,20
6)	Aryténoïdectomie, ou aryténoïdopexie, ou résection de cordes vocales, ou cordotomie, hors laser, sous microchirurgie endoscopique	GWE15	90,23
7)	Aryténoïdectomie, ou aryténoïdopexie, ou résection de cordes vocales, ou cordotomie, par laser, sous microchirurgie endoscopique	GWE16	100,25
8)	Thyroplastie de médialisation, ou de relaxation, ou d'élargissement, ou de mise sous tension, par voie endoscopique ou externe	GWP11	84,61
9)	Dilatation laryngée par voie endoscopique, première séance	GWE17	14,04
10)	Dilatation laryngée par voie endoscopique, séance suivante	GWE18	14,04
11)	Pose ou changement de prothèse de calibrage du larynx, par laryngoscopie directe	GWE19	86,43
12)	Laryngotomie, thyrotomie, traitement de lésions du larynx, y compris la cordectomie, par abord direct	GZA13	120,30
13)	Traitement d'une sténose du larynx, par laser, sous microlaryngoscopie	GWE21	80,04
14)	Laryngectomie partielle pour tumeur maligne, par laser, par voie endoscopique	GWE22	120,30
15)	Laryngectomie subtotale pour tumeur maligne, par laser, par voie endoscopique	GWE23	137,21
16)	Laryngectomie totale pour tumeur maligne, par voie externe	GWA11	176,56
17)	Laryngectomie subtotale reconstructive pour tumeur maligne, par voie externe	GWA12	260,66
18)	Laryngoplastie par injection, par voie externe et/ou sous microlaryngoscopie	GWP12	84,61



REMARQUES :

- 1) Les codes de la présente sous-section ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GWE17 et GWE18 (positions 9 et 10) ne peuvent être mis en compte qu'une fois dans le chef du patient.
- 3) Le code GWE18 (position 10) ne peut être mis en compte que dans un délai allant de 3 mois à 6 mois à compter de la mise en compte du code GWE17 (position 9).
- 4) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GWP11, GZA13, GWE22, GWE23, GWA11 et GWA12 (positions 8, 12, 14, 15, 16 et 17) de la présente sous-section.

Sous-section 6 - Chirurgie de la trachée

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Trachéotomie, par voie externe	GXA11	65,25
2)	Changement de canule de trachéotomie ou de trachéostomie, par voie externe - CAC	GXD11	14,99
3)	Fermeture chirurgicale d'un trachéostome, par voie externe	GXD12	59,46
4)	Réséction segmentaire de la trachée, par abord direct	GXA12	240,00
5)	Mise en place d'une prothèse phonatoire œsotrachéale, par voie endoscopique	GZE12	68,60
6)	Changement d'une prothèse phonatoire œsotrachéale, par voie endoscopique	GZE13	28,07

REMARQUES :

- 1) Les codes GXA11, GXD11 et GXD12 (positions 1 à 3) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GZE12 et GZE13 (positions 5 et 6) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Le code GXA12 (position 4) n'est pas cumulable avec les autres codes de la présente sous-section.
- 4) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GXA11, GXD11, GXD12 et GXA12 (positions 1 à 4) de la présente sous-section.

Section 4 – Chirurgie du cou

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Lobo-isthmectomie de la thyroïde, par voie externe	GYA11	124,46
2)	Thyroïdectomie totale, par voie externe	GYA12	157,39
3)	Parathyroïdectomie unique, par voie externe	GYA13	124,46



4)	Parathyroïdectomie ectopique, par voie externe	GYA14	157,35
5)	Parathyroïdectomie multiple, par voie externe	GYA15	208,10

REMARQUES :

- 1) Les codes GYA11 et GYA12 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Le code GYA13 (position 3) ne peut être mis en compte que deux fois dans le chef du patient.
- 3) Les codes GYA14 et GYA15 (positions 4 et 5) ne peuvent être mis en compte que trois fois dans le chef du patient.

Section 5 - Divers

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Exérèse à visée diagnostique d'une adénopathie cervicale profonde, par voie externe	GGB11	50,13
2)	Exérèse ganglionnaire d'un secteur ganglionnaire cervical avec examen histologique et rapport opératoire, unilatéral, par voie externe	GZB12	90,23
3)	Exérèse ganglionnaire de plusieurs secteurs ganglionnaires cervicaux avec examen histologique et rapport opératoire, unilatéral, par voie externe - CAT	GZB13	170,43
4)	Curage ganglionnaire cervical fonctionnel ou élargi avec examen histologique et rapport opératoire, unilatéral, par voie externe - CAT	GZB14	297,28
5)	Exérèse d'un kyste médian du tractus thyroïdienne, par voie externe	GYA16	114,34
6)	Exérèse d'un kyste ou d'une fistule branchiale latérale du cou ou de la face, par voie externe	GZA14	170,43
7)	Neuromonitoring ou ENMG peropératoire des nerfs vague et récurrents ou des nerfs faciaux - CAT	GAQ12	25,48
8)	Assistance chirurgicale par neuronavigation avec ou sans casque - CAT	GZR11	34,30

REMARQUES :

- 1) Les codes GGB11, GZB12, GZB13 et GZB14 (positions 1 à 4) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GYA16 et GZA14 (positions 5 et 6) ne sont pas cumulables entre eux.



- 3) Les codes GZB13 et GZB14 (positions 3 et 4) ne peuvent être mis en compte qu'une fois par côté.
- 4) Le code GAQ12 (position 7) ne peut être mis en compte qu'avec les codes GSC11, GRE11, GRC11, GRQ12, GQQ13, GRQ13, GZC12, GZC13, GZC14, GZC15, GZC16, GRA11, GRA12, GRA13, GSA11, GSA12, GZA11, GZA12, GYA11, GYA12, GYA13, GYA14, GYA15, GUA11, GUA12 et GUA13.
- 5) Le code GZR11 (position 8) ne peut être mis en compte qu'avec les codes GPD17, GND11, GNE11, GPE12, GPE13, GND12, GNP11, GND13, GND14 et GND15.
- 6) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GGB11, GZB12, GZB13, GZB14, GYA16 et GZA14 (positions 1 à 6) de la présente section.

Section 6 : Echographies

Position	Libellé	Code	Coeff
1)	Echographie oto-rhino-laryngologique de régions ou d'organes non prévus aux positions suivantes	GCM11	12,20
2)	Echographie oto-rhino-laryngologique de la glande thyroïde, y compris région du cou	GCM12	12,20
3)	Echographie oto-rhino-laryngologique de vaisseaux avec Doppler pulsé, non applicable pour l'examen des veines du pelvis et des membres inférieurs, la première séance	GCM13	23,82
4)	Echographie oto-rhino-laryngologique 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	GCM14	11,91

REMARQUES :

- 1) Les codes GCM11, GCM12, GCM13 et GCM14 (positions 1 à 4) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie.
- 2) Le code GCM11, GCM12, GCM13 ou GCM14 (positions 1 à 4) peut être mis en compte avec le code GCJ11, GCJ12, GCJ21, GCJ22, GCJ31 ou GCJ32 au cours de la même séance. »

Art. 8. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques » du même règlement, le chapitre 6 « Gynécologie » est modifié comme suit :

1° Les sections 1^{re} et 2 prennent la teneur suivante :

« Section 1^{re} – Obstétrique

Sous-section 1^{re} : Examens diagnostiques



Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cardiotocogramme d'une durée de plus de 20 minutes	NAQ11	7,04
2)	Cardiotocogramme d'une durée de plus de 20 minutes accompagnant une consultation - CAC	NAQ12	3,52
3)	Etude en continu du segment ST de l'électrocardiogramme (ECG) fœtal par moniteur "ST Analysis" (STAN) - CAT	NUQ11	33,46
4)	Epreuve de tolérance fœtale à la contraction utérine induite par l'ocytocine (Stress test) - CAT	NAF11	16,73
5)	Echographie d'une grossesse uniembryonnaire au 1er trimestre	NCM11	17,85
6)	Echographie d'une grossesse multiembryonnaire au 1er trimestre	NCM12	33,46
7)	Echographie morphologique d'une grossesse unifoetale au 2ème trimestre	NCM13	55,77
8)	Echographie morphologique d'une grossesse multifoetale au 2ème trimestre	NCM14	93,70
9)	Echographie d'une grossesse unifoetale au 3ème trimestre	NCM15	17,85
10)	Echographie d'une grossesse multifoetale au 3ème trimestre	NCM16	33,46
11)	Examen échographique avec Doppler pulsé des vaisseaux utéro-placentaires, des vaisseaux ombilicaux, des grands vaisseaux fœtaux ou du Ductus Venosus pour la surveillance d'une souffrance fœtale, grossesse unique	NCM17	15,62
12)	Examen échographique avec Doppler pulsé des vaisseaux utéro-placentaires, des vaisseaux ombilicaux, des grands vaisseaux foetaux ou du Ductus Venosus pour la surveillance d'une souffrance fœtale, grossesse multiple	NCM18	31,23
13)	Echographie pour surveillance d'une pathologie fœtale ou d'une malformation sévère documentée, grossesse unique	NCM19	27,89
14)	Echographie pour surveillance d'une pathologie fœtale ou d'une malformation sévère documentée, grossesse multiple	NCM21	55,77
15)	Echographie de second avis dans le cas d'une pathologie fœtale ou malformation sévère diagnostiquée et documentée, grossesse unique	NCM22	55,77
16)	Echographie de second avis dans le cas d'une pathologie fœtale ou malformation sévère diagnostiquée et documentée, grossesse multiple	NCM23	93,70
17)	Echographie en cas de dépassement du terme comprenant <i>fœtométrie</i> , doppler des vaisseaux ombilicaux, localisation du placenta, liquide placentaire et mesure du canal cervical du col de l'utérus, grossesse unique	NCM24	17,61
18)	Amniocentèse transabdominale ou transvaginale, frais de matériel et échographie comprise	NGQ11	25,66



19)	Biopsie transabdominale ou transvaginale du trophoblaste, frais de matériel et échographie comprise	NGQ12	25,66
20)	Cordocentèse diagnostique, échographie comprise	NGF11	35,70
21)	Ponction du fœtus, frais de matériel et échographie comprise	NGQ13	54,66
22)	Prélèvement de sang foetal au scalp - CAT	NGD11	14,50
23)	Bilan de prise en charge en hospitalisation d'une pathologie grave liée à la grossesse d'une parturiente entre la 20ème et la 37ème semaine d'aménorrhée incluse, y compris frottis vaginal, cardiocotogramme et échographie, avec ou sans transfert interhospitalier	NKQ11	44,62
24)	Bilan de prise en charge en hospitalisation d'une pathologie grave liée à la grossesse d'une parturiente entre la 20ème et 37ème semaine d'aménorrhée incluse, y compris frottis vaginal, cardiocotogramme et échographie, après transfert interhospitalier	NKQ12	22,31

REMARQUES :

- 1) Les codes NAQ11 et NAQ12 (positions 1 et 2) et NCM11 à NCM24 (positions 5 à 17) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique.
- 2) Par dérogation à l'article 10, alinéa 1^{er}, point 1), le code NAQ12 (position 2) ne peut être mis en compte qu'avec le code C14.
- 3) Les codes NCM17 et NCM18 (positions 11 et 12) ne peuvent être mis en compte qu'en présence d'une ou de plusieurs indications suivantes :
 - Retard de croissance intra-utérin
 - Hypertension artérielle, pré-éclampsie, éclampsie
 - Anomalie du rythme cardiaque fœtal
 - Malformation ou maladie fœtale
 - Grossesse multiple avec croissance discordante
 - Maladie maternelle préexistante (hypertonie, néphropathie, diabète, maladie auto-immune)
 - Anémie fœtale
 - Infection fœtale
 - Hydrops fetalis
 - Surveillance d'une grossesse multiple
 - Insertion vélamenteuse du cordon ombilical
 - Anomalies d'insertion placentaire
- 4) Les codes NCM22 et NCM23 (positions 15 et 16) excluent la mise en compte le même jour des codes NCM11, NCM12, NCM13, NCM14, NCM15 et NCM16 (positions 5 à 10).



- 5) Par dérogation à l'article 7, alinéa 2, les codes NKQ11 et NKQ12 (positions 23 et 24) peuvent être mis en compte 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 et sous condition qu'il s'agisse du 1^{er} jour d'hospitalisation.
- 6) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 2 : Actes liés à une grossesse se terminant par un avortement

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Interruption de grossesse par moyen médicamenteux avant la fin de la 14 ^{ème} semaine d'aménorrhée, échographie comprise	NTD11	22,31
2)	Interruption de grossesse par déclenchement médicamenteux ou curetage entre la fin de la 14 ^{ème} semaine d'aménorrhée et la fin de la 22 ^{ème} semaine d'aménorrhée, échographie comprise	NTQ11	47,97
3)	Foeticide, échographie comprise	NTQ12	66,93
4)	Administration d'un traitement médical de la grossesse extra-utérine ou de la môle hydatiforme	NTQ13	33,46
5)	Curetage évacuateur d'un utérus gravide avant la 14 ^{ème} semaine d'aménorrhée, échographie comprise	NTD12	30,12
6)	Curetage de môle hydatiforme, échographie comprise	NTD13	33,46
7)	Réduction embryonnaire, échographie comprise	NTQ14	31,08

REMARQUES :

- 1) Les codes NTD11, NTQ11, NTD12, NTD13 et NTQ14 (positions 1, 2, 5, 6 et 7) ne sont pas cumulables avec le code NND16.
- 2) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 3 : Actes obstétricaux pendant la période prénatale

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cerclage de col, par voie vaginale	NUD11	27,89
2)	Cerclage de col, par laparotomie	NUA11	66,93
3)	Ablation de cerclage de col, par voie vaginale - CAT	NUD12	6,69
4)	Pose d'un pessaire obstétrical	NUD13	11,15
5)	Ablation d'un pessaire obstétrical	NUD14	4,46



6)	Ponction de décharge amniotique, échographie comprise	NUQ12	33,46
7)	Remplissage du liquide amniotique, échographie comprise	NUQ13	33,46
8)	Version par manœuvre externe, échographie et cardiotocogramme compris	NUQ14	44,62

REMARQUE :

- 1) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 4 : Actes thérapeutiques sur le fœtus

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cordocentèse thérapeutique, échographie comprise	NYF11	78,08
2)	Mise en place sur le fœtus d'un cathéter, échographie comprise	NYQ11	55,77
3)	Mise en place sur le fœtus de deux cathéters, échographie comprise	NYQ12	89,24

REMARQUE :

- 1) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 5 : Actes obstétricaux pendant le travail et l'accouchement

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Tentative de déclenchement du travail par moyen médicamenteux ou mécanique, par période de 24 heures pour une durée maximale ne pouvant excéder 72 heures, soit 1 à 3 périodes maximum - CAT	NVQ11	17,85
2)	Accouchement monofoetal normal par voie basse en présentation céphalique, cardiotocogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD11	116,64
3)	Accouchement monofoetal assisté par ventouse ou forceps, par voie basse en présentation céphalique, cardiotocogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD12	125,34
4)	Accouchement monofoetal normal par voie basse en présentation du siège, cardiotocogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD13	129,69



5)	Accouchement multiple normal par voie basse, cardiogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD14	153,93
6)	Accouchement multiple assisté par ventouse, forceps ou manœuvre par voie basse, cardiogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD15	162,63
7)	Césarienne programmée, hors urgence, cardiogramme inclus, par laparotomie	NVA11	106,28
8)	Césarienne non programmée, en urgence en dehors du travail, cardiogramme inclus, par laparotomie	NVA12	127,41
9)	Césarienne non programmée, au cours du travail, cardiogramme inclus, par laparotomie	NVA13	122,23

REMARQUES :

- 1) Le code NVQ11 (position 1) ne se cumule pas avec le code NVA11 et NVA12 (positions 7 et 8).
- 2) Les codes NVD11, NVD12, NVD13, NVD14, NVD15, NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 2 à 9) de la présente sous-section ne sont pas cumulables entre eux et un acte de la présente sous-section est cumulable avec au maximum 2 codes de la sous-section 6, section 1 du chapitre 6.
- 3) Les codes NVD11, NVD12, NVD13, NVD14, NVD15, NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 2 à 9) excluent la mise en compte des codes V20 à V26.
- 4) Par dérogation à l'article 19, alinéa 2, les codes NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 7 à 9) sont cumulables avec le code NZC12.
- 5) Les majorations prévues à l'article 8, alinéa 1^{er} ne s'appliquent pas au code NVA11 (position 7) mais s'appliquent aux codes NVA12 et NVA13 (positions 8 et 9).
- 6) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes NVD14, NVD15, NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 5 à 9).

Sous-section 6 : Traitement des complications immédiates de l'accouchement

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Suture d'une déchirure obstétricale du col de l'utérus - CAT	NXD11	20,08
2)	Suture d'une déchirure obstétricale vaginale haute - CAT	NXD12	20,08
3)	Suture d'une déchirure obstétricale périnéale avec atteinte du sphincter externe de l'anus	NXD13	30,12
4)	Suture d'une déchirure obstétricale périnéale avec atteinte du sphincter externe de l'anus et rupture de la paroi ano-rectale antérieure	NXD14	66,93
5)	Mise à plat d'un hématome périnéal ou vaginal d'origine obstétricale, par abord direct	NXA11	33,46



6)	Décollement manuel du placenta	NXD15	22,31
7)	Révision utérine	NXD16	17,85
8)	Pose d'un ballon de Bakri, y compris la révision utérine ou le décollement manuel du placenta	NXD17	89,24
9)	Chirurgie conservatrice de l'hémorragie du post-partum, y compris la révision utérine ou le décollement manuel du placenta et l'éventuelle pose d'un ballon de Bakri	NXQ11	167,32
10)	Hystérectomie d'hémostase, y compris la révision utérine ou le décollement manuel du placenta et l'éventuelle pose d'un ballon de Bakri	NXQ12	200,79
11)	Traitement manuel d'une inversion utérine	NXD18	44,62
12)	Chirurgie d'une inversion utérine, par laparotomie	NXA12	100,39
13)	Chirurgie d'une rupture utérine, par laparotomie	NXA13	111,55

REMARQUES :

- 1) Le code NXD17 (position 8) n'est pas cumulable avec les codes NXD15 et NXD16 (position 6 et 7).
- 2) Le code NXQ11 (position 9) n'est pas cumulable avec les codes NXD15, NXD16 et NXD17 (positions 6, 7 et 8).
- 3) Le code NXQ12 (position 10) n'est pas cumulable avec les codes NXD15, NXD16, NXD17 et NXQ11 (positions 6, 7, 8 et 9).
- 4) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NXD15 et NXD16 (positions 5 et 6).
- 5) Par dérogation à l'article 9, alinéa 1^{er} et en présence de la mise en compte d'un forfait d'accouchement, les codes de la présente sous-section se cumulent entre eux à raison de 100% du tarif pour le premier acte cumulé et à raison de 50% du tarif pour le deuxième acte. Les actes suivants le deuxième acte de la présente sous-section ne donnent pas lieu à honoraires. Le médecin note le tarif réduit en application de la présente disposition sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre « R ». Par dérogation à ce qui précède, s'il s'agit d'un cumul avec un des codes NXD11 ou NXD12 (positions 1 et 2), le cumul se fait à plein tarif.

Section 2 - Gynécologie, actes non liés à la gestation ou à l'accouchement

Sous-section 1^{re} : Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Echographie gynécologique de régions ou d'organes non prévus aux positions suivantes	NCM25	12,20
2)	Echographie gynécologique du pelvis par voie transvaginale	NCM26	18,36



3)	Echographie gynécologique des organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens; non applicable pour échographie en rapport avec la grossesse	NCM27	18,36
4)	Examen échographique des glandes mammaires	NCM28	12,20
5)	Contrôle échographique accompagnant un acte diagnostique ou thérapeutique en gynécologie-obstétrique - CAT (non applicable pour une position à libellé spécifié "échographie comprise")	NCM29	6,12
6)	Examen échographique de vaisseaux avec Doppler continu et pulsé des glandes mammaires ou du pelvis	NCM31	11,91
7)	Prélèvement cervico-vaginal bactériologique - CAC	NGD12	3,28
8)	Prélèvement cervico-vaginal cytologique, maximum un tous les 36 mois, dans le chef de la patiente- CAC	NGD13	3,28
9)	Biopsie vulvaire - CAC	NGA11	10,04
10)	Biopsie vaginale - CAC	NGD14	10,04
11)	Biopsie du col de l'utérus	NGD15	17,45
12)	Biopsie de l'endomètre - CAC	NGE11	9,91
13)	Biopsies profondes de l'endomètre et du myomètre, par hystérocopie interventionnelle	NGE12	36,81
14)	Colposcopie, avec ou sans biopsie	NDE11	17,45
15)	Hystérocopie diagnostique, avec ou sans biopsie	NDE12	16,73
16)	Hystérocopie diagnostique, hydrolaparoscopie transvaginale avec épreuve de perméabilité tubaire et salpingoscopie	NDP11	73,62
17)	Cœlioscopie diagnostique avec ou sans hystérocopie diagnostique, avec ou sans épreuve de perméabilité tubaire	NDP12	68,05

REMARQUES :

- 1) Les codes NCM25, NCM26, NCM27, NCM28, NCM29 et NCM31 (positions 1 à 6) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique.
- 2) Le code NCM26 (position 2) ne peut pas être mis en compte dans le cadre de la datation d'une grossesse.
- 3) Le code NGD13 (position 8) ne peut être mis en compte que tous les 36 mois dans le chef de la patiente dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, sauf en cas de surveillance d'une lésion avérée selon les critères définis par le Conseil scientifique.
- 4) Le code NDE11 (position 14) ne peut être mis en compte qu'après la réalisation d'un prélèvement cervico-vaginal cytologique (position 2) dont le résultat présente une anomalie cytologique ou 2 cytologies sans lecture univoque ou en cas de surveillance d'une lésion avérée selon les critères définis par le Conseil scientifique.



- 5) Le code NDE11 (position 14) ne peut être mis en compte que pour une patiente âgée de 25 à 69 ans.
- 6) Le code NDE11 (position 14) n'est pas cumulable avec les codes NGD12, NGD13, NGD15, NGE11 et NQA22.
- 7) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes NDP11 et NDP12 (positions 16 et 17).

Sous-section 2 : Actes thérapeutiques sur les annexes de l'utérus

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Perforations multiples des ovaires, par coelioscopie	NLC11	90,36
2)	Transposition uni- ou bilatérale de l'ovaire, par coelioscopie	NLC12	123,82
3)	Kystectomie(s) ovarienne(s) unilatérale(s), par laparotomie	NLA11	93,70
4)	Kystectomie(s) ovarienne(s) unilatérale(s), par coelioscopie	NLC13	116,46
5)	Kystectomie(s) ovarienne(s) bilatérale(s), par laparotomie	NLA12	113,78
6)	Kystectomie(s) ovarienne(s) bilatérale(s), par coelioscopie	NLC14	140,55
7)	Ovariectomie unilatérale, par laparotomie	NLA13	87,01
8)	Ovariectomie unilatérale, par coelioscopie	NLC15	108,43
9)	Ovariectomie bilatérale, par laparotomie	NLA14	97,05
10)	Ovariectomie bilatérale, par coelioscopie	NLC16	120,47
11)	Salpingectomie unilatérale, par laparotomie	NLA15	83,66
12)	Salpingectomie unilatérale, par coelioscopie	NLC17	104,41
13)	Salpingectomie bilatérale, par laparotomie	NLA16	90,36
14)	Salpingectomie bilatérale, par coelioscopie	NLC18	114,45
15)	Salpingotomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie	NLA17	80,32
16)	Salpingotomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie	NLC19	100,39
17)	Salpingonéostomie ou fimbrioplastie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie	NLA18	125,16
18)	Salpingonéostomie ou fimbrioplastie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie	NLC21	165,76
19)	Ligature tubaire unilatérale ou bilatérale hors-césarienne, par toute voie d'abord	NZC11	95,93
20)	Ligature tubaire unilatérale ou bilatérale per-césarienne	NZC12	16,73
21)	Anastomose tubo-tubaire unilatérale, par laparotomie	NLA19	150,37
22)	Anastomose tubo-tubaire unilatérale, par coelioscopie	NLC22	232,02
23)	Anastomose tubo-tubaire bilatérale, par laparotomie	NLA21	190,30
24)	Anastomose tubo-tubaire bilatérale, par coelioscopie	NLC23	298,95
25)	Évacuation de collection de l'annexe ou du ligament large, unilatérale ou bilatérale, par laparotomie	NLA22	97,05
26)	Évacuation de collection de l'annexe ou du ligament large, unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie	NLC24	117,80



27)	Détorsion d'une annexe avec ou sans kystectomie, avec ou sans tumorectomie, avec ou sans ovariopexie, par laparotomie	NLA23	100,39
28)	Détorsion d'une annexe avec ou sans kystectomie, avec ou sans tumorectomie, avec ou sans ovariopexie, par coelioscopie	NLC25	123,15
29)	Annexectomie unilatérale, par laparotomie	NLA24	97,05
30)	Annexectomie unilatérale, par coelioscopie	NLC26	117,80
31)	Annexectomie bilatérale, par laparotomie	NLA25	113,78
32)	Annexectomie bilatérale, par coelioscopie	NLC27	137,88
33)	Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, exploration de la cavité abdominale, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par laparotomie	NLA26	319,93
34)	Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, exploration de la cavité abdominale, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par coelioscopie	NLC28	365,21
35)	Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, résection de greffes métastatiques péritonéales de la grande cavité abdominale y compris les coupes diaphragmatiques, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par laparotomie	NLA27	450,66
36)	Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, résection de greffes métastatiques péritonéales de la grande cavité abdominale y compris les coupes diaphragmatiques, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par coelioscopie	NLC29	506,21
37)	Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie bilatérale, omentectomie infragastrique et curage ganglionnaire du ligament de Cooper jusqu'au niveau infra rénal (pelvien et lombo-aortique), avec ou sans appendicectomie, par laparotomie	NLA28	450,66
38)	Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie bilatérale, omentectomie infragastrique et curage ganglionnaire du ligament de Cooper jusqu'au niveau infra rénal (pelvien et lombo-aortique), avec ou sans appendicectomie, par coelioscopie	NLC31	566,67

REMARQUES :



- 1) Les codes NZC11 et NZC12 (positions 19 et 20) ne peuvent être réalisés que dans le cadre du programme de médecine préventive et d'accès universel aux contraceptifs sur le plan national.
- 2) Les codes NZC11 et NZC12 (positions 19 et 20) ne peuvent être mis en compte qu'après la date de la mise en compte du code NZQ12, la patiente ayant fait état de son consentement préalable, libre et éclairé, donné à la suite d'une information adéquate.
- 3) Par dérogation à l'article 19, alinéa 2, le code NZC12 (position 20) est cumulable avec les codes NVA11, NVA12 et NVA13.
- 4) L'assistance opératoire peut être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 3 : Actes thérapeutiques sur l'utérus

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cerclage de l'isthme utérin en-dehors de la grossesse, par laparotomie	NNA11	68,05
2)	Cerclage de l'isthme utérin en-dehors de la grossesse, par coelioscopie	NNC11	98,61
3)	Cerclage de l'isthme utérin en-dehors de la grossesse, par voie vaginale	NND11	45,74
4)	Résection de la totalité du col de l'utérus, par laparotomie	NNA12	68,27
5)	Résection de la totalité du col de l'utérus, par coelioscopie	NNC12	99,28
6)	Résection de la totalité du col de l'utérus, par voie vaginale	NND12	46,85
7)	Trachélectomie élargie par voie vaginale avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par laparotomie	NNP11	336,88
8)	Trachélectomie élargie par voie vaginale avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par coelioscopie	NNP12	425,67
9)	Mise à plat d'un kyste adénomyosique intramural, par hystéroscopie interventionnelle	NNE11	53,54
10)	Curetage utérin sur utérus non gravide	NNE12	30,12
11)	Résection d'un myome, par hystéroscopie interventionnelle	NNE13	82,77
12)	Résection d'un myome pédiculé, par laparotomie	NNA13	60,68
13)	Résection d'un myome pédiculé, avec morcellement, par coelioscopie	NNC13	115,12
14)	Résection d'un myome unique intramural, par laparotomie	NNA14	89,46
15)	Résection d'un myome unique intramural, avec morcellement, par coelioscopie	NNC14	230,24
16)	Résection de myomes multiples, par laparotomie	NNA15	164,20
17)	Résection de myomes multiples, avec morcellement, par coelioscopie	NNC15	250,76



18)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris la destruction d'un ou de plusieurs endométriomes, par laparotomie	NZA14	150,59
19)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris la destruction d'un ou de plusieurs endométriomes, par coelioscopie	NZC13	214,18
20)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris l'exérèse de lésions de la cloison rectovaginale, par laparotomie	NZA15	243,18
21)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris l'exérèse de lésions de la cloison rectovaginale, par coelioscopie	NZC14	310,55
22)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s) superficielle du péritoine, avec ou sans adhésiolyse pelvienne, avec ou sans biopsie, par laparotomie	NZA16	100,39
23)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s) superficielle(s) du péritoine, avec ou sans adhésiolyse pelvienne, avec ou sans biopsie, par coelioscopie	NZC15	107,09
24)	Résection d'une corne utérine, par laparotomie	NNA16	100,39
25)	Résection d'une corne utérine, par coelioscopie	NNC16	123,15
26)	Unification du corps utérin d'un utérus bicorne, par laparotomie	NNA17	160,63
27)	Unification du corps utérin d'un utérus bicorne, par coelioscopie	NNC17	191,42
28)	Exérèse d'un héli-utérus malformé, par laparotomie	NYA11	153,94
29)	Exérèse d'un héli-utérus malformé, par coelioscopie	NYC11	184,73
30)	Hystérectomie avec ou sans conservation du col, avec ou sans annexectomie uni-ou bilatérale, par laparotomie	NNA18	146,80
31)	Hystérectomie avec ou sans conservation du col, avec ou sans annexectomie uni-ou bilatérale, par coelioscopie	NNC18	215,07
32)	Hystérectomie avec ou sans conservation du col, avec ou sans annexectomie uni-ou bilatérale, par voie vaginale	NND13	149,25
33)	Hystérectomie élargie, par laparotomie	NNA19	243,18
34)	Hystérectomie élargie, par coelioscopie	NNC19	313,90
35)	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par laparotomie	NNA21	389,31
36)	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par coelioscopie	NNC21	491,71
37)	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien et para-aortique, par laparotomie	NNA22	375,48
38)	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien et para-aortique, par coelioscopie	NNC22	528,08



39)	Cure d'une isthmocèle, par laparotomie	NNA23	100,39
40)	Cure d'une isthmocèle, par coelioscopie	NNC23	131,63
41)	Cure d'une isthmocèle, par voie vaginale	NND14	100,39
42)	Conisation du col par toutes techniques, avec curetage endocervical, par voie vaginale	NND15	36,81
43)	Dilatation du col, par voie vaginale	NND16	13,83
44)	Ablation d'un polype du col, par voie vaginale (avec analyse histologique) - CAC	NND17	8,92
45)	Ablation d'un polype du col, par hystérocopie interventionnelle	NNE14	50,20
46)	Résection d'un ou plusieurs polypes endométriaux, par hystérocopie interventionnelle	NNE15	44,17
47)	Destruction de la muqueuse utérine par thermocontact, y compris la biopsie endométriale, par voie vaginale	NND18	40,16
48)	Ablation endométriale par coagulation et/ou résection avec prétraitement de la muqueuse, par hystérocopie interventionnelle	NNE16	59,79
49)	Section d'une cloison intra-utérine, avec ou sans section de la partie dans l'endocol, par hystérocopie interventionnelle avec ou sans résection d'une cloison vaginale par voie vaginale	NNP13	73,62
50)	Ablation d'un dispositif intra-utérin, avec ou sans hystérocopie interventionnelle	NNE17	33,46
51)	Ablation d'un dispositif intra-utérin migré dans la cavité abdominale, par laparotomie	NZA17	46,85
52)	Ablation d'un dispositif intra-utérin migré dans la cavité abdominale, par coelioscopie	NZC16	63,36
53)	Cure de synéchies partielles, par hystérocopie interventionnelle	NNE18	53,54
54)	Cure de synéchies complètes, par hystérocopie interventionnelle	NNE19	113,78
55)	Dissection d'une cloison intra-utérine sans présence d'une cloison dans le col ou d'une cloison vaginale, par hystérocopie interventionnelle	NNE21	53,54

REMARQUES :

- 1) Le code NND16 (position 43) n'est pas cumulable avec les codes NTD11, NTQ11, NTD12, NTD13 et NTQ14.



- 2) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NNE11, NNE12, NNE13, NND15, NND16, NND17, NNE14, NNE15, NND18, NNE16, NNP13, NNE17 et NNE18 (positions 9 à 11, 42 à 50 et 53).

Sous-section 4 : Actes thérapeutiques sur le vagin

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Incision ou résection de l'hymen, par voie vaginale	NPA11	30,12
2)	Colpotomie d'élargissement	NPD11	30,12
3)	Ablation de corps étranger du vagin, par vaginoscopie	NPE11	19,86
4)	Résection d'une lésion vaginale par toutes techniques, par voie vaginale	NPD12	28,11
5)	Colpectomie totale ou subtotale par voie vaginale	NPD13	106,64
6)	Colpectomie totale ou subtotale assistée par coelioscopie ou laparotomie	NPQ11	136,31
7)	Colpopérinéorrhaphie antérieure (cure de cystocèle), par voie vaginale	NPD14	73,62
8)	Colpopérinéorrhaphie postérieure, par voie vaginale	NPD15	73,62
9)	Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure, par voie vaginale	NPD16	117,80
10)	Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure avec spinofixation du dôme vaginal selon Richter, par voie vaginale	NPD17	194,10
11)	Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure avec hystérectomie, par voie vaginale	NPD18	187,85
12)	Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure, avec hystérectomie et spinofixation du dôme vaginal selon Richter, par voie vaginale	NPD19	269,32
13)	Création d'un néovagin, par toute voie d'abord	NPQ12	218,19
14)	Evacuation de collection abdominale, par colpotomie	NPA12	33,46

REMARQUE :

- 1) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NPA11, NPD11 et NPE11 (positions 1 à 3).

Sous-section 5 : Actes thérapeutiques sur la vulve

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Incision ou ponction d'un abcès de la glande de Bartholin avec ou sans marsupialisation, avec ou sans échographie	NQA11	30,12
2)	Exérèse de la glande de Bartholin ou autre kyste vulvaire, par abord direct	NQA12	33,11



3)	Résection d'une lésion vulvaire par toutes techniques, par abord direct	NQA13	26,77
4)	Nymphoplastie unilatérale, par abord direct	NQA14	44,40
5)	Nymphoplastie bilatérale, par abord direct	NQA15	68,05
6)	Vulvectomie partielle ou hémi-vulvectomie sans curage ganglionnaire, par abord direct	NQA16	74,96
7)	Vulvectomie partielle ou hémi-vulvectomie avec curage ganglionnaire inguinal avec ou sans exérèse unilatérale du ganglion sentinelle, par abord direct	NQA17	196,33
8)	Vulvectomie partielle ou hémi-vulvectomie avec curage ganglionnaire inguinal avec ou sans exérèse bilatérale du ganglion sentinelle, par abord direct	NQA18	266,60
9)	Vulvectomie totale avec curage ganglionnaire avec ou sans exérèse bilatérale du ganglion sentinelle, par abord direct	NQA19	310,11
10)	Vulvectomie totale sans curage ganglionnaire bilatéral, par abord direct	NQA21	128,28
11)	Suture de plaie de la vulve ou du vagin, en dehors de la grossesse	NQA22	30,12
12)	Incision de collection ou d'hématome vulvo-périnéal ou vaginal	NZQ15	27,89
13)	Hyménectomie, par voie vaginale	NZD14	30,12

REMARQUES :

- 1) Le code NQA22 (position 11) n'est pas cumulable avec les actes prévus à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 6 « Gynécologie », section 1 « Obstétrique ».
- 2) Le code NQA22 (position 11) n'est pas cumulable avec le code NDE11.
- 3) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NQA11, NQA13 et NZD14 (positions 1, 3 et 13).

Sous-section 6 : Autres actes thérapeutiques en gynécologie

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'à la bifurcation de l'artère iliaque interne et externe, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC17	271,96
2)	Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'au niveau iliaque commun, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC18	288,24
3)	Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'au niveau infra mésentérique, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC19	365,21



4)	Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'au niveau infra rénal, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC21	459,36
5)	Stadification avec analyse cytologique de l'ascite, biopsie ou résection des ovaires, et biopsies péritonéales multiples, par toute voie d'abord	NZQ16	87,01
6)	Curage ganglionnaire lombo-aortique dans le cadre d'un acte de chirurgie oncologique gynécologique	NZQ17	340,90
7)	Curage ganglionnaire pelvien dans le cadre d'un acte de chirurgie oncologique gynécologique	NZQ18	208,82
8)	Curage ganglionnaire sentinelle dans le cadre d'un acte de chirurgie oncologique gynécologique	NZQ19	190,75
9)	Omentectomie, par laparotomie	NZA18	124,04
10)	Omentectomie, par coelioscopie	NZC22	196,33
11)	Adhésiolyse, par laparotomie	NZA19	100,39
12)	Adhésiolyse, par coelioscopie	NZC23	121,81
13)	Destruction de lésions au niveau de la vulve, du vagin ou du col de l'utérus par toutes techniques, par voie vaginale	NZQ21	24,54

REMARQUE :

- 1) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour le code NZQ21 (position 13).

».

2° Il est ajouté une nouvelle section 4 prenant la teneur suivante :

« Section 4 – Forfait pour frais d'utilisation d'appareil

Position	Libellé	Code	Coeff.	Tarif
1)	Echographe Classe I	NCJ11	Néant	45,00
2)	Montant réduit pour échographe Classe I	NCJ12	Néant	5,00
3)	Echographe Classe II	NCJ21	Néant	80,00
4)	Montant réduit pour échographe Classe II	NCJ22	Néant	5,00
5)	Echographe Classe III	NCJ31	Néant	105,00
6)	Montant réduit pour échographe Classe III	NCJ32	Néant	5,00
7)	Cardiotocographe	NCJ41	Néant	10,00
8)	Montant réduit pour cardiotocographe	NCJ42	Néant	2,00

REMARQUES :



- 1) L'échographe Classe I (positions 1 et 2) couvre tous les appareils échographiques dont la valeur d'acquisition se situe entre 20.000,00 euros et 59.999,99 euros.
- 2) L'échographe Classe II (positions 3 et 4) couvre tous les appareils échographiques dont la valeur d'acquisition se situe entre 60.000,00 euros et 89.999,99 euros.
- 3) L'échographe Classe III (positions 5 et 6) couvre tous les appareils échographiques dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 90.000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 110.000 euros.
- 4) Le seuil d'activité de référence pour tous les échographes est fixé à 200.
- 5) Le seuil d'activité de référence pour le cardiocotocographe est fixé à 100.
- 6) Pour la mise en compte du montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 1, tel qu'il figure aux positions 1, 3, 5 et 7. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.
- 7) Pour la mise en compte du montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 2, tel qu'il figure aux positions 2, 4, 6 et 8. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.

»

Art. 9. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 8 « Imagerie médicale, radiologie interventionnelle, radiothérapie » du même règlement, la section 3 « Imagerie médicale utilisant les agents physiques sans radiations ionisantes » est modifiée comme suit :

1° La sous-section 1^{re} « Echographie (échetomographie, ultrasonographie) » est modifiée comme suit :

- a) Les positions 13) à 16) et les positions 19) à 23) sont supprimées.
- b) Les actuelles positions 17) et 18) deviennent les positions 13) et 14) nouvelles.

2° À la sous-section 2 « Echo-Doppler des vaisseaux », les positions 11) à 14) sont supprimées.

Art. 10. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques » du même règlement, le chapitre 9 « Oto-Rhino-Laryngologie – Stomatologie – Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire » est modifié comme suit :



1° L'intitulé du chapitre 9 prend la teneur suivante : « Stomatologie – Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire ».

2° La section 1^{re} « Cavité buccale et glandes salivaires » est modifiée comme suit :

- a) À la sous-section 3 « Chirurgie de la langue et du plancher de la bouche », la position 11) est supprimée.
- b) À la sous-section 4 « Chirurgie des glandes salivaires », les positions 1) à 3) ainsi que les positions 5) à 8) sont supprimées.
- c) L'actuelle position 4) devient la position 1) nouvelle.

Art. 11. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Art. 12. Le ministre ayant la Santé et la Sécurité sociale dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.



Recommandation circonstanciée concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

Art. 1^{er}. A l'article 8 « Majoration du tarif des actes techniques », alinéa 1^{er}, première phrase du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, les termes « ou la remarque relative à l'acte » sont insérés entre les termes « sauf si le libellé de l'acte » et les termes « exclut expressément ».

Art. 2. A l'article 9 « Cumul de plusieurs actes techniques » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, la deuxième phrase de l'alinéa 5 est supprimée.

Art. 3. L'article 17 « Dispositions particulières aux actes d'imagerie médicale » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie est modifié comme suit :

1° A la suite de l'alinéa 4, il est inséré un nouvel alinéa 5 qui prend la teneur suivante : « Les actes prévus aux sections 3 et 4 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent pas être mis en compte par les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique. »

2° L'actuel alinéa 5 devient l'alinéa 6.

Art. 4. L'article 19 « Dispositions particulières aux forfaits d'accouchement » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie est modifié comme suit :

1° A l'alinéa 1^{er}, la première phrase est remplacée par la phrase suivante : « Par forfaits d'accouchement on entend les actes prévus à la sous-section 5 intitulée « Actes obstétricaux pendant le travail et l'accouchement » de la section 1 intitulée « Obstétrique » du Chapitre 6 intitulé « Gynécologie » de la deuxième partie intitulée « Actes techniques », à l'exception de l'acte relatif à la tentative de déclenchement du travail par moyen médicamenteux ou mécanique. ».

2° L'alinéa 2 est remplacé par l'alinéa suivant : « Sont compris dans ces forfaits les actes nécessaires le jour de l'accouchement, sauf l'acte relatif à la tentative de déclenchement du travail par moyen médicamenteux ou mécanique et les actes énumérés à la sous-section 6 intitulée « Traitement des complications immédiates de l'accouchement », de la section 1 intitulée « Obstétrique » du Chapitre 6 intitulé « Gynécologie » de la deuxième partie intitulée « Actes techniques ». ».

Art. 5. Au tableau des actes et services à la première partie « Actes généraux », chapitre 1 « Consultations », section 1 « Consultations normales » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, le coefficient de l'acte de la position 14 est modifié comme suit :

«

Position	Libellé	Code	Coeff.
14)	Consultation du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique	C14	13,26

»

Art. 6. Au tableau des actes et services à la première partie « Actes généraux », chapitre 1 « Consultations », section 2 « Consultations majorées » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, il est ajouté une nouvelle position 14 prenant la teneur suivante :

«

Position	Libellé	Code	Coeff.
14)	Consultation majorée du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique	C43	17,40

»

Art. 7. Au tableau des actes et services à la première partie « Actes généraux », chapitre 4 « Traitement hospitalier », section 6 « Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs par le médecin anesthésiste-réanimateur », 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) », les codes « 6G83, 6G94 » figurant au niveau de la remarque sont remplacés par les codes « NNA21, NNA22, NNC21, NNC22, NLA26, NLA27, NLC28 et NLC29 ».

Art. 8. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 2 « Chirurgie », section 5 « Chirurgie du thorax et du cou » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, la sous-section 2 « Chirurgie des seins » prend la teneur suivante :

« a) Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Biopsie mammaire, échographie comprise	SGQ11	25,01

b) Évacuation de collection du sein

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Incision du sein avec ou sans drain de collection, échographie comprise	SLA11	11,15
2)	Drainage d'une collection dans un sein, échographie comprise	SLQ11	25,01
3)	Ponction de kyste mammaire, échographie comprise	SLQ12	25,01

c) Exérèse partielle du sein

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Tumorectomie mammaire unilatérale, maligne ou bénigne	SMA11	110,23
2)	Tumorectomie mammaire bilatérale, maligne ou bénigne	SMA12	220,47
3)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle	SMA13	151,23
4)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SMA14	261,47
5)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle	SMA15	302,47

6)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec curage axillaire homolatéral	SMA16	178,11
7)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire unilatéral	SMA17	288,35
8)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire bilatéral	SMA18	356,22
9)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire unilatéral et exérèse du ganglion sentinelle controlatéral	SMA19	329,34
10)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec réexploration axillaire homolatérale	SMA21	178,11
11)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec réexploration axillaire bilatérale	SMA22	356,22
12)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle et curage axillaire homolatéral	SMA23	219,11
13)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle et curage axillaire bilatéral	SMA24	438,22
14)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA25	180,88
15)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA26	320,77
16)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA27	361,77
17)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec curage axillaire et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA28	207,76
18)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire unilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA29	334,65
19)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire bilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA31	415,52
20)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle, curage axillaire et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA32	248,76
21)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle, curage axillaire bilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA33	497,52
22)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle, curage axillaire unilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA34	388,64
23)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec réexploration axillaire et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA35	207,76
24)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec réexploration axillaire unilatérale et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA36	347,65
25)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec réexploration axillaire bilatérale et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA37	415,52
26)	Pyramidectomie unilatérale	SMA38	66,93
27)	Pyramidectomie bilatérale	SMA39	133,86
28)	Mastectomie sous-cutanée unilatérale	SMA41	122,70
29)	Mastectomie sous-cutanée bilatérale	SMA42	245,41
30)	Mastectomie sous cutanée unilatérale avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SMA43	130,73

31)	Mastectomie sous-cutanée bilatérale avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SMA44	261,47
32)	Mastectomie sous-cutanée bilatérale avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle	SMA45	302,43
33)	Reprise des berges d'exérèse par mastectomie partielle unilatérale	SMA46	66,93
34)	Reprise des berges d'exérèse par mastectomie partielle bilatérale	SMA47	133,86
35)	Résection complémentaire avec extemporané des berges	SMA48	55,77

d) Mastectomie totale

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Mastectomie totale unilatérale	SNA11	110,23
2)	Mastectomie totale bilatérale	SNA12	220,47

e) Mastectomie totale élargie

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse du ganglion sentinelle homolatéral	SPA11	151,23
2)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SPA12	274,30
3)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle	SPA13	302,46
4)	Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec curage axillaire unilatéral	SPA14	178,11
5)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec curage axillaire bilatéral	SPA15	356,22
6)	Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse homolatérale du ganglion sentinelle et curage axillaire consécutif	SPA16	219,11
7)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse du ganglion sentinelle et curage axillaire consécutif	SPA17	438,22
8)	Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec réexploration axillaire unilatérale	SPA18	178,11
9)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec réexploration axillaire bilatérale	SPA19	356,22

f) Actes thérapeutiques sur la plaque aréolo-mamelonnaire

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Ablation unilatérale du complexe aréolo-mamelonnaire	SVA15	55,77
2)	Ablation bilatérale du complexe aréolo-mamelonnaire	SVA16	111,55

g) Autres actes thérapeutiques en sénologie

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Curage axillaire, par abord direct	SZA11	122,99
2)	Exérèse du ganglion sentinelle, par abord direct	SZA12	82,00

3)	Reprise des berges d'exérèse avec curage axillaire homolatéral, par abord direct	SZA13	178,11
4)	Drainage chirurgical d'un sein pour hématome, abcès ou autre, par abord direct	SZA14	26,77
5)	Drainage d'un lymphocèle axillaire, échographie comprise	SZQ11	25,01
6)	Drainage chirurgical d'un lymphocèle axillaire, par abord direct	SZA15	26,77

REMARQUES :

- 1) Les codes SZA11 et SZA12 (positions 1 et 2) ne sont ni cumulables entre eux, ni avec une autre position de la présente sous-section.
- 2) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes SMA13, SMA14, SMA15, SMA16, SMA17, SMA18, SMA19, SMA21, SMA22, SMA23, SMA24, SMA25, SMA26, SMA27, SMA28, SMA29, SMA31, SMA32, SMA33, SMA34, SMA35, SMA36, SMA37, SMA41, SMA42, SMA43, SMA44, SMA45, SNA11, SNA12, SPA11, SPA12, SPA13, SPA14, SPA15, SPA16, SPA17, SPA18, SPA19, SZA11 et SZA13 de la présente sous-section.

».

Art. 9. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 6 « Gynécologie » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, le contenu des sections 1 et 2 est supprimé et remplacé par :

« Section 1 – Obstétrique

Sous-section 1 : Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cardiotocogramme d'une durée de plus de 20 minutes	NAQ11	7,04
2)	Cardiotocogramme d'une durée de plus de 20 minutes accompagnant une consultation - CAC	NAQ12	3,52
3)	Etude en continu du segment ST de l'électrocardiogramme (ECG) fœtal par moniteur "ST Analysis" (STAN) - CAT	NUQ11	33,46
4)	Epreuve de tolérance fœtale à la contraction utérine induite par l'ocytocine (Stress test) - CAT	NAF11	16,73
5)	Echographie d'une grossesse uniembryonnaire au 1er trimestre	NCM11	17,85
6)	Echographie d'une grossesse multiembryonnaire au 1er trimestre	NCM12	33,46
7)	Echographie morphologique d'une grossesse unifoetale au 2ème trimestre	NCM13	55,77
8)	Echographie morphologique d'une grossesse multifoetale au 2ème trimestre	NCM14	93,70
9)	Echographie d'une grossesse unifoetale au 3ème trimestre	NCM15	17,85
10)	Echographie d'une grossesse multifoetale au 3ème trimestre	NCM16	33,46
11)	Examen échographique avec Doppler pulsé des vaisseaux utéro-placentaires, des vaisseaux ombilicaux, des grands vaisseaux fœtaux ou du Ductus Venosus pour la surveillance d'une souffrance fœtale, grossesse unique	NCM17	15,62
12)	Examen échographique avec Doppler pulsé des vaisseaux utéro-placentaires, des vaisseaux ombilicaux, des grands vaisseaux foetaux ou du Ductus Venosus pour la surveillance d'une souffrance fœtale, grossesse multiple	NCM18	31,23

13)	Echographie pour surveillance d'une pathologie fœtale ou d'une malformation sévère documentée, grossesse unique	NCM19	27,89
14)	Echographie pour surveillance d'une pathologie fœtale ou d'une malformation sévère documentée, grossesse multiple	NCM21	55,77
15)	Echographie de second avis dans le cas d'une pathologie fœtale ou malformation sévère diagnostiquée et documentée, grossesse unique	NCM22	55,77
16)	Echographie de second avis dans le cas d'une pathologie fœtale ou malformation sévère diagnostiquée et documentée, grossesse multiple	NCM23	93,70
17)	Echographie en cas de dépassement du terme comprenant fœtométrie, doppler des vaisseaux ombilicaux, localisation du placenta, liquide placentaire et mesure du canal cervical du col de l'utérus, grossesse unique	NCM24	17,61
18)	Amniocentèse transabdominale ou transvaginale, frais de matériel et échographie comprise	NGQ11	25,66
19)	Biopsie transabdominale ou transvaginale du trophoblaste, frais de matériel et échographie comprise	NGQ12	25,66
20)	Cordocentèse diagnostique, échographie comprise	NGF11	35,70
21)	Ponction du fœtus, frais de matériel et échographie comprise	NGQ13	54,66
22)	Prélèvement de sang foetal au scalp - CAT	NGD11	14,50
23)	Bilan de prise en charge en hospitalisation d'une pathologie grave liée à la grossesse d'une parturiente entre la 20ème et la 37ème semaine d'aménorrhée incluse, y compris frottis vaginal, cardiotocogramme et échographie, avec ou sans transfert interhospitalier	NKQ11	44,62
24)	Bilan de prise en charge en hospitalisation d'une pathologie grave liée à la grossesse d'une parturiente entre la 20ème et 37ème semaine d'aménorrhée incluse, y compris frottis vaginal, cardiotocogramme et échographie, après transfert interhospitalier	NKQ12	22,31

REMARQUES :

- 1) Les codes NAQ11 et NAQ12 (positions 1 et 2) et NCM11 à NCM24 (positions 5 à 17) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique.
- 2) Par dérogation à l'article 10, alinéa 1^{er}, point 1), le code NAQ12 (position 2) ne peut être mis en compte qu'avec le code C14.
- 3) Les codes NCM17 et NCM18 (positions 11 et 12) ne peuvent être mis en compte qu'en présence d'une ou de plusieurs indications suivantes :

- Retard de croissance intra-utérin
- Hypertension artérielle, pré-éclampsie, éclampsie
- Anomalie du rythme cardiaque fœtal
- Malformation ou maladie fœtale
- Grossesse multiple avec croissance discordante
- Maladie maternelle préexistante (hypertonie, néphropathie, diabète, maladie auto-immune)
- Anémie fœtale
- Infection fœtale
- Hydrops fetalis
- Surveillance d'une grossesse multiple
- Insertion vélamenteuse du cordon ombilical
- Anomalies d'insertion placentaire

- 4) Les codes NCM22 et NCM23 (positions 15 et 16) excluent la mise en compte le même jour des codes NCM11, NCM12, NCM13, NCM14, NCM15 et NCM16 (positions 5 à 10).
- 5) Par dérogation à l'article 7, alinéa 2, les codes NKQ11 et NKQ12 (positions 23 et 24) peuvent être mis en compte 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 et sous condition qu'il s'agisse du 1^{er} jour d'hospitalisation.
- 6) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 2 : Actes liés à une grossesse se terminant par un avortement

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Interruption de grossesse par moyen médicamenteux avant la fin de la 14ème semaine d'aménorrhée, échographie comprise	NTD11	22,31
2)	Interruption de grossesse par déclenchement médicamenteux ou curetage entre la fin de la 14ème semaine d'aménorrhée et la fin de la 22ème semaine d'aménorrhée, échographie comprise	NTQ11	47,97
3)	Foeticide, échographie comprise	NTQ12	66,93
4)	Administration d'un traitement médical de la grossesse extra-utérine ou de la môle hydatiforme	NTQ13	33,46
5)	Curetage évacuateur d'un utérus gravide avant la 14ème semaine d'aménorrhée, échographie comprise	NTD12	30,12
6)	Curetage de môle hydatiforme, échographie comprise	NTD13	33,46
7)	Réduction embryonnaire, échographie comprise	NTQ14	31,08

REMARQUES :

- 1) Les codes NTD11, NTQ11, NTD12, NTD13 et NTQ14 (positions 1, 2, 5, 6 et 7) ne sont pas cumulables avec le code NND16.
- 2) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 3 : Actes obstétricaux pendant la période prénatale

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cerclage de col, par voie vaginale	NUD11	27,89
2)	Cerclage de col, par laparotomie	NUA11	66,93
3)	Ablation de cerclage de col, par voie vaginale - CAT	NUD12	6,69
4)	Pose d'un pessaire obstétrical	NUD13	11,15
5)	Ablation d'un pessaire obstétrical	NUD14	4,46
6)	Ponction de décharge amniotique, échographie comprise	NUQ12	33,46
7)	Remplissage du liquide amniotique, échographie comprise	NUQ13	33,46
8)	Version par manœuvre externe, échographie et cardiotocogramme compris	NUQ14	44,62

REMARQUE :

- 1) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 4 : Actes thérapeutiques sur le fœtus

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cordocentèse thérapeutique, échographie comprise	NYF11	78,08
2)	Mise en place sur le fœtus d'un cathéter, échographie comprise	NYQ11	55,77
3)	Mise en place sur le fœtus de deux cathéters, échographie comprise	NYQ12	89,24

REMARQUE :

- 1) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 5 : Actes obstétricaux pendant le travail et l'accouchement

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Tentative de déclenchement du travail par moyen médicamenteux ou mécanique, par période de 24 heures pour une durée maximale ne pouvant excéder 72 heures, soit 1 à 3 périodes maximum - CAT	NVQ11	17,85
2)	Accouchement monofoetal normal par voie basse en présentation céphalique, cardiotocogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD11	116,64
3)	Accouchement monofoetal assisté par ventouse ou forceps, par voie basse en présentation céphalique, cardiotocogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD12	125,34
4)	Accouchement monofoetal normal par voie basse en présentation du siège, cardiotocogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD13	129,69
5)	Accouchement multiple normal par voie basse, cardiotocogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD14	153,93
6)	Accouchement multiple assisté par ventouse, forceps ou manœuvre par voie basse, cardiotocogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD15	162,63
7)	Césarienne programmée, hors urgence, cardiotocogramme inclus, par laparotomie	NVA11	106,28
8)	Césarienne non programmée, en urgence en dehors du travail, cardiotocogramme inclus, par laparotomie	NVA12	127,41
9)	Césarienne non programmée, au cours du travail, cardiotocogramme inclus, par laparotomie	NVA13	122,23

REMARQUES :

- 1) Le code NVQ11 (position 1) ne se cumule pas avec le code NVA11 et NVA12 (positions 7 et 8).
- 2) Les codes NVD11, NVD12, NVD13, NVD14, NVD15, NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 2 à 9) de la présente sous-section ne sont pas cumulables entre eux et un acte de la présente sous-section est cumulable avec au maximum 2 codes de la sous-section 6, section 1 du chapitre 6.
- 3) Les codes NVD11, NVD12, NVD13, NVD14, NVD15, NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 2 à 9) excluent la mise en compte des codes V20 à V26.
- 4) Par dérogation à l'article 19, alinéa 2, les codes NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 7 à 9) sont cumulables avec le code NZC12.
- 5) Les majorations prévues à l'article 8, alinéa 1^{er} ne s'appliquent pas au code NVA11 (position 7) mais s'appliquent aux codes NVA12 et NVA13 (positions 8 et 9).

- 6) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes NVD14, NVD15, NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 5 à 9).

Sous-section 6 : Traitement des complications immédiates de l'accouchement

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Suture d'une déchirure obstétricale du col de l'utérus - CAT	NXD11	20,08
2)	Suture d'une déchirure obstétricale vaginale haute - CAT	NXD12	20,08
3)	Suture d'une déchirure obstétricale périnéale avec atteinte du sphincter externe de l'anus	NXD13	30,12
4)	Suture d'une déchirure obstétricale périnéale avec atteinte du sphincter externe de l'anus et rupture de la paroi ano-rectale antérieure	NXD14	66,93
5)	Mise à plat d'un hématome périnéal ou vaginal d'origine obstétricale, par abord direct	NXA11	33,46
6)	Décollement manuel du placenta	NXD15	22,31
7)	Révision utérine	NXD16	17,85
8)	Pose d'un ballon de Bakri, y compris la révision utérine ou le décollement manuel du placenta	NXD17	89,24
9)	Chirurgie conservatrice de l'hémorragie du post-partum, y compris la révision utérine ou le décollement manuel du placenta et l'éventuelle pose d'un ballon de Bakri	NXQ11	167,32
10)	Hystérectomie d'hémostase, y compris la révision utérine ou le décollement manuel du placenta et l'éventuelle pose d'un ballon de Bakri	NXQ12	200,79
11)	Traitement manuel d'une inversion utérine	NXD18	44,62
12)	Chirurgie d'une inversion utérine, par laparotomie	NXA12	100,39
13)	Chirurgie d'une rupture utérine, par laparotomie	NXA13	111,55

REMARQUES :

- 1) Le code NXD17 (position 8) n'est pas cumulable avec les codes NXD15 et NXD16 (position 6 et 7).
- 2) Le code NXQ11 (position 9) n'est pas cumulable avec les codes NXD15, NXD16 et NXD17 (positions 6, 7 et 8).
- 3) Le code NXQ12 (position 10) n'est pas cumulable avec les codes NXD15, NXD16, NXD17 et NXQ11 (positions 6, 7, 8 et 9).
- 4) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NXD15 et NXD16 (positions 5 et 6).
- 5) Par dérogation à l'article 9, alinéa 1^{er} et en présence de la mise en compte d'un forfait d'accouchement, les codes de la présente sous-section se cumulent entre eux à raison de 100% du tarif pour le premier acte cumulé et à raison de 50% du tarif pour le deuxième acte. Les actes suivants le deuxième acte de la présente sous-section ne donnent pas lieu à honoraires. Le médecin note le tarif réduit en application de la présente disposition sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre « R ». Par dérogation à ce qui précède, s'il s'agit d'un cumul avec un des codes NXD11 ou NXD12 (positions 1 et 2), le cumul se fait à plein tarif.

Section 2 - Gynécologie, actes non liés à la gestation ou à l'accouchement

Sous-section 1 : Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Echographie gynécologique de régions ou d'organes non prévus aux positions suivantes	NCM25	12,20
2)	Echographie gynécologique du pelvis par voie transvaginale	NCM26	18,36
3)	Echographie gynécologique des organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens; non applicable pour échographie en rapport avec la grossesse	NCM27	18,36
4)	Examen échographique des glandes mammaires	NCM28	12,20
5)	Contrôle échographique accompagnant un acte diagnostique ou thérapeutique en gynécologie-obstétrique - CAT (non applicable pour une position à libellé spécifié "échographie comprise")	NCM29	6,12
6)	Examen échographique de vaisseaux avec Doppler continu et pulsé des glandes mammaires ou du pelvis	NCM31	11,91
7)	Prélèvement cervico-vaginal bactériologique - CAC	NGD12	3,28
8)	Prélèvement cervico-vaginal cytologique, maximum un tous les 36 mois, dans le chef de la patiente- CAC	NGD13	3,28
9)	Biopsie vulvaire - CAC	NGA11	10,04
10)	Biopsie vaginale - CAC	NGD14	10,04
11)	Biopsie du col de l'utérus	NGD15	17,45
12)	Biopsie de l'endomètre - CAC	NGE11	9,91
13)	Biopsies profondes de l'endomètre et du myomètre, par hystérocopie interventionnelle	NGE12	36,81
14)	Colposcopie, avec ou sans biopsie	NDE11	17,45
15)	Hystérocopie diagnostique, avec ou sans biopsie	NDE12	16,73
16)	Hystérocopie diagnostique, hydrolaparoscopie transvaginale avec épreuve de perméabilité tubaire et salpingoscopie	NDP11	73,62
17)	Cœlioscopie diagnostique avec ou sans hystérocopie diagnostique, avec ou sans épreuve de perméabilité tubaire	NDP12	68,05

REMARQUES :

- 1) Les codes NCM25, NCM26, NCM27, NCM28, NCM29 et NCM31 (positions 1 à 6) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique.
- 2) Le code NCM26 (position 2) ne peut pas être mis en compte dans le cadre de la datation d'une grossesse.
- 3) Le code NGD13 (position 8) ne peut être mis en compte que tous les 36 mois dans le chef de la patiente dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, sauf en cas de surveillance d'une lésion avérée selon les critères définis par le Conseil scientifique.
- 4) Le code NDE11 (position 14) ne peut être mis en compte qu'après la réalisation d'un prélèvement cervico-vaginal cytologique (position 2) dont le résultat présente une anomalie cytologique ou 2 cytologies sans lecture univoque ou en cas de surveillance d'une lésion avérée selon les critères définis par le Conseil scientifique.
- 5) Le code NDE11 (position 14) ne peut être mis en compte que pour une patiente âgée de 25 à 69 ans.
- 6) Le code NDE11 (position 14) n'est pas cumulable avec les codes NGD12, NGD13, NGD15, NGE11 et NQA22.
- 7) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes NDP11 et NDP12 (positions 16 et 17).

Sous-section 2 : Actes thérapeutiques sur les annexes de l'utérus

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Perforations multiples des ovaires, par coelioscopie	NLC11	90,36
2)	Transposition uni- ou bilatérale de l'ovaire, par coelioscopie	NLC12	123,82

3)	Kystectomie(s) ovarienne(s) unilatérale(s), par laparotomie	NLA11	93,70
4)	Kystectomie(s) ovarienne(s) unilatérale(s), par coelioscopie	NLC13	116,46
5)	Kystectomie(s) ovarienne(s) bilatérale(s), par laparotomie	NLA12	113,78
6)	Kystectomie(s) ovarienne(s) bilatérale(s), par coelioscopie	NLC14	140,55
7)	Ovariectomie unilatérale, par laparotomie	NLA13	87,01
8)	Ovariectomie unilatérale, par coelioscopie	NLC15	108,43
9)	Ovariectomie bilatérale, par laparotomie	NLA14	97,05
10)	Ovariectomie bilatérale, par coelioscopie	NLC16	120,47
11)	Salpingectomie unilatérale, par laparotomie	NLA15	83,66
12)	Salpingectomie unilatérale, par coelioscopie	NLC17	104,41
13)	Salpingectomie bilatérale, par laparotomie	NLA16	90,36
14)	Salpingectomie bilatérale, par coelioscopie	NLC18	114,45
15)	Salpingotomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie	NLA17	80,32
16)	Salpingotomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie	NLC19	100,39
17)	Salpingonéostomie ou fimbrioplastie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie	NLA18	125,16
18)	Salpingonéostomie ou fimbrioplastie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie	NLC21	165,76
19)	Ligature tubaire unilatérale ou bilatérale hors-césarienne, par toute voie d'abord	NZC11	95,93
20)	Ligature tubaire unilatérale ou bilatérale per-césarienne	NZC12	16,73
21)	Anastomose tubo-tubaire unilatérale, par laparotomie	NLA19	150,37
22)	Anastomose tubo-tubaire unilatérale, par coelioscopie	NLC22	232,02
23)	Anastomose tubo-tubaire bilatérale, par laparotomie	NLA21	190,30
24)	Anastomose tubo-tubaire bilatérale, par coelioscopie	NLC23	298,95
25)	Évacuation de collection de l'annexe ou du ligament large, unilatérale ou bilatérale, par laparotomie	NLA22	97,05
26)	Évacuation de collection de l'annexe ou du ligament large, unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie	NLC24	117,80
27)	Détorsion d'une annexe avec ou sans kystectomie, avec ou sans tumorectomie, avec ou sans ovariopexie, par laparotomie	NLA23	100,39
28)	Détorsion d'une annexe avec ou sans kystectomie, avec ou sans tumorectomie, avec ou sans ovariopexie, par coelioscopie	NLC25	123,15
29)	Annexectomie unilatérale, par laparotomie	NLA24	97,05
30)	Annexectomie unilatérale, par coelioscopie	NLC26	117,80
31)	Annexectomie bilatérale, par laparotomie	NLA25	113,78
32)	Annexectomie bilatérale, par coelioscopie	NLC27	137,88
33)	Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, exploration de la cavité abdominale, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par laparotomie	NLA26	319,93
34)	Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, exploration de la cavité abdominale, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par coelioscopie	NLC28	365,21
35)	Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, résection de greffes métastatiques péritonéales de la grande cavité abdominale y compris les coupes diaphragmatiques, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par laparotomie	NLA27	450,66

36)	Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, résection de greffes métastatiques péritonéales de la grande cavité abdominale y compris les coupoles diaphragmatiques, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par coelioscopie	NLC29	506,21
37)	Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie bilatérale, omentectomie infragastrique et curage ganglionnaire du ligament de Cooper jusqu'au niveau infra rénal (pelvien et lombo-aortique), avec ou sans appendicectomie, par laparotomie	NLA28	450,66
38)	Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie bilatérale, omentectomie infragastrique et curage ganglionnaire du ligament de Cooper jusqu'au niveau infra rénal (pelvien et lombo-aortique), avec ou sans appendicectomie, par coelioscopie	NLC31	566,67

REMARQUES :

1) Les codes NZC11 et NZC12 (positions 19 et 20) ne peuvent être réalisés que dans le cadre du programme de médecine préventive et d'accès universel aux contraceptifs sur le plan national.

2) Les codes NZC11 et NZC12 (positions 19 et 20) ne peuvent être mis en compte qu'après la date de la mise en compte du code NZQ12, la patiente ayant fait état de son consentement préalable, libre et éclairé, donné à la suite d'une information adéquate.

3) Par dérogation à l'article 19, alinéa 2, le code NZC12 (position 20) est cumulable avec les codes NVA11, NVA12 et NVA13.

4) L'assistance opératoire peut être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 3 : Actes thérapeutiques sur l'utérus

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cerclage de l'isthme utérin en-dehors de la grossesse, par laparotomie	NNA11	68,05
2)	Cerclage de l'isthme utérin en-dehors de la grossesse, par coelioscopie	NNC11	98,61
3)	Cerclage de l'isthme utérin en-dehors de la grossesse, par voie vaginale	NND11	45,74
4)	Résection de la totalité du col de l'utérus, par laparotomie	NNA12	68,27
5)	Résection de la totalité du col de l'utérus, par coelioscopie	NNC12	99,28
6)	Résection de la totalité du col de l'utérus, par voie vaginale	NND12	46,85
7)	Trachélectomie élargie par voie vaginale avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par laparotomie	NNP11	336,88
8)	Trachélectomie élargie par voie vaginale avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par coelioscopie	NNP12	425,67
9)	Mise à plat d'un kyste adénomyosique intramural, par hystéroscopie interventionnelle	NNE11	53,54
10)	Curetage utérin sur utérus non gravide	NNE12	30,12
11)	Résection d'un myome, par hystéroscopie interventionnelle	NNE13	82,77
12)	Résection d'un myome pédiculé, par laparotomie	NNA13	60,68
13)	Résection d'un myome pédiculé, avec morcellement, par coelioscopie	NNC13	115,12
14)	Résection d'un myome unique intramural, par laparotomie	NNA14	89,46
15)	Résection d'un myome unique intramural, avec morcellement, par coelioscopie	NNC14	230,24
16)	Résection de myomes multiples, par laparotomie	NNA15	164,20
17)	Résection de myomes multiples, avec morcellement, par coelioscopie	NNC15	250,76

18)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris la destruction d'un ou de plusieurs endométriomes, par laparotomie	NZA14	150,59
19)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris la destruction d'un ou de plusieurs endométriomes, par coelioscopie	NZC13	214,18
20)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris l'exérèse de lésions de la cloison rectovaginale, par laparotomie	NZA15	243,18
21)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris l'exérèse de lésions de la cloison rectovaginale, par coelioscopie	NZC14	310,55
22)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s) superficielle du péritoine, avec ou sans adhésiolyse pelvienne, avec ou sans biopsie, par laparotomie	NZA16	100,39
23)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s) superficielle(s) du péritoine, avec ou sans adhésiolyse pelvienne, avec ou sans biopsie, par coelioscopie	NZC15	107,09
24)	Résection d'une corne utérine, par laparotomie	NNA16	100,39
25)	Résection d'une corne utérine, par coelioscopie	NNC16	123,15
26)	Unification du corps utérin d'un utérus bicorne, par laparotomie	NNA17	160,63
27)	Unification du corps utérin d'un utérus bicorne, par coelioscopie	NNC17	191,42
28)	Exérèse d'un héli-utérus malformé, par laparotomie	NYA11	153,94
29)	Exérèse d'un héli-utérus malformé, par coelioscopie	NYC11	184,73
30)	Hystérectomie avec ou sans conservation du col, avec ou sans annexectomie uni-ou bilatérale, par laparotomie	NNA18	146,80
31)	Hystérectomie avec ou sans conservation du col, avec ou sans annexectomie uni-ou bilatérale, par coelioscopie	NNC18	215,07
32)	Hystérectomie avec ou sans conservation du col, avec ou sans annexectomie uni-ou bilatérale, par voie vaginale	NND13	149,25
33)	Hystérectomie élargie, par laparotomie	NNA19	243,18
34)	Hystérectomie élargie, par coelioscopie	NNC19	313,90
35)	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par laparotomie	NNA21	389,31
36)	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par coelioscopie	NNC21	491,71
37)	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien et para-aortique, par laparotomie	NNA22	375,48
38)	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien et para-aortique, par coelioscopie	NNC22	528,08
39)	Cure d'une isthmocèle, par laparotomie	NNA23	100,39
40)	Cure d'une isthmocèle, par coelioscopie	NNC23	131,63
41)	Cure d'une isthmocèle, par voie vaginale	NND14	100,39
42)	Conisation du col par toutes techniques, avec curetage endocervical, par voie vaginale	NND15	36,81
43)	Dilatation du col, par voie vaginale	NND16	13,83
44)	Ablation d'un polype du col, par voie vaginale (avec analyse histologique) - CAC	NND17	8,92
45)	Ablation d'un polype du col, par hystéroscopie interventionnelle	NNE14	50,20
46)	Résection d'un ou plusieurs polypes endométriaux, par hystéroscopie interventionnelle	NNE15	44,17
47)	Destruction de la muqueuse utérine par thermocontact, y compris la biopsie endométriale, par voie vaginale	NND18	40,16
48)	Ablation endométriale par coagulation et/ou résection avec prétraitement de la muqueuse, par hystéroscopie interventionnelle	NNE16	59,79

49)	Section d'une cloison intra-utérine, avec ou sans section de la partie dans l'endocol, par hystérocopie interventionnelle avec ou sans résection d'une cloison vaginale par voie vaginale	NNP13	73,62
50)	Ablation d'un dispositif intra-utérin, avec ou sans hystérocopie interventionnelle	NNE17	33,46
51)	Ablation d'un dispositif intra-utérin migré dans la cavité abdominale, par laparotomie	NZA17	46,85
52)	Ablation d'un dispositif intra-utérin migré dans la cavité abdominale, par coelioscopie	NZC16	63,36
53)	Cure de synéchies partielles, par hystérocopie interventionnelle	NNE18	53,54
54)	Cure de synéchies complètes, par hystérocopie interventionnelle	NNE19	113,78
55)	Dissection d'une cloison intra-utérine sans présence d'une cloison dans le col ou d'une cloison vaginale, par hystérocopie interventionnelle	NNE21	53,54

REMARQUES :

- 1) Le code NND16 (position 43) n'est pas cumulable avec les codes NTD11, NTQ11, NTD12, NTD13 et NTQ14.
- 2) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NNE11, NNE12, NNE13, NND15, NND16, NND17, NNE14, NNE15, NND18, NNE16, NNP13, NNE17 et NNE18 (positions 9 à 11, 42 à 50 et 53).

Sous-section 4 : Actes thérapeutiques sur le vagin

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Incision ou résection de l'hymen, par voie vaginale	NPA11	30,12
2)	Colpotomie d'élargissement	NPD11	30,12
3)	Ablation de corps étranger du vagin, par vaginoscopie	NPE11	19,86
4)	Résection d'une lésion vaginale par toutes techniques, par voie vaginale	NPD12	28,11
5)	Colpectomie totale ou subtotale par voie vaginale	NPD13	106,64
6)	Colpectomie totale ou subtotale assistée par coelioscopie ou laparotomie	NPQ11	136,31
7)	Colpopérinéorrhaphie antérieure (cure de cystocèle), par voie vaginale	NPD14	73,62
8)	Colpopérinéorrhaphie postérieure, par voie vaginale	NPD15	73,62
9)	Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure, par voie vaginale	NPD16	117,80
10)	Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure avec spinofixation du dôme vaginal selon Richter, par voie vaginale	NPD17	194,10
11)	Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure avec hystérectomie, par voie vaginale	NPD18	187,85
12)	Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure, avec hystérectomie et spinofixation du dôme vaginal selon Richter, par voie vaginale	NPD19	269,32
13)	Création d'un néovagin, par toute voie d'abord	NPQ12	218,19
14)	Evacuation de collection abdominale, par colpotomie	NPA12	33,46

REMARQUE :

- 1) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NPA11, NPD11 et NPE11 (positions 1 à 3).

Sous-section 5 : Actes thérapeutiques sur la vulve

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Incision ou ponction d'un abcès de la glande de Bartholin avec ou sans marsupialisation, avec ou sans échographie	NQA11	30,12

2)	Exérèse de la glande de Bartholin ou autre kyste vulvaire, par abord direct	NQA12	33,11
3)	Résection d'une lésion vulvaire par toutes techniques, par abord direct	NQA13	26,77
4)	Nymphoplastie unilatérale, par abord direct	NQA14	44,40
5)	Nymphoplastie bilatérale, par abord direct	NQA15	68,05
6)	Vulvectomie partielle ou hémi-vulvectomie sans curage ganglionnaire, par abord direct	NQA16	74,96
7)	Vulvectomie partielle ou hémi-vulvectomie avec curage ganglionnaire inguinal avec ou sans exérèse unilatérale du ganglion sentinelle, par abord direct	NQA17	196,33
8)	Vulvectomie partielle ou hémi-vulvectomie avec curage ganglionnaire inguinal avec ou sans exérèse bilatérale du ganglion sentinelle, par abord direct	NQA18	266,60
9)	Vulvectomie totale avec curage ganglionnaire avec ou sans exérèse bilatérale du ganglion sentinelle, par abord direct	NQA19	310,11
10)	Vulvectomie totale sans curage ganglionnaire bilatéral, par abord direct	NQA21	128,28
11)	Suture de plaie de la vulve ou du vagin, en dehors de la grossesse	NQA22	30,12
12)	Incision de collection ou d'hématome vulvo-périnéal ou vaginal	NZQ15	27,89
13)	Hyménectomie, par voie vaginale	NZD14	30,12

REMARQUES :

- 1) Le code NQA22 (position 11) n'est pas cumulable avec les actes prévus à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 6 « Gynécologie », section 1 « Obstétrique ».
- 2) Le code NQA22 (position 11) n'est pas cumulable avec le code NDE11.
- 3) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NQA11, NQA13 et NZD14 (positions 1, 3 et 13).

Sous-section 6 : Autres actes thérapeutiques en gynécologie

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'à la bifurcation de l'artère iliaque interne et externe, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC17	271,96
2)	Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'au niveau iliaque commun, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC18	288,24
3)	Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'au niveau infra-mésentérique, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC19	365,21
4)	Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'au niveau infra-rénal, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC21	459,36
5)	Stadification avec analyse cytologique de l'ascite, biopsie ou résection des ovaires, et biopsies péritonéales multiples, par toute voie d'abord	NZQ16	87,01
6)	Curage ganglionnaire lombo-aortique dans le cadre d'un acte de chirurgie cancérologique gynécologique	NZQ17	340,90
7)	Curage ganglionnaire pelvien dans le cadre d'un acte de chirurgie cancérologique gynécologique	NZQ18	208,82
8)	Curage ganglionnaire sentinelle dans le cadre d'un acte de chirurgie cancérologique gynécologique	NZQ19	190,75
9)	Omentectomie, par laparotomie	NZA18	124,04
10)	Omentectomie, par coelioscopie	NZC22	196,33
11)	Adhésiolyse, par laparotomie	NZA19	100,39
12)	Adhésiolyse, par coelioscopie	NZC23	121,81

13)	Destruction de lésions au niveau de la vulve, du vagin ou du col de l'utérus par toutes techniques, par voie vaginale	NZQ21	24,54
-----	---	-------	-------

REMARQUE :

- 1) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour le code NZQ21 (position 13).
».

Art. 10. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 8 « Imagerie médicale, radiologie interventionnelle, radiothérapie » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, la section 3 « Imagerie médicale utilisant les agents physiques sans radiations ionisantes » est modifiée comme suit :

1° A la sous-section 1 « Echographie (échotomographie, ultrasonographie) », les positions 13) à 16) sont supprimées et les actuelles positions 17) à 23) deviennent les nouvelles positions 13) à 19).

2° A la sous-section 2 « Echo-Doppler des vaisseaux », les positions 11) à 14) sont supprimées.

Art. 11. Le présent règlement grand-ducal entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Art. 12. Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale est chargée de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Exposé des motifs

L'adaptation du chapitre 6 « Gynécologie » de la nomenclature des actes et services des médecins s'impose afin de mieux décrire la pratique médico-chirurgicale actuelle et de permettre une tarification qui reflète effectivement les prestations réalisées.

L'introduction de nouveaux actes doit accompagner l'évolution des techniques et des pratiques « en mettant l'accent sur le respect des derniers standards et acquis scientifiques, la prise en compte des facteurs temps, difficulté intellectuelle et/ou technique, risque et pénibilité et des orientations en matière de services de santé publique, de permanence et de garde, et aussi dans l'optique de maintenir l'attractivité de l'exercice hospitalier et extrahospitalier de la médecine », tel que cela a été exprimé au sein du chapitre « Sécurité Sociale » de l'accord de coalition 2013-2028 du Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg.

La nomenclature de Gynécologie-obstétrique n'a pas suivi les évolutions techniques et médicales des dernières années et ne reprend donc pas certains actes réalisés en pratique courante. Une révision intégrale s'avère donc nécessaire.

Au regard de l'article 65, alinéa 13 du Code de la sécurité sociale, l'entrée en vigueur est à prévoir pour le 1^{er} janvier 2025.

Votée à l'unanimité lors de la réunion de la Commission de nomenclature

en date du 31 janvier 2024.

Pour la Commission de nomenclature

Dr Birgit VOLKMANN

Présidente de la Commission de nomenclature

Ministère de la santé et de la sécurité sociale
26, rue Ste Zithe L-2763 Luxembourg

Téléphone : 2478 76309 Mail : nomenclature@mss.etat.lu

Digitally signed
by Birgit

Volkman

Date:

2024.02.01

14:03:28

+01'00'



Recommandation circonstanciée concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

Art. 1er.

A la suite de l'article 15, il est ajouté un nouvel article 15*bis* au règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie qui prend la teneur suivante :

« Par dérogation à l'article 15, les forfaits pour frais d'utilisation d'appareil du Chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services ne peuvent être mis en compte que lorsqu'un acte du Chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services implique l'utilisation de cet appareil. La mise en compte des forfaits pour frais d'utilisation d'appareil n'est possible que pour les appareils installés en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question et déclarés à la Caisse nationale de santé par le médecin ou l'association.

Ces forfaits englobent les frais d'amortissement et les frais de fonctionnement de l'appareil installé, dont notamment l'équipement principal, la maintenance corrective et évolutive, les consommables et les frais liés à l'archivage des résultats délivrés par l'appareil.

Le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil varie en fonction de la classe à laquelle appartient l'appareil installé, de la date de la première prestation résultant de l'utilisation de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, du nombre d'actes effectués et d'un seuil d'activité de référence.

Les seuils d'activité de référence doivent être appliqués par tranche de 12 mois. Le seuil d'activité de référence ainsi que les montants plein ou réduit y relatifs, retenus par classe d'appareil, sont fixés au Chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services.

Afin de déterminer l'activité réelle annuelle, le décompte du nombre d'actes débute, pour une année X, le jour de la mise en compte du premier acte réalisé à l'aide de l'appareil installé et dont la prise en charge par l'assurance maladie est demandée, et s'achève au 31 décembre de la même année X.

Tant que l'appareil n'est pas amorti et que l'activité réelle annuelle est inférieure ou égale au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil est mis en compte.

Dès que l'activité réelle annuelle dépasse le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil doit être appliqué, que l'appareil soit amorti ou non.

Dès que l'appareil est considéré comme amorti, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil s'applique.

La durée de l'amortissement des appareils est calculée sur cinq ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie.

Par dérogation à l'alinéa précédent, la durée de l'amortissement des appareils peut être prolongée jusqu'à sept ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, tant que pour au moins cinq ans sur cette période maximale de sept ans révolus, l'activité annuelle réelle est inférieure au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé et à condition que le nombre de forfaits à montant plein pris en charge par l'assurance maladie reste inférieur à cinq fois le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé.

Le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil ne tient compte que des frais de fonctionnement de l'appareil de sorte que les frais d'amortissement de l'appareil ne puissent plus être mis en compte.

L'article 8, alinéa 1^{er} et l'article 9 ne s'appliquent pas au forfait pour frais d'utilisation d'appareil de sorte que le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil se cumule avec tout autre acte technique autorisé.

L'intégralité du présent article 15bis ne s'applique qu'au Chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services. »

Art. 2.

Au tableau des actes et services, à la deuxième partie « Actes techniques », au Chapitre 6 « Gynécologie » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie est ajouté une Section 4 « Forfait pour frais d'utilisation d'appareil » qui prend la teneur suivante :

« Section 4 – Forfait pour frais d'utilisation d'appareil »

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Montant</u>
1) Echographe Classe I	NCJ11	Néant	45,00
2) Montant réduit pour échographe Classe I	NCJ12	Néant	5,00
3) Echographe Classe II	NCJ21	Néant	80,00
4) Montant réduit pour échographe Classe II	NCJ22	Néant	5,00
5) Echographe Classe III	NCJ31	Néant	105,00
6) Montant réduit pour échographe Classe III	NCJ32	Néant	5,00
7) Cardiotocographe	NCJ41	Néant	10,00
8) Montant réduit pour cardiotocographe	NCJ42	Néant	2,00

REMARQUES :

- 1) L'échographe Classe I (positions 1 et 2) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe entre 20.000,00 euros et 59.999,99 euros.
- 2) L'échographe Classe II (positions 3 et 4) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe entre 60.000,00 euros et 89.999,99 euros.
- 3) L'échographe Classe III (positions 5 et 6) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 90.000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 110.000 euros.
- 4) Le seuil d'activité de référence pour tous les échographes est fixé à 200.
- 5) Le seuil d'activité de référence pour le cardiotocographe est fixé à 100.
- 6) Pour la mise en compte du montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 1, tel qu'il figure aux

positions 1, 3, 5 et 7. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.

- 7) Pour la mise en compte du montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 2, tel qu'il figure aux positions 2, 4, 6 et 8. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.

».

Art. 3.

Le présent règlement grand-ducal entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Art. 4.

Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale est chargée de l'exécution du présent règlement grand-ducal qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Exposé des motifs

L'introduction d'un nouvel article 15*bis* au règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (ci-après « Nomenclature ») s'avère nécessaire afin de mettre en place une maîtrise médicalisée des dépenses de l'assurance maladie-maternité lorsqu'un acte, repris au tableau des actes et services de la Nomenclature, deuxième partie « Actes techniques », Chapitre 6 « Gynécologie », implique l'utilisation d'un appareil pour lequel une mise en compte de frais est prévue.

Pour l'utilisation d'un appareil dans le cadre décrit ci-dessus, l'article 65, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale prévoit la possibilité de fixer un forfait au niveau de la Nomenclature. Un tel forfait doit tenir compte des frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil.

Lors de la réunion de médiation du 27 novembre 2023 dans le cadre d'absence d'accord sur l'adaptation de la lettre-clé pour les exercices 2023 et 2024 pour les actes et services des médecins, la Caisse nationale de santé et l'Association des médecins et médecins-dentistes se sont engagées à procéder à la mise en place de forfaits adaptés aux frais directs et indirects résultant de l'utilisation d'appareils par les médecins spécialistes en gynécologie et obstétrique; et ceci conformément au protocole d'accord signé le 25 novembre 2020 en exécution de l'article 68 de la convention du 13 décembre 1993, telle qu'elle a été amendée, conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé, portant fixation de la valeur de la lettre-clé pour les exercices 2021 et 2022 pour les actes et services des médecins.

Cette forme de régulation des dépenses est un corollaire de l'article 23 du Code de la sécurité sociale étant donné que les médecins sont déjà tenus de veiller à ce que les prestations à charge de l'assurance maladie soient « *faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale* ».

La rémunération des médecins se décompose d'une part d'un tarif résultant d'un acte technique désigné par la lettre-clé et un coefficient, et d'autre part d'un forfait pour frais d'utilisation d'appareil à l'aide duquel l'acte a été réalisé.

Les modalités de calcul du forfait pour frais d'utilisation d'appareil prennent en compte les frais directs et les frais indirects. Par frais, on vise notamment les coûts de l'équipement principal de l'appareil, les coûts de maintenance correctrice et évolutive, les coûts des consommables et les frais liés à l'archivage des résultats délivrés par l'appareil.

Le forfait de frais d'utilisation d'appareil permet de tenir compte des progrès médicaux et techniques réels relatifs aux appareils existant sur le marché tout en respectant l'article 23 du Code de la sécurité sociale qui exclut tout effet de rente.

L'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2025 vise à permettre une entrée en vigueur simultanée avec les modifications nécessaires au niveau de la convention du 13 décembre 1993, telle qu'elle a été amendée, conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé et au niveau des statuts de la Caisse nationale de santé.

Votée à l'unanimité lors de la réunion de la Commission de nomenclature
en date du 31 janvier 2024.

Pour la Commission de nomenclature
Dr Birgit VOLKMANN
Présidente de la Commission de nomenclature



Digitally signed
by Birgit
Volkmann
Date:
2024.02.01
14:04:12 +01'00'



Commission de nomenclature - Secrétariat

Recommandation circonstanciée concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

Art. 1^{er}. L'article 17 « Dispositions particulières aux actes d'imagerie médicale » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (article 3 de la recommandation circonstanciée émanant de la Commission de nomenclature du 31 janvier 2024) est modifié comme suit :

1° A la suite de l'alinéa 5, il est inséré un nouvel alinéa 6 qui prend la teneur suivante : « Les actes prévus aux sous-sections 1 et 2 de la section 3 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent pas être mis en compte par les médecins spécialistes en gastro-entérologie. »

2° L'alinéa 6 devient le nouvel alinéa 7.

Art. 2. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1 « Médecine générale - Spécialités non chirurgicales » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, la section 6 « Gastro-Entérologie » est modifiée comme suit :

1° L'intitulé de la section 6 prend la teneur suivante : « Section 6 – Hépato-Gastro-Entérologie ».

2° Le contenu de la section 6 est supprimé et remplacé par le contenu suivant :

« Sous-section 1 - Explorations fonctionnelles

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Mesure de la production respiratoire d'isotope stable ou d'hydrogène, maximum quatre mesures	LFQ11	11,65
2)	Mesure de la production respiratoire d'isotope stable ou d'hydrogène, à partir de cinq mesures	LFQ12	18,67
3)	Manométrie oesophagienne haute résolution avec ingestion de liquides et/ou de solides	LBD11	46,68
4)	Manométrie ano-rectale	LBD12	64,16
5)	Manométrie ano-rectale haute résolution	LBD13	64,16
6)	PH-métrie oesophagienne ou gastrique d'une durée supérieure à 12 heures, avec épreuves de provocation éventuelles	LAD11	42,45
7)	PH-métrie oesophagienne avec impédancemétrie	LAD12	49,07
8)	PH-métrie oesophagienne avec mise en place d'une vidéocapsule	LAD13	106,10

REMARQUES :

- 1) Les codes LFQ11 et LFQ12 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes LBD12 et LBD13 (positions 4 et 5) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes LAD11, LAD12 et LAD13 (positions 6 à 8) ne sont pas cumulables entre eux.

Sous-section 2 - Endoscopie haute diagnostique



Commission de nomenclature - Secrétariat

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Oesophago (fibro) scopie exploratrice	LDE11	9,36
2)	Oesophagoscopie avec une ou plusieurs biopsie(s)	LGE11	14,05
3)	Oesophagogastroduodéoscopie sans biopsie	LDE12	21,10
4)	Oesophagogastroduodéoscopie avec biopsie(s), maximum cinq biopsies, y compris cytologie ou coloration vitale ou chromoendoscopie virtuelle	LGE12	39,19
5)	Oesophagogastroduodéoscopie avec six biopsies ou plus pour étude d'un état pré-néoplasique, y compris cytologie ou coloration vitale ou chromoendoscopie virtuelle	LGE13	57,95

REMARQUE :

- 1) Les codes LDE11 à LGE13 (positions 1 à 5) ne sont pas cumulables entre eux.

Sous-section 3 - Endoscopie haute thérapeutique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Oesogastroduodéoscopie avec extraction de corps étrangers	LZE11	51,67
2)	Oesogastroduodéoscopie avec dilatation de sténose	LZE12	58,28
3)	Oesogastroduodéoscopie avec polypectomie	LZE13	63,87
4)	Oesogastroduodéoscopie avec sclérothérapie de varices	LNE11	63,87
5)	Oesogastroduodéoscopie avec ligature(s) de varices	LNE12	63,87
6)	Oesogastroduodéoscopie avec mise en place de clips hémostatiques ou d'électrocoagulation de tumeurs	LNE13	51,67
7)	Oesogastroduodéoscopie avec résection de tumeur oesophagienne, gastrique ou duodénale par résection muqueuse endoscopique (EMR), y compris coloration, marquage, résection large et hémostase	LZE14	116,10
8)	Oesogastroduodéoscopie avec dissection sous-muqueuse oesophagienne, gastrique ou duodénale, y compris coloration, marquage, résection large et hémostase	LZE15	241,31
9)	Oesogastroduodéoscopie avec résection trans pariétale d'une lésion, y compris marquage, résection avec fermeture immédiate et hémostase	LZE16	180,15
10)	Oesogastroduodéoscopie avec traitement endoscopique de perforations digestives supérieures	LZE17	125,65
11)	Oesogastroduodéoscopie avec mise en place d'un drainage par éponge, sous aspiration, pour le traitement de fistules oesophagiennes	LNE14	106,10
12)	Oesogastroduodéoscopie avec ablation par radiofréquence de lésions pré-néoplasiques de l'œsophage	LNE15	103,72
13)	Oesogastroduodéoscopie et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies	LZE18	84,28
14)	Oesogastroduodéoscopie avec drainage kysto-digestif	LTE11	145,57
15)	Oesogastroduodéoscopie avec nécrosectomie pancréatique, par séance	LTE12	145,57
16)	Extraction ou changement de sonde PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) à ballonnet, avec ou sans dilatation, sans endoscopie	LPE11	18,73
17)	Oesophagogastroduodéoscopie avec mise en place d'une sonde d'alimentation ou décompression jéjunale	LQE11	84,28



Commission de nomenclature - Secrétariat

18)	Oesophagogastroduodénoscopie avec mise en place de PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) en sonde jéjunale de type JET-PEG (jejunal tube through PEG)	LQE12	85,05
19)	Oesogastroduodénoscopie avec mise en place d'une prothèse au niveau du tractus digestif supérieur, dilatation comprise	LNE17	84,28
20)	Gastrostomie ou jéjunostomie percutanée, par voie endoscopique	LZE19	72,00
21)	Gastrostomie ou jéjunostomie percutanée, par voie endoscopique, avec gastropexie	LZE21	106,10
22)	Oesophagogastroduodénoscopie avec myotomie endoscopique (POEM : Per Oral Endoscopic Myotomy)	LNE18	241,31
23)	Oesophagogastroduodénoscopie avec dilatation pneumatique d'une achalasia	LNE19	94,85
24)	Oesophagogastroduodénoscopie avec traitement d'un diverticule de Zenker	LNE21	130,83
25)	Oesophagogastroduodénoscopie avec myotomie du pylore	LPE12	241,31
26)	Traitement endoscopique du Buried bumper	LPE13	143,75
27)	Abrasion et resurfaçage de la muqueuse duodénale, par voie endoscopique	LPE14	129,09

REMARQUE :

- 1) Les codes LZE11 à LPE14 (positions 1 à 27) ne sont cumulables ni avec un autre code de la présente sous-section, ni avec le code LDE22 (position 1) de la sous-section 8 (Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) diagnostique) ni avec les codes LTE13 à LTE21 (positions 1 à 8) de la sous-section 9 (Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) thérapeutique).

Sous-section 4 - Entéroscopie diagnostique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéocapsule ingérée	LDE13	91,34
2)	Entéroscopie haute à l'aide d'un entéroscope dédié, sans biopsie	LDE14	90,02
3)	Entéroscopie haute à l'aide d'un entéroscope dédié, biopsie(s) comprise(s)	LGE14	90,02
4)	Entéroscopie basse à l'aide d'un entéroscope dédié, sans biopsie	LDE15	90,02
5)	Entéroscopie basse à l'aide d'un entéroscope dédié, biopsie(s) comprise(s)	LGE15	90,02

REMARQUES :

- 1) Le code LDE13 (position 1) n'est pas cumulable avec un autre code de la présente sous-section.
- 2) Les codes LDE14 et LGE14 (positions 2 et 3) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes LDE15 et LGE15 (positions 4 et 5) ne sont pas cumulables entre eux.

Sous-section 5 - Entéroscopie thérapeutique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Entéroscopie haute à l'aide d'un entéroscope dédié avec acte thérapeutique : coagulation, polypectomie	LQE13	106,10



Commission de nomenclature - Secrétariat

2)	Entéroscopie basse à l'aide d'un entéroscope dédié avec acte thérapeutique : coagulation, polypectomie	LQE14	106,10
----	---	-------	--------

Sous-section 6 - Endoscopie digestive basse diagnostique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Anuscopie - CAC	LWD16	9,36
2)	Rectoscopie exploratrice avec rectoscope rigide, sans biopsie	LDE16	13,50
3)	Rectoscopie avec rectoscope rigide et biopsie(s)	LGE16	18,18
4)	Colofibrosopie du côlon gauche, y compris la rectosigmoïdoscopie, sans biopsie	LDE17	28,11
5)	Colofibrosopie du côlon gauche avec biopsie(s)	LGE17	33,51
6)	Colofibrosopie totale, sans biopsie	LDE18	50,55
7)	Colofibrosopie totale avec chromoendoscopie et jusqu'à dix biopsies	LGE18	55,75
8)	Colofibrosopie totale avec chromoendoscopie et biopsies étagées, à partir de onze biopsies	LGE19	60,71
9)	Colofibrosopie du côlon gauche, y compris la rectosigmoïdoscopie, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LDE19	42,83
10)	Colofibrosopie du côlon gauche avec biopsie, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LGE21	54,09
11)	Colofibrosopie totale, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LDE21	71,16
12)	Colofibrosopie totale avec biopsie, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LGE22	77,76

REMARQUE :

- 1) Les codes LDE16 à LGE22 (positions 2 à 12) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec les codes LRE14 à LRE25 (positions 8 à 18) de la sous-section 7 (Endoscopie digestive basse thérapeutique).

Sous-section 7 - Endoscopie digestive basse thérapeutique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Traitement de la fistule anale au fil de nylon, première séance, par période de six mois	LWD17	18,73
2)	Traitement de la fistule anale au fil de nylon, séance suivante	LWD18	16,40
3)	Traitement de la fistule anale avec injection de cellules souches	LWD19	74,88
4)	Pose d'une ligature élastique sur une hémorroïde par séance	LWD21	14,08
5)	Hémostase lors d'une colofibrosopie	LRE11	23,44
6)	Résection endoscopique d'un polype à l'anse froide ou diathermique, par polype, avec récupération du polype	LRE12	16,44
7)	Résection endoscopique d'un polype pédiculé > 10 mm avec traitement du pédicule, par polype	LRE13	21,08



Commission de nomenclature - Secrétariat

8)	Colofibroscope du côlon gauche avec une des interventions suivantes : extraction de corps étrangers, mise en place d'une sonde, dilatation endoscopique	LRE14	58,28
9)	Colofibroscope totale avec une des interventions suivantes : extraction de corps étrangers, mise en place d'une sonde, dilatation endoscopique	LRE15	84,28
10)	Colofibroscope partielle ou totale avec mise en place d'une prothèse, y compris la dilatation endoscopique	LRE16	116,10
11)	Colofibroscope partielle ou totale avec résection de tumeur colique ou iléale par résection muqueuse endoscopique (EMR), y compris coloration, marquage, résection large et hémostase	LRE17	95,56
12)	Colofibroscope partielle ou totale avec dissection sous-muqueuse (ESD : Endoscopic Submucosal Dissection), y compris coloration, marquage, résection large et hémostase	LRE18	296,91
13)	Colofibroscope partielle ou totale avec résection transpariétale, y compris marquage, résection et fermeture simultanée par clips OTSC (Over The SCoPe)	LRE19	241,31
14)	Colofibroscope partielle ou totale avec traitement endoscopique de perforations digestives basses	LRE21	125,65
15)	Colofibroscope partielle ou totale avec mise en place d'un drainage par éponge, sous aspiration, pour le traitement de fistules anastomotiques	LRE22	84,28
16)	Colofibroscope de décompression avec pose d'une sonde de décompression	LRE23	84,28
17)	Colofibroscope du côlon gauche avec une des interventions suivantes : polypectomie et/ou résection de tumeurs, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LRE24	64,28
18)	Colofibroscope totale avec une des interventions suivantes: polypectomie et/ou résection de tumeurs, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LRE25	88,95

REMARQUES :

- 1) Le code LWD17 (position 1) ne peut être mis en compte qu'une seule fois sur une période de 6 mois, pour un même patient.
- 2) Le code LWD18 (position 2) ne peut être mis en compte que pendant une période de 6 mois à compter de la mise en compte du code LWD17 (position 1).
- 3) Les codes LWD17 à LWD19 (positions 1 à 3) ne sont pas cumulables entre eux.
- 4) Le code LWD21 (position 4) n'est cumulable à plein tarif qu'avec le code LWD16.
- 5) Le code LRE11 (position 5) n'est cumulable à plein tarif qu'avec le code LDE17, LGE17, LDE18, LGE18, LGE19, LDE19, LGE21, LDE21, LGE22, LRE14, LRE15, LRE16, LRE17, LRE18, LRE19, LRE21, LRE22, LRE23, LRE24 ou LRE25.
- 6) Le code LRE12 (position 6) ne peut être mis en compte qu'avec le code LDE17, LGE17, LDE18, LGE18, LGE19, LDE19, LGE21, LDE21, LGE22, LRE14, LRE15, LRE16, LRE17, LRE18, LRE19, LRE21, LRE22, LRE23, LRE24 ou LRE25.
- 7) Le code LRE12 (position 6) n'est pas soumis aux dispositions de l'article 9, alinéa 1^{er}.
- 8) Le code LRE13 (position 7) ne peut être mis en compte qu'avec le code LDE17, LGE17, LDE18, LGE18, LGE19, LDE19, LGE21, LDE21, LGE22, LRE14, LRE15, LRE16, LRE17, LRE18, LRE19, LRE21, LRE22, LRE23, LRE24 ou LRE25.
- 9) Le code LRE13 (position 7) n'est pas soumis aux dispositions de l'article 9, alinéa 1^{er}.
- 10) Les codes LRE14 à LRE25 (positions 8 à 18) ne sont pas cumulables entre eux.



Commission de nomenclature - Secrétariat

Sous-section 8 - Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) diagnostique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) exploratrice	LDE22	71,07

REMARQUE :

- 1) Le code LDE22 (position 1) n'est cumulable ni avec un code de la sous-section 3 - Endoscopie haute thérapeutique, ni avec un code de la sous-section 9 - Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) thérapeutique.

Sous-section 9 - Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) thérapeutique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec sphinctérotomie et/ou biopsie(s)	LTE13	85,89
2)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec sphinctérotomie et/ou biopsie(s) sur terrain "atypique" (bypass, gastrectomie...)	LTE14	145,57
3)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec extraction de calculs (sphinctérotomie, sonde de Dormia, cathéter à ballonnet, lithotritie mécanique, dilatation)	LTE15	105,07
4)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec drainage temporaire par sonde ou mise en place d'une prothèse	LTE16	128,65
5)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec drainage temporaire par sonde ou mise en place de deux ou plusieurs prothèses	LTE17	151,95
6)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec résection de lésions pré-néoplasiques et néoplasiques de la papille	LTE18	145,57
7)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec cholangioscopie/pancréaticoscopie directe, y compris une ou plusieurs biopsie(s)	LTE19	126,46
8)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec cholangioscopie/pancréaticoscopie directe avec lithotritie, électro-hydraulique ou laser	LTE21	196,22

REMARQUE :

- 1) Les codes LTE13 à LTE21 (positions 1 à 8) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec un code de la sous-section 3 - Endoscopie haute thérapeutique, ni avec un code de la sous-section 8 - Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) diagnostique.

Sous-section 10 - Echoendoscopie diagnostique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Echoendoscopie digestive supérieure	LEE11	74,88
2)	Echoendoscopie digestive supérieure avec injection de contraste	LEE12	85,05
3)	Echoendoscopie des voies pancréatico-biliaires	LEE13	103,72



Commission de nomenclature - Secrétariat

4)	Echoendoscopie des voies pancréatico-biliaires avec injection de contraste sous contrôle échographique	LEE14	112,45
5)	Echoendoscopie du rectum et du sigmoïde	LEE15	74,88
6)	Echoendoscopie du rectum et du sigmoïde avec injection de contraste	LEE16	85,05
7)	Echoendoscopie digestive haute ou basse avec ponction d'une structure intra- ou extra-murale à l'aiguille fine	LEE17	143,75
8)	Echoendoscopie digestive haute ou basse avec ponction d'une structure intra- ou extra-murale à l'aiguille fine, avec injection de contraste	LEE18	152,41
9)	Echoendoscopie digestive haute ou basse avec endomicroscopie	LEE19	181,15

REMARQUES :

- 1) Les codes LEE11 et LEE12 (positions 1 et 2) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec les codes LEE13, LEE14, LEE17, LEE18 et LEE19 (positions 3, 4, 7, 8 et 9).
- 2) Les codes LEE13 et LEE14 (positions 3 et 4) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec les codes LEE11, LEE12, LEE17, LEE18 et LEE19 (positions 1, 2, 7, 8 et 9).
- 3) Les codes LEE15 et LEE16 (positions 5 et 6) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec les codes LEE17, LEE18 et LEE19 (positions 7 à 9).
- 4) Les codes LEE17, LEE18 et LEE19 (positions 7 à 9) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec un autre code de la présente sous-section.

Sous-section 11 - Echoendoscopie thérapeutique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Echoendoscopie digestive haute ou basse avec drainage transmural	LZP11	190,93
2)	Echoendoscopie digestive haute avec accès aux voies biliaires ou à la vésicule biliaire, y compris la pose de stent	LSP11	211,69
3)	Echoendoscopie digestive haute avec accès aux voies pancréatiques, y compris la pose de stent	LTP11	211,69
4)	Echoendoscopie digestive haute avec destruction de tumeurs hépatiques ou pancréatiques, par un courant de radiofréquence ou une autre énergie	LZP12	211,69
5)	Echoendoscopie digestive haute avec neurolyse du plexus coeliaque	LZP13	152,41

REMARQUE :

- 1) Les codes LZP11 à LZP13 (positions 1 à 5) ne sont pas cumulables entre eux.

Sous-section 12 – Explorations hépatiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cathétérisme des veines sus-hépatiques avec prise de pression par voie transjugulaire	LBF11	84,28



Commission de nomenclature - Secrétariat			
2)	Cathétérisme des veines sus-hépatiques avec prise de pression et biopsie hépatique par voie transjugulaire	LGF11	107,63
3)	Elastographie hépatique	LCM11	9,33
4)	Echographie abdominale avec injection de contraste spécifique (CEUS : Contrast-Enhanced Ultra-Sound)	LCM12	39,19

REMARQUES :

- 1) Les codes LBF11 et LGF11 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Le code LCM11 (position 3) ne peut être mis en compte et cumulé à plein tarif qu'avec les codes LCM13 ou LCM14 ou LCM15.
- 3) Le code LCM12 (position 4) ne peut être mis en compte et cumulé à plein tarif qu'avec les codes LCM14 ou LCM15.
- 4) Le code LCM12 (position 4) ne peut être mis en compte que par les médecins spécialistes en gastro-entérologie.

Sous-section 13 – Explorations abdomino-pelviennes

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Echographie hépato-gastro-entérologique des organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens ; non applicable pour échographie en rapport avec la grossesse	LCM13	18,36
2)	Echographie hépato-gastro-entérologique de vaisseaux avec Doppler pulsé, non applicable pour l'examen des veines du pelvis et des membres inférieurs, la première séance	LCM14	23,82
3)	Echographie hépato-gastro-entérologique 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	LCM15	11,91

REMARQUES :

- 1) Les codes LCM13, LCM14 et LCM15 (positions 1 à 3) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en gastro-entérologie.
- 2) Le code LCM13, LCM14 ou LCM15 (positions 1 à 3) peut être mis en compte avec le code LCJ11, LCJ12, LCJ21, LCJ22, LCJ31 ou LCJ32 au cours de la même séance.
- 3) ~~Les codes LCM14 et LCM15 (positions 2 à 3) ne sont cumulables ni avec le code LCM11 ni avec le code LCM12.~~

Sous-section 14 - Actes thérapeutiques sur le foie

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Echographie abdominale avec destruction de tumeur hépatique par alcoolisation	LSF11	44,92

REMARQUE :



Commission de nomenclature - Secrétariat

- 1) Le code LSF11 (position 1) n'est pas cumulable avec les codes LCM11 et LCM12 et ne peut être mis en compte que par les médecins spécialistes en gastro-entérologie.

Sous-section 15 - Transplantation de microbiote fécal

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Transplantation de microbiote fécal par voie haute, par oesogastroduodénoscopie	LZQ11	64,37
2)	Transplantation de microbiote fécal par voie basse, par coloscopie	LZQ12	64,37

Sous-section 16 - Divers

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Tamponnade de l'œsophage	LND11	42,28
2)	Lithotritie extracorporelle des voies biliaires et pancréatique	LZM11	91,34

».

Art. 3. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 2 « Chirurgie », section 2 « Chirurgie générale » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, il est ajouté une nouvelle sous-section 6 prenant la teneur suivante :

« Sous-section 6 – « Laparoscopie »

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Laparoscopie, sans autre intervention intra-abdominale	1G15	29,89
2)	Laparoscopie avec biopsie ou petite intervention	1G16	36,06

».

Art. 4. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 8 « Imagerie médicale, radiologie interventionnelle, radiothérapie », section 3 « Imagerie médicale utilisant les agents physiques sans radiations ionisantes », sous-section 1 « Echographie (échotomographie, ultrasonographie) » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, les actuelles positions 19) à 23), devenues les positions 15) à 19) en vertu de l'article 10 de la recommandation circonstanciée émanant de la Commission de nomenclature du 31 janvier 2024, sont supprimées.

Art. 5. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 2 « Chirurgie », section 6 « Chirurgie de l'appareil digestif et de l'abdomen », sous-section 13 « Chirurgie de l'anus » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, à la deuxième remarque, le code « 1G61 » est remplacé par le code « LWD16 ».

Art. 6. Le présent règlement grand-ducal entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025.



Art. 7. Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale est chargée de l'exécution du présent règlement grand-ducal qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Exposé des motifs

L'adaptation de la section 6 « Gastro-entérologie » du chapitre 1 « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales » de la nomenclature des actes et services des médecins s'impose afin de mieux décrire la pratique médico-chirurgicale actuelle et de permettre une tarification qui reflète effectivement les prestations réalisées.

En ce qui concerne les codes LRE12 et LRE13 de la nouvelle sous-section 7 « Endoscopie digestive basse thérapeutique », les dispositions de l'article 9 relatif au cumul de plusieurs actes techniques ne s'appliquent pas afin d'assurer la qualité de la prise en charge médicale des patients.

L'introduction de nouveaux actes doit accompagner l'évolution des techniques et des pratiques en mettant l'accent sur le respect des derniers standards et acquis scientifiques, la prise en compte des facteurs temps, difficulté intellectuelle et/ou technique, risque et pénibilité et des orientations en matière de services de santé publique, de permanence et de garde, et aussi dans l'optique de maintenir l'attractivité de l'exercice hospitalier et extrahospitalier de la médecine.

Les actes techniques actuels de gastro-entérologie, c'est-à-dire autres que les consultations et forfaits hospitaliers, n'ont pas suivi les évolutions techniques et médicales des dernières années et ne reprennent donc pas certains actes devenus courants. Une révision intégrale s'avère donc nécessaire.

Suite à la demande de l'AMMD lors de la réunion de la Commission de nomenclature du 19 juin 2024, les consultations figurant à la première partie « Actes généraux », chapitre 1 « Consultations » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie ont été retirées de la demande standardisée portant le numéro 12/2024 et insérées dans la demande standardisée portant le numéro 13/2024.

Au regard de l'article 65, alinéa 13 du Code de la sécurité sociale, l'entrée en vigueur des modifications proposées visant la première partie « Actes généraux », chapitre 1 « Consultations » est à prévoir pour le 1^{er} janvier 2025. Par conséquent et afin de permettre une entrée en vigueur simultanée, une entrée en vigueur de la présente proposition de modification au 1^{er} janvier 2025 s'avère nécessaire.

Votée à l'unanimité lors de la séance de la Commission de nomenclature « MEDHOSP » le 3 juillet 2024.

Pour la Commission de nomenclature

Dr Birgit VOLKMANN 
Présidente de la Commission de nomenclature

Digitally signed by
Birgit Volkmann
Date: 2024.07.04
10:13:53 +02'00'



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Commission de nomenclature - Secrétariat



Recommandation circonstanciée concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

Art. 1^{er}. A la suite de l'article 15*bis* du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (article 1^{er} de la recommandation circonstanciée émanant de la Commission de nomenclature du 31 janvier 2024), il est ajouté un nouvel article 15*ter* qui prend la teneur suivante :

« Par dérogation à l'article 15, les forfaits pour frais d'utilisation d'appareil du chapitre 1 « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 6 « Hépato-Gastro-Entérologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services ne peuvent être mis en compte que lorsqu'un acte du chapitre 1 « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 6 « Hépato-Gastro-Entérologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services implique l'utilisation de cet appareil. La mise en compte des forfaits pour frais d'utilisation d'appareil n'est possible que pour les appareils installés en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question et déclarés à la Caisse nationale de santé par le médecin ou l'association.

Ces forfaits englobent les frais d'amortissement et les frais de fonctionnement de l'appareil installé, dont notamment l'équipement principal, la maintenance corrective et évolutive, les consommables et les frais liés à l'archivage des résultats délivrés par l'appareil.

Le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil varie en fonction de la classe à laquelle appartient l'appareil installé, de la date de la première prestation résultant de l'utilisation de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, du nombre d'actes effectués et d'un seuil d'activité de référence.

Les seuils d'activité de référence doivent être appliqués par tranche de 12 mois. Le seuil d'activité de référence ainsi que les montants plein ou réduit y relatifs, retenus par classe d'appareil, sont fixés au chapitre 1 « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 6 « Hépato-Gastro-Entérologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services.

Afin de déterminer l'activité réelle annuelle, le décompte du nombre d'actes débute, pour une année X, le jour de la mise en compte du premier acte réalisé à l'aide de l'appareil installé et dont la prise en charge par l'assurance maladie est demandée, et s'achève au 31 décembre de la même année X.

Tant que l'appareil n'est pas amorti et que l'activité réelle annuelle est inférieure ou égale au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil est mis en compte.

Dès que l'activité réelle annuelle dépasse le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil doit être appliqué, que l'appareil soit amorti ou non.

Dès que l'appareil est considéré comme amorti, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil s'applique.

La durée de l'amortissement des appareils est calculée sur cinq ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie.



Commission de nomenclature - Secrétariat

Par dérogation à l'alinéa précédent, la durée de l'amortissement des appareils peut être prolongée jusqu'à sept ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, tant que pour au moins cinq ans sur cette période maximale de sept ans révolus, l'activité annuelle réelle est inférieure au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé et à condition que le nombre de forfaits à montant plein pris en charge par l'assurance maladie reste inférieur à cinq fois le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé.

Le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil ne tient compte que des frais de fonctionnement de l'appareil de sorte que les frais d'amortissement de l'appareil ne puissent plus être mis en compte.

L'article 8, alinéa 1^{er} et l'article 9 ne s'appliquent pas au forfait pour frais d'utilisation d'appareil de sorte que le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil se cumule avec tout autre acte technique autorisé.

L'intégralité du présent article 15^{ter} ne s'applique qu'au chapitre 1 « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 6 « Hépato-Gastro-Entérologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services. ».

Art. 2. Au tableau des actes et services à la première partie « Actes généraux », chapitre 1 « Consultations », section 1 « Consultations normales » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, le coefficient de l'acte de la position 4 est modifié comme suit :

«

Position	Libellé	Code	Coeff.
4)	Consultation du médecin spécialiste en gastro-entérologie	C4	9,05

».

Art. 3. Au tableau des actes et services à la première partie « Actes généraux », chapitre 1 « Consultations », section 2 « Consultations majorées » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, le coefficient de l'acte de la position 2 est modifié comme suit :

«

Position	Libellé	Code	Coeff.
2)	Consultation majorée du médecin spécialiste en gastro-entérologie	C31	15,57

».

Art. 3. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques », au chapitre 1 « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 6 du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge



par l'assurance maladie est ajoutée une nouvelle sous-section 17 « Forfait pour frais d'utilisation d'appareil » qui prend la teneur suivante :

« Sous-section 17 - Forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Montant</u>
1) Echographe Classe I	LCJ11	Néant	45,00
2) Montant réduit pour échographe Classe I	LCJ12	Néant	5,00
3) Echographe Classe II	LCJ21	Néant	80,00
4) Montant réduit pour échographe Classe II	LCJ22	Néant	5,00
5) Echographe Classe III	LCJ31	Néant	105,00
6) Montant réduit pour échographe Classe III	LCJ32	Néant	5,00

REMARQUES :

- 1) L'échographe Classe I (positions 1 et 2) couvre tous les appareils échographiques dont la valeur d'acquisition se situe entre 20.000,00 euros et 59.999,99 euros.
- 2) L'échographe Classe II (positions 3 et 4) couvre tous les appareils échographiques dont la valeur d'acquisition se situe entre 60.000,00 euros et 89.999,99 euros.
- 3) L'échographe Classe III (positions 5 et 6) couvre tous les appareils échographiques dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 90.000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 110.000,00 euros.
- 4) Le seuil d'activité de référence pour tous les échographiques est fixé à 200.
- 5) Pour la mise en compte du montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 1, tel qu'il figure aux positions 1, 3 et 5. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.
- 6) Pour la mise en compte du montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 2, tel qu'il figure aux positions 2, 4 et 6. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.
- 7) Le code LCJ11, LCJ12, LCJ21, LCJ22, LCJ31 ou LCJ32 ne peut être mis en compte que si le code LCM13, LCM14 ou LCM15 a été mis en compte au cours de la même séance. ».

Art. 4. Le présent règlement grand-ducal entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Art. 5. Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale est chargée de l'exécution du présent règlement grand-ducal qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.



Commission de nomenclature - Secrétariat

Exposé des motifs

L'insertion de l'article 15*bis* au règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (ci-après « Nomenclature ») a été proposée au ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions par la recommandation circonstanciée émanant de la Commission de nomenclature du 31 janvier 2024, ne visant alors que le chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services.

L'ajout de l'article 15*ter* à la Nomenclature permet d'élargir la maîtrise médicalisée des dépenses de l'assurance maladie-maternité aux actes, repris au tableau des actes et services de la Nomenclature, deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1 « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 6 « Gastro-Entérologie », qui impliquent l'utilisation d'un appareil pour lequel une mise en compte de frais est prévue. Cet article 15*ter* utilise d'ores et déjà le nouvel intitulé de la section 6 « Hépato-Gastro-Entérologie », proposé par la demande standardisée introduite devant la Commission de nomenclature le même jour que la présente demande standardisée.

Pour l'utilisation d'un appareil dans le cadre décrit ci-dessus, l'article 65, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale prévoit la possibilité de fixer un forfait au niveau de la Nomenclature. Un tel forfait doit tenir compte des frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil.

La rémunération des médecins se décompose d'une part d'un tarif résultant d'un acte technique désigné par la lettre-clé et un coefficient, et d'autre part d'un forfait pour frais d'utilisation d'appareil à l'aide duquel l'acte a été réalisé.

Les modalités de calcul du forfait pour frais d'utilisation d'appareil prennent en compte les frais directs et les frais indirects. Par frais, on vise notamment les coûts de l'équipement principal de l'appareil, les coûts de maintenance correctrice et évolutive, les coûts des consommables et les frais liés à l'archivage des résultats délivrés par l'appareil.

Le forfait pour frais d'utilisation d'appareil permet de tenir compte des progrès médicaux et techniques réels relatifs aux appareils existant sur le marché tout en respectant l'article 23 du Code de la sécurité sociale.

Afin de garantir une homogénéité des forfaits pour frais d'utilisation d'appareils pour les différents médecins spécialistes, le contenu de l'article 15*bis* rédigé en faveur des médecins spécialistes en gynécologie et obstétrique est élargi aux médecins spécialistes en gastro-entérologie.

Au regard de l'article 65, alinéa 13 du Code de la sécurité sociale, l'entrée en vigueur pour les consultations doit être prévue pour le 1^{er} janvier 2025.

Suite à la demande de l'AMMD lors de la réunion de la Commission de nomenclature du 19 juin 2024, les consultations figurant à la première partie « Actes généraux », chapitre 1 « Consultations » de la Nomenclature ont été retirées de la demande standardisée portant le numéro 12/2024 et insérées à la demande standardisée portant le numéro 13/2024.

Dans la mesure où les consultations figurent dorénavant au sein du présent projet de recommandation circonstanciée et qu'elles font partie de la refonte des actes et services des médecins spécialistes en gastro-entérologie, une entrée en vigueur simultanée des présentes propositions avec celles proposées



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Commission de nomenclature - Secrétariat
pour le chapitre 1 « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 6 « Gastro-Entérologie
» est à prévoir pour le 1^{er} janvier 2025.

Votée à la majorité des voix lors de la séance de la Commission de nomenclature « MED » le 3 juillet
2024.

Pour la Commission de nomenclature

Dr Birgit VOLKMANN
Présidente de la Commission de nomenclature

Digitally signed by
Birgit Volkmann
Date: 2024.07.04
11:55:36 +02'00'



Recommandation circonstanciée concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

Art. 1^{er}. L'article 2 « Distinction entre actes généraux et techniques » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie est modifié comme suit :

1° A l'alinéa 2, première phrase, les termes « Oto-Rhino-Laryngologie – Stomatologie – Chirurgie maxillo-faciale – Médecine dentaire » sont remplacés par les termes « Stomatologie - Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire ».

2° L'alinéa 3 est modifié comme suit :

- a) Au point 4, le signe de ponctuation à la fin de la phrase est supprimé.
- b) À la suite du point 4, il est inséré un nouveau point 5 qui prend la teneur suivante : « GUE11, GUD11, GUP11, GUA11, GUA12, GUA13 de la sous-section 2 de la section 3 du chapitre 3 de la deuxième partie de l'annexe. ».

Art. 2. L'article 17 « Dispositions particulières aux actes d'imagerie médicale » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (article 3 de la recommandation circonstanciée émanant de la Commission de nomenclature du 31 janvier 2024 et article proposé par demande standardisée soumise à la Commission de nomenclature en date du 24 mai 2024) est modifié comme suit :

1° A la suite de l'alinéa 6, il est inséré un nouvel alinéa 7 qui prend la teneur suivante : « Les actes prévus aux sous-sections 1 et 2 de la section 3 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent pas être mis en compte par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie. ».

2° L'alinéa 7 devient le nouvel alinéa 8.

Art. 3. Au tableau des actes et services à la première partie « Actes généraux », chapitre 1 « Consultations », section 1 « Consultations normales » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, le coefficient de l'acte de la position 17 est modifié comme suit :

«

Position	Libellé	Code	Coeff.
17)	Consultation du médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie	C17	9,24

».

Art. 4. Au tableau des actes et services à la première partie « Actes généraux », chapitre 4 « Traitement hospitalier », section 6 « Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs par le médecin anesthésiste-réanimateur », 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) » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, à la remarque les termes « 3L72 à 3L77, 3L91 » sont remplacés par les termes « GVP11, GZQ12, GZQ13, GWA11, GWA12, GXA12 ».

Art. 5. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1 « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 5 « Neurologie, psychiatrie et algologie », la sous-section 1 « Neurologie » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie est modifiée comme suit :

1° La position 18) est supprimée et les actuelles positions 19) à 27) deviennent les nouvelles positions 18) à 26).

2° A la deuxième remarque, les termes « , 1N37 » sont supprimés.

Art. 6. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 2 « Chirurgie », section 5 « Chirurgie du thorax et du cou » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, la sous-section 1 « Cou » est modifiée comme suit :

1° Les positions 4) à 7) sont supprimées.

2° L'actuelle position 8) devient la nouvelle position 4).

3° Les positions 9) à 11) sont supprimées.

4° L'actuelle position 12) devient la nouvelle position 5).

Art. 7. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, le chapitre 3 « Oto-Rhino-Laryngologie » prend la teneur suivante :

« Section 1 - Oreilles

Sous-Section 1 - Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Otoscopie au microscope binoculaire - CAC	GDE11	5,38
2)	Audiométrie vocale réalisée en chambre insonorisée - CAC	GFQ11	12,03
3)	Audiométrie tonale réalisée en chambre insonorisée, avec détermination des seuils de conduction aérienne et osseuse pour les fréquences 250 à 8000 Hz, documentation par graphique - CAC	GFQ12	12,21



4)	Audiométrie tonale réalisée en chambre insonorisée, complétée par une audiométrie vocale réalisée en chambre insonorisée et/ou par la recherche d'un recrutement audiométrique, documentation par un graphique - CAC	GFQ13	16,04
5)	Audiométrie à balayage de fréquence - CAC	GFQ14	5,38
6)	Audiométrie comportementale, pour un patient de moins de 6 ans, réalisée en chambre insonorisée - CAC	GFQ15	16,04
7)	Bilan auditif central, y compris tests de discrimination d'intensité, de fréquence et de phonèmes, test de résolution temporelle, test vocal de faible redondance, test dichotique, test de reconnaissance de formes et de configuration temporelle, test d'interaction binaurale, en chambre insonorisée, avec rapport	GFQ16	42,47
8)	Premier contrôle par audiométrie en champ libre après la pose d'un dispositif de correction auditive - CAC	GFQ17	13,72
9)	Impédancemétrie, tympanométrie, étude du réflexe stapédien - CAC	GFQ18	5,38
10)	Examen labyrinthique avec épreuve de stimulation par manœuvre positionnelle - CAC	GFQ19	8,49
11)	Electronystagmographie et tests d'oculomotricité avec épreuve rotatoire en fauteuil pendulaire	GFQ21	38,88
12)	Electronystagmographie avec épreuve de stimulation calorique, par air ou par eau	GFQ22	30,08
13)	Potentiels évoqués auditifs avec recherche du seuil de détection de l'onde V(5) et étude des latences	GFQ23	33,66
14)	Potentiels évoqués auditifs automatiques de dépistage de surdité	GFQ24	33,66
15)	Enregistrement des potentiels évoqués vestibulaires d'origine sacculaire (potentiels évoqués otolithiques / potentiels évoqués sacculo lithiques)	GFQ25	33,66
16)	Test de surdité de perception par enregistrement bilatéral des oto-émissions acoustiques - CAC	GFQ26	14,99
17)	Test de surdité de perception par enregistrement bilatéral des produits de distorsion des oto-émissions acoustiques (DPOAE), réalisé en cabine insonorisée - CAC	GFQ27	14,99
18)	Evaluation de la fonction vestibulaire par la posturographie dynamique informatisée (mesure de la stratégie d'utilisation des composantes visuelle, vestibulaire et proprioceptive)	GFQ28	20,17
19)	Evaluation de la fonction vestibulaire par le video Head Impulse Test (vHIT - mesure des 6 canaux semi-circulaires et de la fonction du nerf vestibulaire supérieur et inférieur) avec caméra de haute résolution	GFQ29	20,17
20)	Séance de rééducation de la lithiase vestibulaire par manœuvre libératoire - CAC	GZQ11	18,29
21)	Exploration du rocher en coupes fines, avec rapport, par cone beam	GCK11	22,87



REMARQUES :

- 1) Les codes GFQ11, GFQ12, GFQ13, GFQ14 et GFQ15 (positions 2 à 6) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GFQ23, GFQ24 et GFQ25 (positions 13 à 15) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes GFQ26 et GFQ27 (positions 16 et 17) ne sont pas cumulables entre eux.
- 4) Les codes GFQ28 et GFQ29 (positions 18 et 19) ne sont pas cumulables entre eux.
- 5) Les codes GFQ13 et GFQ18 (positions 4 et 9) ne sont pas cumulables entre eux.
- 6) Le code GFQ17 (position 8) ne peut être mis en compte qu'une fois par dispositif de correction auditive.
- 7) Le code GFQ11, GFQ12, GFQ13, GFQ14, GFQ15, GFQ16, GFQ17, GFQ26 ou GFQ27 (positions 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 16 et 17) peut être mis en compte avec le code GFM11, GFM12, GFM21 ou GFM22 au cours de la même séance.
- 8) Le code GFQ18 (position 9) peut être mis en compte avec le code GFM41 ou GFM42 au cours de la même séance.
- 9) Le code GFQ23, GFQ24 ou GFQ25 (positions 13 à 15) peut être mis en compte avec le code GFM51, GFM52, GFM61 ou GFM62 au cours de la même séance.
- 10) Le code GFQ21, GFQ22, GFQ28 ou GFQ29 (positions 11, 12, 18 et 19) peut être mis en compte avec le code GFM71, GFM72, GFM81 ou GFM82 au cours de la même séance.
- 11) Les codes GFQ11, GFQ12, GFQ13, GFQ14, GFQ15, GFQ16, GFQ17, GFQ18, GFQ23, GFQ24, GFQ25, GFQ26 et GFQ27 (positions 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16 et 17) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie.
- 12) Les codes GFQ21, GFQ22, GFQ28 et GFQ29 (positions 11, 12, 18 et 19) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie ou en neurologie ou en pédiatrie.

Sous-section 2 - Chirurgie de l'oreille

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Extraction d'un corps étranger ou d'un bouchon de cérumen enclavé du conduit auditif au microscope - CAC	GQD11	5,21
2)	Traitement chirurgical d'un othématome, par voie externe	GQA11	31,85
3)	Pose d'une épithèse ostéo-intégrée de la face ou du pavillon de l'oreille, par voie externe	GQA12	148,38
4)	Exérèse d'une exostose oblitérante du méat acoustique externe, par voie du conduit auditif externe ou rétro-auriculaire	GQP11	18,05
5)	Ablation d'un ostéome non pédiculé du conduit auditif externe, par toute voie d'abord	GQQ11	70,18
6)	Ablation d'une tumeur maligne de l'oreille externe de minimum 0,5 cm dans son grand axe, par toute voie d'abord	GQQ12	60,15



Commission de nomenclature - Secrétariat

7)	Réséction large d'une tumeur maligne de l'oreille externe, par toute voie d'abord	GQQ13	94,24
8)	Paracentèse du tympan - CAC	GRB11	12,03
9)	Mise en place d'un aérateur transtympanique, par côté, par voie du conduit auditif externe	GRB12	20,58
10)	Traitement pré-opératoire de l'otite chronique sous microscope, par séance (maximum 4 séances) - CAC	GRD11	6,14
11)	Traitement post-opératoire de l'otite chronique sous microscope, par séance, (maximum 4 séances) - CAC	GRD12	7,43
12)	Plastie de la membrane tympanique (myringoplastie), par toute voie d'abord	GRQ11	104,09
13)	Plastie du tympan avec réparation de la continuité de la chaîne ossiculaire, par toute voie d'abord	GRQ12	177,31
14)	Intervention pour ankylose de l'étrier, par toute voie d'abord	GRQ13	176,25
15)	Reprise après intervention sur l'étrier, par toute voie d'abord	GRE11	179,44
16)	Colmatage de la fenêtré ovale et/ou fenêtré ronde par du tissu adipeux pour fistule périlymphatique de l'oreille moyenne, par voie transméatale	GRE12	110,28
17)	Réséction d'un cholestéatome de l'oreille moyenne, mastoïdectomie non comprise, par voie rétro-auriculaire	GRC11	182,62
18)	Injection transtympanique d'un produit à action cochléaire dans le cadre des surdités brusques, des acouphènes aigus ou encore d'une neuronite vestibulaire aiguë, sous microscope, par voie du conduit auditif externe	GSB11	17,15
19)	Fermeture d'une fistule d'un canal semi-circulaire, par voie rétro-auriculaire	GSC11	179,44
20)	Dilatation tubaire par ballonnet, lors d'une microendoscopie de la trompe d'Eustache, par voie endonasale	GSE11	52,60
21)	Intervention pour fracture transverse du rocher, par voie externe rétro-auriculaire ou par voie du conduit auditif externe	GZP11	180,50
22)	Intervention pour fracture longitudinale du rocher avec réparation de la chaîne ossiculaire, par voie rétro-auriculaire	GZC11	178,37
23)	Mastoïdectomie, par voie rétro-auriculaire	GZC12	74,32
24)	Mastoïdectomie avec tympanotomie postérieure, par voie rétro-auriculaire	GZC13	180,50
25)	Evidement pétro-mastoïdien, par voie rétro-auriculaire	GZC14	176,25
26)	Libération ou réparation du nerf facial intrapétreux, par voie rétro-auriculaire	GZC15	180,50
27)	Réséction du rocher pour tumeur de l'oreille moyenne, y compris mastoïdectomie, par voie rétro-auriculaire	GZC16	240,61

REMARQUES :

- 1) Les codes GQP11 et GQQ11 (positions 4 et 5) ne sont pas cumulables entre eux.



Commission de nomenclature - Secrétariat

- 2) Les codes GRD11 et GRD12 (positions 10 et 11) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes GRQ11 et GRQ12 (positions 12 et 13) ne sont pas cumulables entre eux.
- 4) Les codes GRQ13 et GRE11 (positions 14 et 15) ne sont pas cumulables entre eux.
- 5) Les codes GZC12, GZC13, GZC14 et GZC16 (positions 23, 24, 25 et 27) ne sont pas cumulables entre eux.
- 6) Les codes GSB11 et GZC15 (positions 18 et 26) ne sont pas cumulables avec un autre code de la présente sous-section.
- 7) Le code GQQ12 (position 6) ne peut être mis en compte que si la tumeur maligne est de minimum 0,5 cm dans son grand axe.
- 8) Le code GRD11 (position 10) ne peut être mis en compte :
 - que quatre fois dans le chef du patient,
 - que si la réalisation d'un des codes GRB11, GRB12, GQP11, GQQ11, GQQ12, GQQ13, GRQ11, GRQ12, GRQ13, GRE11, GRC11, GSC11, GSE11, GZC12, GZC13, GZC14, GZC15, GZC16, GSB12, GSB13, GRA11, GRA12, GRA13, GSA11, GSA12, GZA11 ou GZA12 est prévue,
 - et sous réserve qu'aucun des codes GRB11, GRB12, GQP11, GQQ11, GQQ12, GQQ13, GRQ11, GRQ12, GRQ13, GRE11, GRC11, GSC11, GSE11, GZC12, GZC13, GZC14, GZC15, GZC16, GSB12, GSB13, GRA11, GRA12, GRA13, GSA11, GSA12, GZA11 ou GZA12 n'a été mis en compte dans le chef du patient.
- 9) Le code GRD12 (position 11) ne peut être mis en compte que quatre fois après la mise en compte des codes GRB11, GRB12, GQP11, GQQ11, GQQ12, GQQ13, GRQ11, GRQ12, GRQ13, GRE11, GRC11, GSC11, GSE11, GZC12, GZC13, GZC14, GZC15, GZC16, GSB12, GSB13, GRA11, GRA12, GRA13, GSA11, GSA12, GZA11 ou GZA12.
- 10) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GQA12, GZP11 et GZC11 (positions 3, 21 et 22) de la présente sous-section.

Sous-section 3 - Implants

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Pose d'implant à ancrage osseux percutané ou transcutané pour dispositif de correction auditive à transmission osseuse, par voie externe	GSB12	118,91
2)	Ablation d'un implant à ancrage osseux percutané, par voie externe	GSB13	25,55
3)	Pose d'un implant ostéo-intégré actif d'oreille moyenne, par voie externe	GRA11	188,75
4)	Ablation d'un implant ostéo-intégré d'oreille moyenne, par voie externe	GRA12	41,16
5)	Changement d'un implant ostéo-intégré d'oreille moyenne, par voie externe	GRA13	127,41
6)	Implantation cochléaire, unilatérale, par voie externe	GSA11	251,55
7)	Implantation cochléaire bilatérale en une séance, par voie externe	GSA12	503,09



Commission de nomenclature - Secrétariat

8)	Changement d'un implant auditif à électrodes intra-cochléaires, par voie externe	GSA13	160,07
9)	Changement bilatéral en une séance d'un implant auditif à électrodes intra-cochléaires	GSQ11	320,15
10)	Ablation d'un implant auditif à électrodes intra-cochléaires, par voie externe	GSA14	84,94
11)	Réglage d'implant cochléaire, sous surveillance médicale	GSQ12	10,04
12)	Ablation temporaire de l'aimant d'un implant d'oreille moyenne ou implant cochléaire en vue d'une IRM, par voie externe	GZA11	63,71
13)	Changement et/ou pose de l'aimant d'un implant d'oreille moyenne ou d'un implant cochléaire, par voie externe	GZA12	63,71

REMARQUES :

- 1) Les codes GSB12 et GSB13 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GRA11, GRA12 et GRA13 (positions 3 à 5) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes GSA11 et GSA12 (positions 6 et 7) ne sont pas cumulables entre eux.
- 4) Les codes GSA13, GSQ11 et GSA14 (positions 8 à 10) ne sont pas cumulables entre eux.
- 5) Les codes GZA11 et GZA12 (positions 12 et 13) ne sont pas cumulables entre eux.
- 6) Les codes GSB12, GSB13, GRA11, GRA12 et GSA11 (positions de 1, 2, 3, 4 et 6) ne peuvent être mis en compte que deux fois par oreille.
- 7) Le code GSA12 (position 7) ne peut être mis en compte que deux fois dans le chef du patient et sous réserve que le code GSA11 (position 6) n'a jamais été mis en compte pour le patient.
- 8) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GSA11 et GSA12 (positions 6 et 7) de la présente sous-section.

Section 2 - Nez et sinus

Sous-section 1 - Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Rhinoscopie antérieure, exploration complète des fosses nasales et des méats, avec ou sans biopsie - CAC	GDE12	5,38
2)	Sinuscopie exploratrice	GDE13	22,87
3)	Exploration des sinus par cone beam, avec rapport - CAC	GCK12	20,58
4)	Rhinométrie acoustique sans test de provocation	GFQ31	12,30
5)	Rhinométrie acoustique avec test de provocation	GFQ32	18,45
6)	Rhinomanométrie	GBQ11	12,30
7)	Rhinomanométrie avant et après épreuve pharmacodynamique	GBQ12	18,29
8)	Mesure des odeurs par analyse sensorielle par olfactométrie et/ou gustométrie - CAC	GFQ33	14,86
9)	Potentiels évoqués olfactifs - CAC	GAQ11	30,87



REMARQUES :

- 1) Les codes de la présente sous-section ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Le code GDE12 (position 1) n'est cumulable qu'avec les codes GPD13, GPD14, GPD15, GPD16, GPD17, GND11, GNE11, GPD11, GZE11, GPE11 et GPD19.
- 3) Le code GDE13 (position 2) n'est cumulable qu'avec le code GND11.
- 4) Le code GFQ31, GFQ32, GBQ11 ou GBQ12 (positions 4 à 7) peut être mis en compte avec le code GFM31 ou GFM32 au cours de la même séance.
- 5) Les codes GFQ31, GFQ32, GBQ11 et GBQ12 (positions 4 à 7) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie.

Sous-section 2 - Petite intervention

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Anesthésie locale du ganglion sphéno-palatin ou des branches du trijumeau à la sortie du crâne, par voie endoscopique	GZE11	12,73

Sous-section 3 - Chirurgie du nez

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Extraction de corps étrangers enclavés du nez, y compris l'anesthésie locale, par voie endonasale - CAC	GPD11	8,02
2)	Réduction chirurgicale d'une fracture des os propres du nez, y compris contention, sous anesthésie, par voie endonasale	GPD12	35,14
3)	Traitement chirurgical du rhinophyma, par voie externe	GPA11	56,14
4)	Hémostase nasale par tamponnement antérieur, par voie endonasale - CAC	GPD13	9,56
5)	Hémostase nasale par tamponnement antérieur et postérieur, sous anesthésie générale, avec ou sans endoscope, par voie endonasale	GPD14	57,17
6)	Incision d'un hématome ou d'un abcès intra-nasal, par voie endonasale - CAC	GPD15	16,04
7)	Electrocoagulation, cautérisation, infiltration, injection sclérosante de lésions de la muqueuse nasale, y compris l'anesthésie locale, par voie endonasale - CAC	GPD16	8,49
8)	Ablation de polypes nasaux, par séance, avec ou sans endoscope, par voie endonasale	GPD17	12,31
9)	Extirpation d'un fibrome nasopharyngien, un ou plusieurs temps, par voie endonasale et endobuccale	GZP12	160,41



Commission de nomenclature - Secrétariat

10)	Traitement d'une synéchie nasale ostéo-cartilagineuse, par voie endoscopique	GPE11	15,05
11)	Traitement d'une oblitération choanale osseuse par résection endonasale	GPD18	116,29
12)	Résection partielle unilatérale d'un cornet par conchotomie, turbinectomie ou turbinoplastie, par voie endonasale	GPD19	20,05
13)	Septoplastie correctrice, par voie endonasale	GPD21	65,00
14)	Septorhinoplastie fonctionnelle dans le cadre d'une obstruction nasale, objectivée par rhinomanométrie, par toute voie d'abord	GPQ11	130,33

REMARQUES :

- 1) Les codes GPD13 et GPD14 (positions 4 et 5) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GPD11, GPD12, GPA11, GPE11, GPD18 et GPD19 (positions 1, 2, 3, 10, 11 et 12) ne sont pas cumulables avec les autres codes de la présente sous-section.
- 3) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour le code GZP12 (position 9) de la présente sous-section.

Sous-section 4 - Chirurgie des sinus

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Lavage et/ou aspiration et/ou instillation au niveau d'un sinus par un orifice naturel ou artificiel	GND11	7,59
2)	Nettoyage naso-sinusal après chirurgie sinusienne, par voie endoscopique, par voie endonasale	GNE11	36,59
3)	Méatotomie nasale moyenne unilatérale, par voie endoscopique	GPE12	44,25
4)	Méatotomie nasale inférieure unilatérale, par voie endoscopique	GPE13	53,09
5)	Traitement chirurgical d'une sinusite ethmoïdale et/ou frontale unilatérale, par voie endonasale	GND12	80,20
6)	Traitement chirurgical d'une sinusite maxillaire unilatérale avec méatotomie moyenne, par la fosse canine ou par voie endonasale	GNP11	68,60
7)	Traitement chirurgical d'une sinusite sphénoïdale unilatérale, par voie endonasale	GND13	80,20
8)	Traitement chirurgical d'une pansinusite unilatérale, par voie endonasale	GND14	120,00
9)	Traitement chirurgical d'un ostéome, ou d'un mucocele, ethmoïdal et/ou frontal unilatéral, par voie endonasale	GND15	91,47

REMARQUES :



Commission de nomenclature - Secrétariat

- 1) Les codes GND11 et GNE11 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GND12, GNP11, GND13 et GND14 (positions 5 à 8) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes GNE11 et GND14 (positions 2 et 8) ne sont pas cumulables entre eux.
- 4) Le code GND15 (position 9) n'est pas cumulable avec les autres codes de la présente section.
- 5) Le code GNE11 (position 2) ne peut être mis en compte que trois fois dans le chef du patient.

Section 3 : « Glandes salivaires, pharynx, larynx et trachée »

Sous-section 1 - Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Pharyngo-laryngoscopie indirecte avec optique - CAC	GDE14	10,11
2)	Naso-pharyngo-laryngoscopie	GDE15	11,68
3)	Naso-pharyngo-laryngoscopie avec biopsie de la sphère ORL	GDE16	20,00
4)	Microlaryngoscopie, avec ou sans biopsie(s), sous anesthésie générale	GDE17	40,10
5)	Panendoscopie pour recherche de lésion(s) cancéreuse(s) de la sphère ORL (fosses nasales, pharynx, larynx, trachée, bronches) avec biopsie(s), sous anesthésie générale	GDE18	57,17
6)	Enregistrement stroboscopique du larynx par voie endoscopique	GFE11	21,60
7)	Bilan d'une ronchopathie chronique, sous sommeil induit, par voie endoscopique	GDE19	47,63

REMARQUES :

- 1) Les codes de la présente sous-section ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Le code GDE15, GDE16 ou GFE11 (positions 2, 3 et 6) peut être mis en compte avec le code GDD11, GDD12, GDD21 ou GDD22 au cours de la même séance.

Sous-section 2 - Chirurgie des glandes salivaires

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Lavage et bougirage du canal salivaire par sialendoscopie	GUE11	47,78
2)	Extirpation de calculs salivaires, par incision muqueuse simple, par voie endobuccale	GUD11	24,06
3)	Extirpation de calculs salivaires, par dissection du canal excréteur ou par voie externe	GUP11	30,08
4)	Ablation de la glande sous-maxillaire, par voie externe	GUA11	90,23
5)	Parotidectomie partielle avec dissection du nerf facial, par voie externe	GUA12	170,43



Commission de nomenclature - Secrétariat

6)	Parotidectomie totale avec dissection du nerf facial, par voie externe	GUA13	220,56
7)	Traitement d'un kyste salivaire de la glande salivaire sublinguale (grenouillette) par marsupialisation ou ablation de la glande sublinguale, par voie endobuccale	GUD12	27,44

REMARQUES :

- 1) Les codes GUD11 et GUP11 (positions 2 et 3) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GUA12 et GUA13 (positions 5 et 6) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Le code GUE11 (position 1) n'est pas cumulable avec les autres codes de la présente sous-section.
- 4) Les codes GUA11 et GUA13 (positions 4 et 6) ne peuvent être mis en compte que deux fois dans le chef du patient.
- 5) Le code GUA12 (position 5) ne peut être mis en compte que deux fois par parotide.
- 6) Le code GUE11 (position 1) ne peut être mis en compte que dans le cadre d'une sialoadénite récidivante.
- 7) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GUP11, GUA11, GUA12 et GUA13 (positions 3 à 6) de la présente sous-section.

Sous-section 3 - Chirurgie de la cavité buccale

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Adénoïdectomie, par voie endobuccale	GVD11	50,13
2)	Amygdalectomie bilatérale, par voie endobuccale	GVD12	63,23
3)	Amygdalotomie ou amygdalectomie, par laser, radiofréquence ou coblation, par voie endobuccale	GVD13	60,15
4)	Révision chirurgicale et hémostase pour les hémorragies secondaires post amygdalotomie, amygdalectomie ou adénoïdectomie, par voie endobuccale	GVD14	80,20
5)	Uvuloplastie, par laser ou radiofréquence, par voie endobuccale	GTD11	60,15
6)	Uvulo-vélo-palato-plastie, par voie endobuccale	GTD12	60,10
7)	Extirpation d'une tumeur maligne de l'oropharynx ou du plancher de la bouche, par voie endobuccale et/ou par voie externe	GZP13	170,43

REMARQUES :

- 1) Les codes GDT11 et GDT12 (positions 5 et 6) ne sont pas cumulables entre eux.



Commission de nomenclature - Secrétariat

- 2) Le code GVD14 (position 4) n'est pas cumulable avec les autres codes de la présente sous-section.
- 3) Les codes GVD11, GVD12, GVD13 et GVD14 (positions 1 à 4) ne peuvent être mis en compte que trois fois dans le chef du patient.
- 4) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour le code GZP13 (position 7) de la présente sous-section.

Sous-section 4 - Chirurgie du Pharynx

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Pharyngectomie pour tumeur maligne, par voie endobuccale ou externe	GVP11	176,45
2)	Pharyngectomie pour tumeur maligne, par laser, par voie endobuccale	GVD15	190,48
3)	Extirpation de tumeurs malignes de l'épipharynx, par voie endobuccale et/ou par voie externe	GVP12	162,41
4)	Incision d'un abcès rétro- ou latéro-pharyngien, ou périamygdalien, ou endo- ou péri-laryngé, par voie endobuccale et/ou par voie externe	GZP14	91,31
5)	Pharyngoplastie pour sténose vélo-oro-rhino pharyngée, avec rapport, par voie endobuccale et/ou par voie externe	GVP13	274,41
6)	Pharyngo-laryngectomie pour tumeur maligne, par toute technique	GZQ12	220,56
7)	Exérèse de tumeurs de l'espace parapharyngé, par toute voie d'abord	GZQ13	198,95
8)	Injection de toxine botulinique dans le cadre du traitement de la dyskinésie temporaire du muscle cricopharyngé	GZB11	29,73
9)	Myotomie du muscle cricopharyngé pour traitement d'un diverticule de Zenker, par toute technique, par toute voie d'abord	GZQ14	120,30
10)	Section du ligament stylo-hyoïdien avec résection partielle de l'apophyse styloïde pour le traitement d'un syndrome d'Eagle, par voie endobuccale et/ou par voie externe	GZP15	95,56

REMARQUES :

- 1) Les codes GVP11, GVD15 et GZQ12 (positions 1, 2 et 6) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GVP12, GZP14, GZQ13 et GZQ14 (positions 3, 4, 7 et 9) ne sont pas cumulables avec les autres codes de la présente sous-section.
- 3) Le code GZB11 (position 8) ne peut être mis en compte que par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie.



Commission de nomenclature - Secrétariat

- 4) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GVP11, GVD15, GVP12, GZP14, GZQ12, GZQ13 et GZQ14 (positions 1, 2, 3, 4, 6, 7 et 9) de la présente sous-section.

Sous-section 5 - Chirurgie du Larynx

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Extraction d'un corps étranger enclavé du pharynx ou du larynx, par les voies naturelles, sans endoscopie, y compris l'anesthésie locale	GZD11	42,47
2)	Résection, hors laser, de nodule(s), kyste(s) ou polype(s) sous microlaryngoscopie	GWE11	50,13
3)	Résection de nodule(s), kyste(s) ou polype(s) par laser sous microlaryngoscopie	GWE12	60,15
4)	Epluchage complet, hors laser, d'une corde vocale sous microlaryngoscopie	GWE13	70,18
5)	Epluchage complet, par laser, d'une corde vocale sous microlaryngoscopie	GWE14	80,20
6)	Aryténoïdectomie, ou aryténoïdopexie, ou résection de cordes vocales, ou cordotomie, hors laser, sous microchirurgie endoscopique	GWE15	90,23
7)	Aryténoïdectomie, ou aryténoïdopexie, ou résection de cordes vocales, ou cordotomie, par laser, sous microchirurgie endoscopique	GWE16	100,25
8)	Thyroplastie de médialisation, ou de relaxation, ou d'élargissement, ou de mise sous tension, par voie endoscopique ou externe	GWP11	84,61
9)	Dilatation laryngée par voie endoscopique, première séance	GWE17	14,04
10)	Dilatation laryngée par voie endoscopique, séance suivante	GWE18	14,04
11)	Pose ou changement de prothèse de calibrage du larynx, par laryngoscopie directe	GWE19	86,43
12)	Laryngotomie, thyrotomie, traitement de lésions du larynx, y compris la cordectomie, par abord direct	GZA13	120,30
13)	Traitement d'une sténose du larynx, par laser, sous microlaryngoscopie	GWE21	80,04
14)	Laryngectomie partielle pour tumeur maligne, par laser, par voie endoscopique	GWE22	120,30
15)	Laryngectomie subtotalaire pour tumeur maligne, par laser, par voie endoscopique	GWE23	137,21
16)	Laryngectomie totale pour tumeur maligne, par voie externe	GWA11	176,56
17)	Laryngectomie subtotalaire reconstructive pour tumeur maligne, par voie externe	GWA12	260,66
18)	Laryngoplastie par injection, par voie externe et/ou sous microlaryngoscopie	GWP12	84,61



REMARQUES :

- 1) Les codes de la présente sous-section ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GWE17 et GWE18 (positions 9 et 10) ne peuvent être mis en compte qu'une fois dans le chef du patient.
- 3) Le code GWE18 (position 10) ne peut être mis en compte que dans un délai allant de 3 mois à 6 mois à compter de la mise en compte du code GWE17 (position 9).
- 4) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GWP11, GZA13, GWE22, GWE23, GWA11 et GWA12 (positions 8, 12, 14, 15, 16 et 17) de la présente sous-section.

Sous-section 6 - Chirurgie de la trachée

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Trachéotomie, par voie externe	GXA11	65,25
2)	Changement de canule de trachéotomie ou de trachéostomie, par voie externe - CAC	GXD11	14,99
3)	Fermeture chirurgicale d'un trachéostome, par voie externe	GXD12	59,46
4)	Résection segmentaire de la trachée, par abord direct	GXA12	240,00
5)	Mise en place d'une prothèse phonatoire œsotrachéale, par voie endoscopique	GZE12	68,60
6)	Changement d'une prothèse phonatoire œsotrachéale, par voie endoscopique	GZE13	28,07

REMARQUES :

- 1) Les codes GXA11, GXD11 et GXD12 (positions 1 à 3) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GZE12 et GZE13 (positions 5 et 6) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Le code GXA12 (position 4) n'est pas cumulable avec les autres codes de la présente sous-section.
- 4) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GXA11, GXD11, GXD12 et GXA12 (positions 1 à 4) de la présente sous-section.

Section 4 – Chirurgie du cou

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Lobo-isthmectomie de la thyroïde, par voie externe	GYA11	124,46
2)	Thyroïdectomie totale, par voie externe	GYA12	157,39
3)	Parathyroïdectomie unique, par voie externe	GYA13	124,46



Commission de nomenclature - Secrétariat

4)	Parathyroïdectomie ectopique, par voie externe	GYA14	157,35
5)	Parathyroïdectomie multiple, par voie externe	GYA15	208,10

REMARQUES :

- 1) Les codes GYA11 et GYA12 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Le code GYA13 (position 3) ne peut être mis en compte que deux fois dans le chef du patient.
- 3) Les codes GYA14 et GYA15 (positions 4 et 5) ne peuvent être mis en compte que trois fois dans le chef du patient.

Section 5 - Divers

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Exérèse à visée diagnostique d'une adénopathie cervicale profonde, par voie externe	GGB11	50,13
2)	Exérèse ganglionnaire d'un secteur ganglionnaire cervical avec examen histologique et rapport opératoire, unilatéral, par voie externe	GZB12	90,23
3)	Exérèse ganglionnaire de plusieurs secteurs ganglionnaires cervicaux avec examen histologique et rapport opératoire, unilatéral, par voie externe - CAT	GZB13	170,43
4)	Curage ganglionnaire cervical fonctionnel ou élargi avec examen histologique et rapport opératoire, unilatéral, par voie externe - CAT	GZB14	297,28
5)	Exérèse d'un kyste médian du tractus thyroïdienne, par voie externe	GYA16	114,34
6)	Exérèse d'un kyste ou d'une fistule branchiale latérale du cou ou de la face, par voie externe	GZA14	170,43
7)	Neuromonitoring ou ENMG peropératoire des nerfs vague et récurrents ou des nerfs faciaux - CAT	GAQ12	25,48
8)	Assistance chirurgicale par neuronavigation avec ou sans casque - CAT	GZR11	34,30

REMARQUES :

- 1) Les codes GGB11, GZB12, GZB13 et GZB14 (positions 1 à 4) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GYA16 et GZA14 (positions 5 et 6) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes GZB13 et GZB14 (positions 3 et 4) ne peuvent être mis en compte qu'une fois par côté.



Commission de nomenclature - Secrétariat

- 4) Le code GAQ12 (position 7) ne peut être mis en compte qu'avec les codes GSC11, GRE11, GRC11, GRQ12, GQQ13, GRQ13, GZC12, GZC13, GZC14, GZC15, GZC16, GRA11, GRA12, GRA13, GSA11, GSA12, GZA11, GZA12, GYA11, GYA12, GYA13, GYA14, GYA15, GUA11, GUA12 et GUA13.
- 5) Le code GZR11 (position 8) ne peut être mis en compte qu'avec les codes GPD17, GND11, GNE11, GPE12, GPE13, GND12, GNP11, GND13, GND14 et GND15.
- 6) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GGB11, GZB12, GZB13, GZB14, GYA16 et GZA14 (positions 1 à 6) de la présente section.

Section 6 : Echographies

Position	Libellé	Code	Coeff
1)	Echographie oto-rhino-laryngologique de régions ou d'organes non prévus aux positions suivantes	GCM11	12,20
2)	Echographie oto-rhino-laryngologique de la glande thyroïde, y compris région du cou	GCM12	12,20
3)	Echographie oto-rhino-laryngologique de vaisseaux avec Doppler pulsé, non applicable pour l'examen des veines du pelvis et des membres inférieurs, la première séance	GCM13	23,82
4)	Echographie oto-rhino-laryngologique 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	GCM14	11,91

REMARQUES :

- 1) Les codes GCM11, GCM12, GCM13 et GCM14 (positions 1 à 4) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie.
- 2) Le code GCM11, GCM12, GCM13 ou GCM14 (positions 1 à 4) peut être mis en compte avec le code GCJ11, GCJ12, GCJ21, GCJ22, GCJ31 ou GCJ32 au cours de la même séance.

Art. 8. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, le chapitre 9 « Oto-Rhino-Laryngologie – Stomatologie – Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire » est modifié comme suit :

1° L'intitulé du chapitre 9 prend la teneur suivante : « Stomatologie – Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire ».

2° La section 1 « Cavité buccale et glandes salivaires » est modifiée comme suit :

- a) A la sous-section 3 « Chirurgie de la langue et du plancher de la bouche », la position 11) est supprimée.



Commission de nomenclature - Secrétariat

- b) A la sous-section 4 « Chirurgie des glandes salivaires », les positions 1) à 3) ainsi que les positions 5) à 8) sont supprimées et l'actuelle position 4) devient la nouvelle position 1).

Art. 9. Le présent règlement grand-ducal entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Art. 10. Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale est chargée de l'exécution du présent règlement grand-ducal qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Exposé des motifs

L'adaptation du chapitre 2 « Chirurgie », section 5 « Chirurgie du thorax et du cou », sous-section 1 « Cou », du chapitre 3 « Oto-Rhino-Laryngologie » ainsi que du chapitre 9 « Oto-Rhino-Laryngologie – Stomatologie – Chirurgie maxillo-faciale- Médecine dentaire », section 1 « Cavité buccale et glandes salivaires », sous-section 3 « Chirurgie de la langue et du plancher de la bouche » et sous-section 4 « Chirurgie des glandes salivaires » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie s'impose afin de mieux décrire la pratique médico-chirurgicale actuelle et de permettre une tarification qui reflète effectivement les prestations réalisées.

L'introduction de nouveaux actes doit accompagner l'évolution des techniques et des pratiques « en mettant l'accent sur le respect des derniers standards et acquis scientifiques, la prise en compte des facteurs temps, difficulté intellectuelle et/ou technique, risque et pénibilité et des orientations en matière de services de santé publique, de permanence et de garde, et aussi dans l'optique de maintenir l'attractivité de l'exercice hospitalier et extrahospitalier de la médecine », tel que cela a été exprimé au sein du chapitre « Santé » de l'accord de coalition 2023-2028 du Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg.

Les actes techniques actuels d'Oto-Rhino-Laryngologie, c'est-à-dire autres que les consultations et forfaits hospitaliers, n'ont pas suivi les évolutions techniques et médicales des dernières années et ne reprennent donc pas certains actes devenus courants tels que les implants. Une révision intégrale s'avère donc nécessaire.

Au regard de l'article 65, alinéa 13 du Code de la sécurité sociale, l'entrée en vigueur est à prévoir pour le 1^{er} janvier 2025.

Votée en séance de la Commission de nomenclature « MEDHOSP » à l'unanimité le 3 juillet 2024.

Pour la Commission de nomenclature

Dr Birgit VOLKMANN
Présidente de la Commission de nomenclature

Digitally signed
by Birgit
Volkmann
Date:
2024.07.04
15:47:40 +02'00'



Recommandation circonstanciée concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

Art. 1^{er}. Au tableau des actes et services à la première partie « Actes généraux », le chapitre 6 « Examens à visée préventive et de dépistage » est modifié comme suit :

1° L'intitulé de la section 1 « 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 » est remplacé par l'intitulé « Section 1 - Examens prénatals de la femme et examens des enfants jusqu'à l'âge de deux ans, tels que prévus par les articles 276 à 283 du chapitre IV intitulé « Allocation de naissance » du livre IV intitulé « Prestations familiales et indemnités de congé parental » du Code de la sécurité sociale ».

Art.2. Au tableau des actes et services à la première partie « Actes généraux », le chapitre 6 « Examens à visée préventive et de dépistage », section 1 « Examens prénatals de la femme et examens des enfants jusqu'à l'âge de deux ans, tels que prévus par les articles 276 à 283 du chapitre IV intitulé « Allocation de naissance » du livre IV intitulé « Prestations familiales et indemnités de congé parental » du Code de la sécurité sociale » est modifié comme suit :

1° A la sous-section 1 « Examens prénatals » de la section 1, les libellés et les coefficients des actes des positions 1) à 5) sont modifiés comme suit :

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Forfait pour le 1er des cinq examens prévus au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale et effectué par le médecin habilité à cet effet par la loi avant la fin du 3e mois de la grossesse, échographie de datation comprise, comportant la remise du carnet dûment complété	E2	25,90
2)	Forfait pour le 2ème des cinq examens prévus au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale (au plus tard dans la deuxième quinzaine du 4e mois de grossesse)	E3	21,75
3)	Forfait pour le 3ème des cinq examens prévus au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale (au cours du 6e mois de grossesse)	E4	21,75
4)	Forfait pour le 4ème des cinq examens prévus au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale (dans les 15 premiers jours du 8e mois de grossesse)	E5	21,75
5)	Forfait pour le 5ème des cinq examens prévus au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale (dans les 15 premiers jours du 9e mois de grossesse)	E6	21,75

2° A la fin de la sous-section 1 « Examens prénatals » de la section 1, la remarque suivante est ajoutée :

« REMARQUE :

1) Par dérogation à l'article 10, alinéa 1^{er}, point 1), les codes E2 à E6 (positions 1 à 5) ne sont pas cumulables avec les actes techniques. ».

3° A la sous-section 2 « Examen postnatal » de la section 1, le libellé et le coefficient de la position 1) sont modifiés comme suit :

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Forfait pour l'examen réalisé dans les dix semaines qui suivent l'accouchement, mais au plus tôt après l'expiration des deux premières semaines qui suivent l'accouchement, tel que prévu au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale	E7	17,40

4° A la fin de la sous-section 2 « Examen postnatal » de la section 1, la remarque suivante est ajoutée :

« REMARQUE :

1) Par dérogation à l'article 10, alinéa 1^{er}, point 1), le code E7 (position 1) n'est pas cumulable avec les actes techniques. ».

Art.3. Le présent règlement grand-ducal entre en vigueur le **jj/mm/aaaa.**

Art.4. Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale est chargée de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Exposé des motifs

Les examens de suivis prénatal et postnatal de la femme n'avaient pas été revalorisés depuis de nombreuses années. Aussi, ces codes n'étaient plus mis en compte par les prestataires. Dans le contexte de la révision du Chapitre 6 « Gynécologie » de la nomenclature des actes et services des médecins, il est proposé de réévaluer ces examens en tenant compte de l'évolution des pratiques médicales et des recommandations des sociétés savantes.

Les objectifs des examens sont restés identiques, tels que prévus par les articles 276 à 283 du chapitre IV intitulé « Allocation de naissance » du livre IV intitulé « Prestations familiales et indemnités de congé parental » du Code de la sécurité sociale et, notamment, l'article 2 du règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale. On note une augmentation du temps nécessaire pour une information éclairée de la future maman : l'âge moyen lors de la première grossesse ayant augmenté, le risque d'apparition de complications est statistiquement plus important, les futures mamans sont plus souvent isolées et plus avides d'information. Les techniques utilisées sont différentes et requièrent un savoir-faire et du matériel. De plus, ce temps d'examen est particulièrement précieux pour rappeler les conseils en promotion et éducation de la santé, domaines qui, avec le dépistage, sont identifiés dans les accords de coalition comme devant être revalorisés. Tenant compte de ces critères, une revalorisation financière des examens est proposée, les forfaits incluant l'ensemble des actes médicaux réalisés lors de chaque examen.

Votée à l'unanimité lors de la réunion de la Commission de nomenclature

en date du 31 janvier 2024.

Pour la Commission de nomenclature

Dr Birgit VOLKMANN

Présidente de la Commission de nomenclature



Digitally signed

by Birgit

Volkman

Date:

2024.02.02

11:01:42 +01'00'



Texte coordonné¹

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

[...]

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^{re} 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^{re} 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.
- **GUE11, GUD11, GUP11, GUA11, GUA12, GUA13 de la sous-section 2 de la section 3 du chapitre 3 de la deuxième partie de l'annexe.**

1.

[...]

¹ Le texte coordonné reprend uniquement les actes qui ont été modifiés. Une version coordonnée au 01.06.2024 de la nomenclature des actes et services des médecins est publiée sur le site de la Caisse nationale de santé.



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 **ou la remarque relative à 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 au 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".

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 traitement opératoire d'un malade polytraumatisé au cours de la première hospitalisation. Ces actes sont soumis à l'accord du contrôle médical sur présentation des rapports opératoires relatifs. Par un malade polytraumatisé, il est entendu : un patient qui a subi



plusieurs traumatismes (plaie(s), fracture(s), brûlure(s)...) dont au moins un met en danger les fonctions vitales.

Aucune prestation ne peut être cumulée avec une prestation dont elle fait partie intégrante. ~~Par dérogation à ce qui précède, la coelioscopie (6G31) peut être cumulée avec l'acte opératoire auquel elle se rapporte.~~

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 11 plusieurs séances au cours du même jour et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

[...]

Frais d'appareil et frais de matériel

Art. 15bis. Par dérogation à l'article 15, les forfaits pour frais d'utilisation d'appareil du Chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services ne peuvent être mis en compte que lorsqu'un acte du Chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services implique l'utilisation de cet appareil. La mise en compte des forfaits pour frais d'utilisation d'appareil n'est possible que pour les appareils installés en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question et déclarés à la Caisse nationale de santé par le médecin ou l'association.

Ces forfaits englobent les frais d'amortissement et les frais de fonctionnement de l'appareil installé, dont notamment l'équipement principal, la maintenance corrective et évolutive, les consommables et les frais liés à l'archivage des résultats délivrés par l'appareil.

Le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil varie en fonction de la classe à laquelle appartient l'appareil installé, de la date de la première prestation résultant de l'utilisation de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, du nombre d'actes effectués et d'un seuil d'activité de référence.

Les seuils d'activité de référence doivent être appliqués par tranche de 12 mois. Le seuil d'activité de référence ainsi que les montants plein ou réduit y relatifs, retenus par classe d'appareil, sont fixés au Chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services.



Afin de déterminer l'activité réelle annuelle, le décompte du nombre d'actes débute, pour une année X, le jour de la mise en compte du premier acte réalisé à l'aide de l'appareil installé et dont la prise en charge par l'assurance maladie est demandée, et s'achève au 31 décembre de la même année X.

Tant que l'appareil n'est pas amorti et que l'activité réelle annuelle est inférieure ou égale au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil est mis en compte.

Dès que l'activité réelle annuelle dépasse le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil doit être appliqué, que l'appareil soit amorti ou non.

Dès que l'appareil est considéré comme amorti, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil s'applique.

La durée de l'amortissement des appareils est calculée sur cinq ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie.

Par dérogation à l'alinéa précédent, la durée de l'amortissement des appareils peut être prolongée jusqu'à sept ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, tant que pour au moins cinq ans sur cette période maximale de sept ans révolus, l'activité annuelle réelle est inférieure au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé et à condition que le nombre de forfaits à montant plein pris en charge par l'assurance maladie reste inférieur à cinq fois le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé.

Le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil ne tient compte que des frais de fonctionnement de l'appareil de sorte que les frais d'amortissement de l'appareil ne puissent plus être mis en compte.

L'article 8, alinéa 1^{er} et l'article 9 ne s'appliquent pas au forfait pour frais d'utilisation d'appareil de sorte que le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil se cumule avec tout autre acte technique autorisé.

L'intégralité du présent article 15^{bis} ne s'applique qu'au Chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services.

Art. 15^{ter}. Par dérogation à l'article 15, les forfaits pour frais d'utilisation d'appareil du chapitre 1^{er} « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 6 « Hépto-Gastro-Entérologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services ne peuvent être mis en compte que lorsqu'un acte du chapitre 1^{er} « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 6 « Hépto-Gastro-Entérologie » de la deuxième partie



« Actes techniques » du tableau des actes et services implique l'utilisation de cet appareil. La mise en compte des forfaits pour frais d'utilisation d'appareil n'est possible que pour les appareils installés en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question et déclarés à la Caisse nationale de santé par le médecin ou l'association.

Ces forfaits englobent les frais d'amortissement et les frais de fonctionnement de l'appareil installé, dont notamment l'équipement principal, la maintenance corrective et évolutive, les consommables et les frais liés à l'archivage des résultats délivrés par l'appareil.

Le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil varie en fonction de la classe à laquelle appartient l'appareil installé, de la date de la première prestation résultant de l'utilisation de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, du nombre d'actes effectués et d'un seuil d'activité de référence.

Les seuils d'activité de référence doivent être appliqués par tranche de 12 mois. Le seuil d'activité de référence ainsi que les montants plein ou réduit y relatifs, retenus par classe d'appareil, sont fixés au chapitre 1^{er} « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 6 « Hépto-Gastro-Entérologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services.

Afin de déterminer l'activité réelle annuelle, le décompte du nombre d'actes débute, pour une année X, le jour de la mise en compte du premier acte réalisé à l'aide de l'appareil installé et dont la prise en charge par l'assurance maladie est demandée, et s'achève au 31 décembre de la même année X.

Tant que l'appareil n'est pas amorti et que l'activité réelle annuelle est inférieure ou égale au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil est mis en compte.

Dès que l'activité réelle annuelle dépasse le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil doit être appliqué, que l'appareil soit amorti ou non.

Dès que l'appareil est considéré comme amorti, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil s'applique.

La durée de l'amortissement des appareils est calculée sur cinq ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie.

Par dérogation à l'alinéa précédent, la durée de l'amortissement des appareils peut être prolongée jusqu'à sept ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, tant que pour au moins cinq ans sur cette période maximale de sept ans révolus, l'activité annuelle réelle est inférieure au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé et à condition que le nombre de forfaits



à montant plein pris en charge par l'assurance maladie reste inférieur à cinq fois le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé.

Le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil ne tient compte que des frais de fonctionnement de l'appareil de sorte que les frais d'amortissement de l'appareil ne puissent plus être mis en compte.

L'article 8, alinéa 1^{er} et l'article 9 ne s'appliquent pas au forfait pour frais d'utilisation d'appareil de sorte que le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil se cumule avec tout autre acte technique autorisé.

L'intégralité du présent article 15^{ter} ne s'applique qu'au chapitre 1^{er} « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 6 « Hépato-Gastro-Entérologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services.

[...]

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 œuvre pour examiner le même organe, respectivement le même segment, ces procédés ne sont pas cumulables, sauf dérogations précisées dans la 2^e 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.

Les actes prévus aux sections 3 et 4 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent pas être mis en compte par les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique.



Les actes prévus aux sous-sections 1^{re} et 2 de la section 3 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent pas être mis en compte par les médecins spécialistes en gastro-entérologie.

Les actes prévus aux sous-sections 1^{re} et 2 de la section 3 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent pas être mis en compte par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie.

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

[...]

Dispositions particulières aux forfaits d'accouchement

Art. 19.- ~~Par Les forfaits d'accouchement on entend les actes comprennent l'assistance à l'accouchement et l'anesthésie péridurale pour accouchement prévus à la sous-section 5-1 intitulée « Actes obstétricaux pendant le travail et l'accouchement » de la section 1^{re} intitulée « Obstétrique » du Chapitre 6 intitulé « Gynécologie » « 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.~~ **à l'exception de l'acte relatif à la tentative de déclenchement du travail par moyen médicamenteux ou mécanique.** 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.~~ **l'acte relatif à la tentative de déclenchement du travail par moyen médicamenteux ou mécanique et les actes énumérés à la sous-section 6 intitulée « Traitement des complications immédiates de l'accouchement », de la section 1^{re} intitulée « Obstétrique » du Chapitre 6 intitulé « Gynécologie » de la deuxième partie intitulée « Actes techniques ».**

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. 15 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).

[...]

Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1^{er} du présent règlement grand-ducal

PREMIÈRE PARTIE : ACTES GÉNÉRAUX

Chapitre 1^{er} – Consultations

Section 1^{re} – Consultations normales

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Consultation du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie	C1	11,95
2)	Consultation du médecin spécialiste en - médecine interne - oncologie - hématologie - immunologie - maladies contagieuses - néphrologie	C2	10,97
3)	Consultation du médecin spécialiste en cardiologie et angiologie	C3	9,97
4)	Consultation du médecin spécialiste en gastro-entérologie	C4	8,66 9,05
5)	Consultation du médecin spécialiste en pneumologie	C5	8,89
6)	Consultation du médecin spécialiste en pédiatrie pour un enfant jusqu'à l'âge de 18 ans	C6	13,09
7)	Consultation du médecin spécialiste en pédiatrie	C7	8,90
8)	Consultation du médecin spécialiste en dermato-vénérologie	C8	12,24
9)	Consultation du médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie	C9	12,24
10)	Consultation du médecin spécialiste en neurologie	C10	13,32
11)	Consultation du médecin spécialiste en rhumatologie	C11	12,52
12)	Consultation du médecin spécialiste en rééducation et en réadaptation fonctionnelles	C12	9,13



13)	Consultation du médecin spécialiste en - chirurgie générale - orthopédie - chirurgie plastique - chirurgie thoracique - chirurgie vasculaire - neurochirurgie - chirurgie gastro-entérologique - chirurgie maxillo-faciale	C13	8,66
14)	Consultation du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique	C14	8,66 13,26
15)	Consultation du médecin spécialiste en urologie	C15	8,66
16)	Consultation du médecin spécialiste en ophtalmologie	C16	11,52
17)	Consultation du médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie	C17	8,66 9,24
18)	Consultation du médecin spécialiste en stomatologie	C18	8,66
19)	Consultation du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation (non en rapport avec un examen pré-anesthésique)	C19	7,13
20)	Consultation du médecin spécialiste en radiodiagnostic, en radiothérapie, en médecine nucléaire	C20	8,66
21)	Consultation du chirurgien rattaché au service national de chirurgie infantile pour un enfant de moins de 18 ans	C21	11,65
23)	Consultation du médecin spécialiste en endocrinologie	C23	13,32
24)	Consultation du médecin spécialiste en chirurgie pédiatrique	C24	11,65
29)	Consultation faite au Luxembourg par un professeur d'université ne résidant pas au Luxembourg	C29	8,66
30)	Consultation du médecin spécialiste en médecine génétique	C75	13,32
31)	Consultation du médecin spécialiste en psychiatrie infantile	C78	12,24

Section 2 – Consultations majorées

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Consultation majorée du médecin spécialiste en - médecine interne - oncologie - endocrinologie - hématologie - immunologie	C30	16,59



	- maladies contagieuses - néphrologie		
2)	Consultation majorée du médecin spécialiste en gastro-entérologie	C31	15,18 15,57
3)	Consultation majorée du médecin spécialiste en neurologie	C32	16,31
4)	Consultation majorée du médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie	C33	15,18
5)	Consultation majorée du médecin spécialiste en rhumatologie	C34	17,06
6)	Consultation majorée du médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles	C35	15,18
7)	Consultation majorée du médecin spécialiste en neurochirurgie	C36	15,18
8)	Consultation majorée faite au Luxembourg par un professeur d'université ne résidant pas au Luxembourg	C37	22,78
9)	Consultation majorée du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie	C38	17,83
10)	Consultation majorée du médecin spécialiste en radiothérapie	C39	16,59
11)	Consultation majorée du médecin spécialiste en dermatologie	C40	16,59
12)	Consultation majorée du médecin spécialiste en médecine génétique	C76	16,59
13)	Consultation majorée du médecin spécialiste en psychiatrie infantile	C79	15,18
14)	Consultation majorée du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique	C43	17,40

[...]

Chapitre 4 – Traitement hospitalier

[...]

Section 6 – Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs par le médecin anesthésiste-réanimateur

[...]



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)

[...]

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, 2E62, 2E94, 2E95, et 2J01 à 2J45;
- 2T21 à 2T23, 2T42, 2T51 à 2T53, 2T61, 2T73, 2T74, 2T81, 2T82 ;
- 2W44 à 2W49, 2X18 à 2X69, 2Y07, 2Y08, 2Y83 à 2Y90, 2Z07 à 2Z21, 2Z24 à 2Z29, 2Z64 et 2Z65;
- YVQ11 à YVQ13, 2V35, 2V65, 2V73, 2V75, 2V82 à 2V85, 2V92, 2V94 à 2V96 ;
- ~~3L72 à 3L77, 3L91~~ **GVP11, GZQ12, GZQ13, GWA11, GWA12, GXA12 ;**
- MQA12 à MQR15, MLA22 à MLR24, MLQ17 et MZA15 à MZR15 ;
- ~~6G83, 6G94~~ **NNA21, NNA22, NNC21, NNC22, NLA26, NLA27, NLC28 et NLC29.**

[...]

Chapitre 6 – Examens à visée préventive et de dépistage

Section 1^{re} - Examens prénatals de la femme et examens des enfants jusqu'à l'âge de deux ans, tels que prévus par les articles ~~276 277~~ à ~~293~~ 283 du chapitre ~~III~~ IV intitulé «Allocation de naissance» du livre IV intitulé «Prestations familiales et indemnités de congé parental» du Code de la sécurité sociale

Sous-section 1^{re} – Examens prénatals

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	1^{er} examen Forfait pour le 1^{er} des cinq examens prévus au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale et 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	E2	17,55 25,90
2)	2^e examen Forfait pour le 2^{ème} des cinq examens prévus au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la	E3	8,25 21,75



	sécurité sociale (au plus tard dans la deuxième quinzaine du 4e mois)		
3)	3e examen Forfait pour le 3^{ème} des cinq examens prévus au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale (au cours du 6e mois de grossesse)	E4	8,25 21,75
4)	4e examen Forfait pour le 4^{ème} des cinq examens prévus au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale (dans les quinze premiers jours du 8e mois de grossesse)	E5	8,25 21,75
5)	5e examen Forfait pour le 5^{ème} des cinq examens prévus au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale (dans les quinze premiers jours du 9e mois de grossesse)	E6	8,25 21,75

REMARQUE :

- 1) Par dérogation à l'article 10, alinéa 1^{er}, point 1), les codes E2 à E6 (positions 1 à 5) ne sont pas cumulables avec les actes techniques.

Sous-section 2 – Examen postnatal

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Forfait pour l'Examen réalisé dans les dix semaines qui suivent l'accouchement, mais au plus tôt après l'expiration des deux premières semaines qui suivent l'accouchement, tel que prévu au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale	E7	8,25 17,40

REMARQUE :

- 1) Par dérogation à l'article 10, alinéa 1^{er}, point 1), le code E7 (position 1) n'est pas cumulable avec les actes techniques.

[...]

DEUXIÈME PARTIE : ACTES TECHNIQUES



Chapitre 1^{er} – Médecine générale – Spécialités non chirurgicales

[...]

Section 5 – Neurologie, psychiatrie et algologie

Sous-section 1^{re} - Neurologie

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Electroencéphalogramme (EEG) - CAC	1N11	12,48
2)	Location d'appareil	1N11X	5,91
3)	Electroencéphalogramme, enregistrement continu de 24 heures, pose et enlèvement de l'appareil, analyse du tracé	1N14	47,83
4)	EEG per-opératoire	1N15	51,65
5)	Exploration polysomnographique au laboratoire du sommeil pour la recherche de troubles neuropsychiatriques; enregistrement continu comprenant au moins EEG, EMG, électro-oculographie (EOG) et ECG, avec protocole et extraits des tracés	1N21	66,96
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	1N22	95,65
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 de tracés	1N23	95,65
8)	Exploration polysomnographique pluridisciplinaire au laboratoire du sommeil pour la recherche d'apnées du sommeil: enregistrement continu neurologique (EEG,EMG,EOG)	1N25	47,83
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	1N26	47,83
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	1N27	47,83



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	1N28	47,83
12)	Electromyographie (EMG) avec enregistrement - CAC	1N32	18,70
13)	Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise	1N32X	12,95
14)	Mesure des vitesses de conduction motrice - CAC	1N33	12,48
15)	Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise	1N33X	12,95
16)	Mesure des vitesses de conduction sensitive - CAC	1N34	12,48
17)	Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise	1N34X	12,95
18)	EMG per opératoire	1N37	51,65
19) 18)	Potentiels évoqués auditifs (non applicable pour un examen audiométrique)	1N40	32,19
20) 19)	Location d'appareil	1N40X	13,08
21) 20)	Potentiels évoqués visuels	1N41	32,19
22) 21)	Location d'appareil	1N41X	13,08
23) 22)	Potentiels évoqués somesthésiques	1N42	32,19
24) 23)	Location d'appareil	1N42X	13,08
25) 24)	Potentiels évoqués moteurs par stimulation magnétique percutanée du corte	1N43	28,70
26) 25)	Location d'appareil	1N43X	13,08
27) 26)	Potentiels évoqués somesthésiques per-opératoires	1N45	114,78

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 35 Code Coeff. Tarif 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.

[...]

Section 6 – Hépto-Gastro-Entérologie²

Sous-section 1^{re} - Explorations fonctionnelles

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Mesure de la production respiratoire d'isotope stable ou d'hydrogène, maximum quatre mesures	LFQ11	11,65
2)	Mesure de la production respiratoire d'isotope stable ou d'hydrogène, à partir de cinq mesures	LFQ12	18,67
3)	Manométrie oesophagienne haute résolution avec ingestion de liquides et/ou de solides	LBD11	46,68
4)	Manométrie ano-rectale	LBD12	64,16
5)	Manométrie ano-rectale haute résolution	LBD13	64,16
6)	PH-métrie oesophagienne ou gastrique d'une durée supérieure à 12 heures, avec épreuves de provocation éventuelles	LAD11	42,45
7)	PH-métrie oesophagienne avec impédancemétrie	LAD12	49,07
8)	PH-métrie oesophagienne avec mise en place d'une vidéocapsule	LAD13	106,10

REMARQUES :

- 1) Les codes LFQ11 et LFQ12 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes LBD12 et LBD13 (positions 4 et 5) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes LAD11, LAD12 et LAD13 (positions 6 à 8) ne sont pas cumulables entre eux.

Sous-section 2 - Endoscopie haute diagnostique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Oesophago (fibro) scopie exploratrice	LDE11	9,36

² La section a été remplacé complètement. (voir page 36 de la nomenclature des médecins)



2)	Oesophagoscopie avec une ou plusieurs biopsie(s)	LGE11	14,05
3)	Oesophagogastroduodéoscopie sans biopsie	LDE12	21,10
4)	Oesophagogastroduodéoscopie avec biopsie(s), maximum cinq biopsies, y compris cytologie ou coloration vitale ou chromoendoscopie virtuelle	LGE12	39,19
5)	Oesophagogastroduodéoscopie avec six biopsies ou plus pour étude d'un état pré-néoplasique, y compris cytologie ou coloration vitale ou chromoendoscopie virtuelle	LGE13	57,95

REMARQUE :

- 1) Les codes LDE11 à LGE13 (positions 1 à 5) ne sont pas cumulables entre eux.

Sous-section 3 - Endoscopie haute thérapeutique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Oesogastroduodéoscopie avec extraction de corps étrangers	LZE11	51,67
2)	Oesogastroduodéoscopie avec dilatation de sténose	LZE12	58,28
3)	Oesogastroduodéoscopie avec polypectomie	LZE13	63,87
4)	Oesogastroduodéoscopie avec sclérothérapie de varices	LNE11	63,87
5)	Oesogastroduodéoscopie avec ligature(s) de varices	LNE12	63,87
6)	Oesogastroduodéoscopie avec mise en place de clips hémostatiques ou d'électrocoagulation de tumeurs	LNE13	51,67
7)	Oesogastroduodéoscopie avec résection de tumeur oesophagienne, gastrique ou duodénale par résection muqueuse endoscopique (EMR), y compris coloration, marquage, résection large et hémostase	LZE14	116,10
8)	Oesogastroduodéoscopie avec dissection sous-muqueuse oesophagienne, gastrique ou duodénale, y compris coloration, marquage, résection large et hémostase	LZE15	241,31
9)	Oesogastroduodéoscopie avec résection trans pariétale d'une lésion, y compris marquage, résection avec fermeture immédiate et hémostase	LZE16	180,15
10)	Oesogastroduodéoscopie avec traitement endoscopique de perforations digestives supérieures	LZE17	125,65
11)	Oesogastroduodéoscopie avec mise en place d'un drainage par éponge, sous aspiration, pour le traitement de fistules oesophagiennes	LNE14	106,10
12)	Oesogastroduodéoscopie avec ablation par radiofréquence de lésions pré-néoplasiques de l'œsophage	LNE15	103,72



13)	Oesogastroduodéoscopie et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies	LZE18	84,28
14)	Oesogastroduodéoscopie avec drainage kysto-digestif	LTE11	145,57
15)	Oesogastroduodéoscopie avec nécrosectomie pancréatique, par séance	LTE12	145,57
16)	Extraction ou changement de sonde PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) à ballonnet, avec ou sans dilatation, sans endoscopie	LPE11	18,73
17)	Oesophagogastroduodéoscopie avec mise en place d'une sonde d'alimentation ou décompression jéjunale	LQE11	84,28
18)	Oesophagogastroduodéoscopie avec mise en place de PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) en sonde jéjunale de type JET-PEG (jejunal tube through PEG)	LQE12	85,05
19)	Oesogastroduodéoscopie avec mise en place d'une prothèse au niveau du tractus digestif supérieur, dilatation comprise	LNE17	84,28
20)	Gastrostomie ou jéjunostomie percutanée, par voie endoscopique	LZE19	72,00
21)	Gastrostomie ou jéjunostomie percutanée, par voie endoscopique, avec gastropexie	LZE21	106,10
22)	Oesophagogastroduodéoscopie avec myotomie endoscopique (POEM : Per Oral Endoscopic Myotomy)	LNE18	241,31
23)	Oesophagogastroduodéoscopie avec dilatation pneumatique d'une achalasia	LNE19	94,85
24)	Oesophagogastroduodéoscopie avec traitement d'un diverticule de Zenker	LNE21	130,83
25)	Oesophagogastroduodéoscopie avec myotomie du pylore	LPE12	241,31
26)	Traitement endoscopique du Buried bumper	LPE13	143,75
27)	Abrasion et resurfaçage de la muqueuse duodénale, par voie endoscopique	LPE14	129,09

REMARQUE :

- 1) Les codes LZE11 à LPE14 (positions 1 à 27) ne sont cumulables ni avec un autre code de la présente sous-section, ni avec le code LDE22 (position 1) de la sous-section 8 (Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) diagnostique) ni avec les codes LTE13 à LTE21 (positions 1 à 8) de la sous-section 9 (Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) thérapeutique).

Sous-section 4 - Entéroscopie diagnostique

Position	Libellé	Code	Coeff.
----------	---------	------	--------



1)	Exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéocapsule ingérée	LDE13	91,34
2)	Entéroscopie haute à l'aide d'un entéroscope dédié, sans biopsie	LDE14	90,02
3)	Entéroscopie haute à l'aide d'un entéroscope dédié, biopsie(s) comprise(s)	LGE14	90,02
4)	Entéroscopie basse à l'aide d'un entéroscope dédié, sans biopsie	LDE15	90,02
5)	Entéroscopie basse à l'aide d'un entéroscope dédié, biopsie(s) comprise(s)	LGE15	90,02

REMARQUES :

- 1) Le code LDE13 (position 1) n'est pas cumulable avec un autre code de la présente sous-section.
- 2) Les codes LDE14 et LGE14 (positions 2 et 3) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes LDE15 et LGE15 (positions 4 et 5) ne sont pas cumulables entre eux.

Sous-section 5 - Entéroscopie thérapeutique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Entéroscopie haute à l'aide d'un entéroscope dédié avec acte thérapeutique : coagulation, polypectomie	LQE13	106,10
2)	Entéroscopie basse à l'aide d'un entéroscope dédié avec acte thérapeutique : coagulation, polypectomie	LQE14	106,10

Sous-section 6 - Endoscopie digestive basse diagnostique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Anuscopie - CAC	LWD16	9,36
2)	Rectoscopie exploratrice avec rectoscope rigide, sans biopsie	LDE16	13,50
3)	Rectoscopie avec rectoscope rigide et biopsie(s)	LGE16	18,18
4)	Colofibrosopie du côlon gauche, y compris la rectosigmoïdoscopie, sans biopsie	LDE17	28,11
5)	Colofibrosopie du côlon gauche avec biopsie(s)	LGE17	33,51
6)	Colofibrosopie totale, sans biopsie	LDE18	50,55
7)	Colofibrosopie totale avec chromoendoscopie et jusqu'à dix biopsies	LGE18	55,75
8)	Colofibrosopie totale avec chromoendoscopie et biopsies étagées, à partir de onze biopsies	LGE19	60,71
9)	Colofibrosopie du côlon gauche, y compris la rectosigmoïdoscopie, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LDE19	42,83



10)	Colofibroscope du côlon gauche avec biopsie, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LGE21	54,09
11)	Colofibroscope totale, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LDE21	71,16
12)	Colofibroscope totale avec biopsie, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LGE22	77,76

REMARQUE :

- 1) Les codes LDE16 à LGE22 (positions 2 à 12) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec les codes LRE14 à LRE25 (positions 8 à 18) de la sous-section 7 (Endoscopie digestive basse thérapeutique).

Sous-section 7 - Endoscopie digestive basse thérapeutique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Traitement de la fistule anale au fil de nylon, première séance, par période de six mois	LWD17	18,73
2)	Traitement de la fistule anale au fil de nylon, séance suivante	LWD18	16,40
3)	Traitement de la fistule anale avec injection de cellules souches	LWD19	74,88
4)	Pose d'une ligature élastique sur une hémorroïde par séance	LWD21	14,08
5)	Hémostase lors d'une colofibroscope	LRE11	23,44
6)	Résection endoscopique d'un polype à l'anse froide ou diathermique, par polype, avec récupération du polype	LRE12	16,44
7)	Résection endoscopique d'un polype pédiculé > 10 mm avec traitement du pédicule, par polype	LRE13	21,08
8)	Colofibroscope du côlon gauche avec une des interventions suivantes : extraction de corps étrangers, mise en place d'une sonde, dilatation endoscopique	LRE14	58,28
9)	Colofibroscope totale avec une des interventions suivantes : extraction de corps étrangers, mise en place d'une sonde, dilatation endoscopique	LRE15	84,28
10)	Colofibroscope partielle ou totale avec mise en place d'une prothèse, y compris la dilatation endoscopique	LRE16	116,10
11)	Colofibroscope partielle ou totale avec résection de tumeur colique ou iléale par résection muqueuse endoscopique (EMR), y compris coloration, marquage, résection large et hémostase	LRE17	95,56



12)	Colofibroscope partielle ou totale avec dissection sous-muqueuse (ESD : Endoscopic Submucosal Dissection), y compris coloration, marquage, résection large et hémostase	LRE18	296,91
13)	Colofibroscope partielle ou totale avec résection trans pariétale, y compris marquage, résection et fermeture simultanée par clips OTSC (Over The Scope)	LRE19	241,31
14)	Colofibroscope partielle ou totale avec traitement endoscopique de perforations digestives basses	LRE21	125,65
15)	Colofibroscope partielle ou totale avec mise en place d'un drainage par éponge, sous aspiration, pour le traitement de fistules anastomotiques	LRE22	84,28
16)	Colofibroscope de décompression avec pose d'une sonde de décompression	LRE23	84,28
17)	Colofibroscope du côlon gauche avec une des interventions suivantes : polypectomie et/ou résection de tumeurs, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LRE24	64,28
18)	Colofibroscope totale avec une des interventions suivantes: polypectomie et/ou résection de tumeurs, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LRE25	88,95

REMARQUES :

- 1) Le code LWD17 (position 1) ne peut être mis en compte qu'une seule fois sur une période de 6 mois, pour un même patient.
- 2) Le code LWD18 (position 2) ne peut être mis en compte que pendant une période de 6 mois à compter de la mise en compte du code LWD17 (position 1).
- 3) Les codes LWD17 à LWD19 (positions 1 à 3) ne sont pas cumulables entre eux.
- 4) Le code LWD21 (position 4) n'est cumulable à plein tarif qu'avec le code LWD16.
- 5) Le code LRE11 (position 5) n'est cumulable à plein tarif qu'avec le code LDE17, LGE17, LDE18, LGE18, LGE19, LDE19, LGE21, LDE21, LGE22, LRE14, LRE15, LRE16, LRE17, LRE18, LRE19, LRE21, LRE22, LRE23, LRE24 ou LRE25.
- 6) Le code LRE12 (position 6) ne peut être mis en compte qu'avec le code LDE17, LGE17, LDE18, LGE18, LGE19, LDE19, LGE21, LDE21, LGE22, LRE14, LRE15, LRE16, LRE17, LRE18, LRE19, LRE21, LRE22, LRE23, LRE24 ou LRE25.
- 7) Le code LRE12 (position 6) n'est pas soumis aux dispositions de l'article 9, alinéa 1^{er}.
- 8) Le code LRE13 (position 7) ne peut être mis en compte qu'avec le code LDE17, LGE17, LDE18, LGE18, LGE19, LDE19, LGE21, LDE21, LGE22, LRE14, LRE15, LRE16, LRE17, LRE18, LRE19, LRE21, LRE22, LRE23, LRE24 ou LRE25.
- 9) Le code LRE13 (position 7) n'est pas soumis aux dispositions de l'article 9, alinéa 1^{er}.
- 10) Les codes LRE14 à LRE25 (positions 8 à 18) ne sont pas cumulables entre eux.



Sous-section 8 - Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) diagnostique

Position	Libellé	Code	Coef.
1)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) exploratrice	LDE22	71,07

REMARQUE :

- 1) Le code LDE22 (position 1) n'est cumulable ni avec un code de la sous-section 3 - Endoscopie haute thérapeutique, ni avec un code de la sous-section 9 - Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) thérapeutique.

Sous-section 9 - Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) thérapeutique

Position	Libellé	Code	Coef.
1)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec sphinctérotomie et/ou biopsie(s)	LTE13	85,89
2)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec sphinctérotomie et/ou biopsie(s) sur terrain "atypique" (bypass, gastrectomie...)	LTE14	145,57
3)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec extraction de calculs (sphinctérotomie, sonde de Dormia, cathéter à ballonnet, lithotritie mécanique, dilatation)	LTE15	105,07
4)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec drainage temporaire par sonde ou mise en place d'une prothèse	LTE16	128,65
5)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec drainage temporaire par sonde ou mise en place de deux ou plusieurs prothèses	LTE17	151,95
6)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec résection de lésions pré-néoplasiques et néoplasiques de la papille	LTE18	145,57
7)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec cholangioscopie/pancréaticoscopie directe, y compris une ou plusieurs biopsie(s)	LTE19	126,46
8)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec cholangioscopie/pancréaticoscopie directe avec lithotritie, électro-hydraulique ou laser	LTE21	196,22



REMARQUE :

- 1) Les codes LTE13 à LTE21 (positions 1 à 8) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec un code de la sous-section 3 - Endoscopie haute thérapeutique, ni avec un code de la sous-section 8 - Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) diagnostique.

Sous-section 10 - Echoendoscopie diagnostique

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Echoendoscopie digestive supérieure	LEE11	74,88
2)	Echoendoscopie digestive supérieure avec injection de contraste	LEE12	85,05
3)	Echoendoscopie des voies pancréatico-biliaires	LEE13	103,72
4)	Echoendoscopie des voies pancréatico-biliaires avec injection de contraste sous contrôle échographique	LEE14	112,45
5)	Echoendoscopie du rectum et du sigmoïde	LEE15	74,88
6)	Echoendoscopie du rectum et du sigmoïde avec injection de contraste	LEE16	85,05
7)	Echoendoscopie digestive haute ou basse avec ponction d'une structure intra- ou extra-murale à l'aiguille fine	LEE17	143,75
8)	Echoendoscopie digestive haute ou basse avec ponction d'une structure intra- ou extra-murale à l'aiguille fine, avec injection de contraste	LEE18	152,41
9)	Echoendoscopie digestive haute ou basse avec endomicroscopie	LEE19	181,15

REMARQUES :

- 1) Les codes LEE11 et LEE12 (positions 1 et 2) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec les codes LEE13, LEE14, LEE17, LEE18 et LEE19 (positions 3, 4, 7, 8 et 9).
- 2) Les codes LEE13 et LEE14 (positions 3 et 4) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec les codes LEE11, LEE12, LEE17, LEE18 et LEE19 (positions 1, 2, 7, 8 et 9).
- 3) Les codes LEE15 et LEE16 (positions 5 et 6) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec les codes LEE17, LEE18 et LEE19 (positions 7 à 9).
- 4) Les codes LEE17, LEE18 et LEE19 (positions 7 à 9) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec un autre code de la présente sous-section.

Sous-section 11 - Echoendoscopie thérapeutique

Position	Libellé	Code	Coeff.
----------	---------	------	--------



1)	Echoendoscopie digestive haute ou basse avec drainage transmural	LZP11	190,93
2)	Echoendoscopie digestive haute avec accès aux voies biliaires ou à la vésicule biliaire, y compris la pose de stent	LSP11	211,69
3)	Echoendoscopie digestive haute avec accès aux voies pancréatiques, y compris la pose de stent	LTP11	211,69
4)	Echoendoscopie digestive haute avec destruction de tumeurs hépatiques ou pancréatiques, par un courant de radiofréquence ou une autre énergie	LZP12	211,69
5)	Echoendoscopie digestive haute avec neurolyse du plexus coeliaque	LZP13	152,41

REMARQUE :

- 1) Les codes LZP11 à LZP13 (positions 1 à 5) ne sont pas cumulables entre eux.

Sous-section 12 – Explorations hépatiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cathétérisme des veines sus-hépatiques avec prise de pression par voie transjugulaire	LBF11	84,28
2)	Cathétérisme des veines sus-hépatiques avec prise de pression et biopsie hépatique par voie transjugulaire	LGF11	107,63
3)	Elastographie hépatique	LCM11	9,33
4)	Echographie abdominale avec injection de contraste spécifique (CEUS : Contrast-Enhanced Ultra-Sound)	LCM12	39,19

REMARQUES :

- 1) Les codes LBF11 et LGF11 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Le code LCM11 (position 3) ne peut être mis en compte et cumulé à plein tarif qu'avec les codes LCM13 ou LCM14 ou LCM15.
- 3) Le code LCM12 (position 4) ne peut être mis en compte et cumulé à plein tarif qu'avec les codes LCM14 ou LCM15.
- 4) Le code LCM12 (position 4) ne peut être mis en compte que par les médecins spécialistes en gastro-entérologie.

Sous-section 13 – Explorations abdomino-pelviennes



Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Echographie hépato-gastro-entérologique des organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens ; non applicable pour échographie en rapport avec la grossesse	LCM13	18,36
2)	Echographie hépato-gastro-entérologique de vaisseaux avec Doppler pulsé, non applicable pour l'examen des veines du pelvis et des membres inférieurs, la première séance	LCM14	23,82
3)	Echographie hépato-gastro-entérologique 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	LCM15	11,91

REMARQUES :

- 1) Les codes LCM13, LCM14 et LCM15 (positions 1 à 3) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en gastro-entérologie.
- 2) Le code LCM13, LCM14 ou LCM15 (positions 1 à 3) peut être mis en compte avec le code LCJ11, LCJ12, LCJ21, LCJ22, LCJ31 ou LCJ32 au cours de la même séance.

Sous-section 14 - Actes thérapeutiques sur le foie

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Echographie abdominale avec destruction de tumeur hépatique par alcoolisation	LSF11	44,92

REMARQUE :

- 1) Le code LSF11 (position 1) n'est pas cumulable avec les codes LCM11 et LCM12 et ne peut être mis en compte que par les médecins spécialistes en gastro-entérologie.

Sous-section 15 - Transplantation de microbiote fécal

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Transplantation de microbiote fécal par voie haute, par oesogastroduodénoscopie	LZQ11	64,37
2)	Transplantation de microbiote fécal par voie basse, par coloscopie	LZQ12	64,37

Sous-section 16 - Divers



Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Tamponnade de l'œsophage	LND11	42,28
2)	Lithotritie extracorporelle des voies biliaires et pancréatique	LZM11	91,34

Sous-section 17 - Forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Position	Libellé	Code	Coeff.	Montant
1)	Echographe Classe I	LCJ11	Néant	45,00
2)	Montant réduit pour échographe Classe I	LCJ12	Néant	5,00
3)	Echographe Classe II	LCJ21	Néant	80,00
4)	Montant réduit pour échographe Classe II	LCJ22	Néant	5,00
5)	Echographe Classe III	LCJ31	Néant	105,00
6)	Montant réduit pour échographe Classe III	LCJ32	Néant	5,00

REMARQUES :

- 1) L'échographe Classe I (positions 1 et 2) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe entre 20.000,00 euros et 59.999,99 euros.
- 2) L'échographe Classe II (positions 3 et 4) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe entre 60.000,00 euros et 89.999,99 euros.
- 3) L'échographe Classe III (positions 5 et 6) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 90.000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 110.000,00 euros.
- 4) Le seuil d'activité de référence pour tous les échographes est fixé à 200.
- 5) Pour la mise en compte du montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 1, tel qu'il figure aux positions 1, 3 et 5. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.
- 6) Pour la mise en compte du montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 2, tel qu'il figure aux positions 2, 4 et 6. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.



- 7) Le code LCJ11, LCJ12, LCJ21, LCJ22, LCJ31 ou LCJ32 ne peut être mis en compte que si le code LCM13, LCM14 ou LCM15 a été mis en compte au cours de la même séance.

Chapitre 2 – Chirurgie

[...]

Section 2 – Chirurgie générale

[...]

Sous-section 6 – Laparoscopie

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Laparoscopie, sans autre intervention intra-abdominale	1G15	29,89
2)	Laparoscopie avec biopsie ou petite intervention	1G16	36,06

Section 5 – Chirurgie du thorax et du cou

Sous-section 1^{re} - Cou

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Torticolis traité par ténotomie sous-cutanée	2H11	13,60
2)	Torticolis traité par allongement à ciel ouvert	2H12	35,35
3)	Scalénotomie	2H13	20,75
4)	Ablation de fistules ou de kystes congénitaux du cou	2H21	44,25
5)	Lobo-isthmectomie	2H29	124,45
6)	Thyroïdectomie subtotale bilatérale	2H30	124,45
7)	Thyroïdectomie totale bilatérale	2H32	124,45
8) 4)	Thyroïdectomie nécessitant une cervico-thoracotomie	2H33	213,45
9)	Monitoring du nerf récurrent lors de la chirurgie de la glande thyroïde ou parathyroïde – CAT	2H35	27,00
10)	Parathyroïdectomie	2H41	124,45
11)	Parathyroïdectomie ectopique	2H42	213,45
12) 5)	Thymectomie	2H43	213,45

Sous-section 2 – Chirurgie des seins



Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Incision et drainage d'un abcès du sein	2S11	8,50
2)	Biopsie du sein	2S21	10,50
3)	Ponction biopsie du sein – CAC	2S22	2,75
4)	Ablation d'une tumeur bénigne du sein	2S31	10,50
5)	Excision locale d'une tumeur maligne du sein	2S32	107,55
6)	Mastectomie pour lésion bénigne	2S41	107,55
7)	Mastectomie pour lésion maligne	2S42	107,55
8)	Mastectomie pour gynécomastie de l'homme	2S43	107,55

a) Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Biopsie mammaire, échographie comprise	SGQ11	25,01

b) Évacuation de collection du sein

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Incision du sein avec ou sans drain de collection, échographie comprise	SLA11	11,15
2)	Drainage d'une collection dans un sein, échographie comprise	SLQ11	25,01
3)	Ponction de kyste mammaire, échographie comprise	SLQ12	25,01

c) Exérèse partielle du sein

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Tumorectomie mammaire unilatérale, maligne ou bénigne	SMA11	110,23
2)	Tumorectomie mammaire bilatérale, maligne ou bénigne	SMA12	220,47
3)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle	SMA13	151,23
4)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SMA14	261,47
5)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle	SMA15	302,47
6)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec curage axillaire homolatéral	SMA16	178,11



7)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire unilatéral	SMA17	288,35
8)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire bilatéral	SMA18	356,22
9)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire unilatéral et exérèse du ganglion sentinelle controlatéral	SMA19	329,34
10)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec réexploration axillaire homolatérale	SMA21	178,11
11)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec réexploration axillaire bilatérale	SMA22	356,22
12)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle et curage axillaire homolatéral	SMA23	219,11
13)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle et curage axillaire bilatéral	SMA24	438,22
14)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA25	180,88
15)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA26	320,77
16)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA27	361,77
17)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec curage axillaire et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA28	207,76
18)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire unilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA29	334,65
19)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire bilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA31	415,52
20)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle, curage axillaire et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA32	248,76
21)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle, curage axillaire bilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA33	497,52



22)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle, curage axillaire unilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA34	388,64
23)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec réexploration axillaire et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA35	207,76
24)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec réexploration axillaire unilatérale et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA36	347,65
25)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec réexploration axillaire bilatérale et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA37	415,52
26)	Pyramidectomie unilatérale	SMA38	66,93
27)	Pyramidectomie bilatérale	SMA39	133,86
28)	Mastectomie sous-cutanée unilatérale	SMA41	122,70
29)	Mastectomie sous-cutanée bilatérale	SMA42	245,41
30)	Mastectomie sous cutanée unilatérale avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SMA43	130,73
31)	Mastectomie sous-cutanée bilatérale avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SMA44	261,47
32)	Mastectomie sous-cutanée bilatérale avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle	SMA45	302,43
33)	Reprise des berges d'exérèse par mastectomie partielle unilatérale	SMA46	66,93
34)	Reprise des berges d'exérèse par mastectomie partielle bilatérale	SMA47	133,86
35)	Résection complémentaire avec extemporané des berges	SMA48	55,77

d) Mastectomie totale

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Mastectomie totale unilatérale	SNA11	110,23
2)	Mastectomie totale bilatérale	SNA12	220,47

e) Mastectomie totale élargie

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse du ganglion sentinelle homolatéral	SPA11	151,23
2)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SPA12	274,30



3)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle	SPA13	302,46
4)	Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec curage axillaire unilatéral	SPA14	178,11
5)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec curage axillaire bilatéral	SPA15	356,22
6)	Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse homolatérale du ganglion sentinelle et curage axillaire consécutif	SPA16	219,11
7)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse du ganglion sentinelle et curage axillaire consécutif	SPA17	438,22
8)	Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec réexploration axillaire unilatérale	SPA18	178,11
9)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec réexploration axillaire bilatérale	SPA19	356,22

f) Actes thérapeutiques sur la plaque aréolo-mamelonnaire

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Ablation unilatérale du complexe aréolo-mamelonnaire	SVA15	55,77
2)	Ablation bilatérale du complexe aréolo-mamelonnaire	SVA16	111,55

g) Autres actes thérapeutiques en sénologie

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Curage axillaire, par abord direct	SZA11	122,99
2)	Exérèse du ganglion sentinelle, par abord direct	SZA12	82,00
3)	Reprise des berges d'exérèse avec curage axillaire homolatéral, par abord direct	SZA13	178,11
4)	Drainage chirurgical d'un sein pour hématome, abcès ou autre, par abord direct	SZA14	26,77
5)	Drainage d'un lymphocèle axillaire, échographie comprise	SZQ11	25,01
6)	Drainage chirurgical d'un lymphocèle axillaire, par abord direct	SZA15	26,77

REMARQUES :

- 1) Les codes SZA11 et SZA12 (positions 1 et 2) ne sont ni cumulables entre eux, ni avec une autre position de la présente sous-section.
- 2) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes SMA13, SMA14, SMA15, SMA16, SMA17, SMA18, SMA19, SMA21, SMA22, SMA23, SMA24,



SMA25, SMA26, SMA27, SMA28, SMA29, SMA31, SMA32, SMA33, SMA34, SMA35, SMA36, SMA37, SMA41, SMA42, SMA43, SMA44, SMA45, SNA11, SNA12, SPA11, SPA12, SPA13, SPA14, SPA15, SPA16, SPA17, SPA18, SPA19, SZA11 et SZA13 de la présente sous-section.

[...]

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

[...]

Sous-section 13 – Chirurgie de l'anus

[...]

REMARQUES:

- 1) Les codes LWA13 et LWA14 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables avec un acte sur l'anus (LWA13 à LWD15).
- 2) Les codes LWA13 à LWD15 (positions 1 à 30) ne sont pas cumulables avec le code ~~LWD16~~ **LWD16** (Anuscopie - CAC) qui est inclus dans le tarif de l'acte.

[...]

Chapitre 3 – Oto-Rhino-Laryngologie³

Section 1^{re} – Oreilles

Sous-section 1^{re} - Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Otoscopie au microscope binoculaire - CAC	GDE11	5,38
2)	Audiométrie vocale réalisée en chambre insonorisée - CAC	GFQ11	12,03
3)	Audiométrie tonale réalisée en chambre insonorisée, avec détermination des seuils de conduction aérienne et osseuse pour les fréquences 250 à 8000 Hz, documentation par graphique - CAC	GFQ12	12,21
4)	Audiométrie tonale réalisée en chambre insonorisée, complétée par une audiométrie vocale réalisée en	GFQ13	16,04

³ Le Chapitre 3 actuel a été remplacé complètement (p. 68 de la nomenclature des médecins)



	chambre insonorisée et/ou par la recherche d'un recrutement audiométrique, documentation par un graphique - CAC		
5)	Audiométrie à balayage de fréquence - CAC	GFQ14	5,38
6)	Audiométrie comportementale, pour un patient de moins de 6 ans, réalisée en chambre insonorisée - CAC	GFQ15	16,04
7)	Bilan auditif central, y compris tests de discrimination d'intensité, de fréquence et de phonèmes, test de résolution temporelle, test vocal de faible redondance, test dichotique, test de reconnaissance de formes et de configuration temporelle, test d'interaction binaurale, en chambre insonorisée, avec rapport	GFQ16	42,47
8)	Premier contrôle par audiométrie en champ libre après la pose d'un dispositif de correction auditive - CAC	GFQ17	13,72
9)	Impédancemétrie, tympanométrie, étude du réflexe stapédien - CAC	GFQ18	5,38
10)	Examen labyrinthique avec épreuve de stimulation par manœuvre positionnelle - CAC	GFQ19	8,49
11)	Electronystagmographie et tests d'oculomotricité avec épreuve rotatoire en fauteuil pendulaire	GFQ21	38,88
12)	Electronystagmographie avec épreuve de stimulation calorique, par air ou par eau	GFQ22	30,08
13)	Potentiels évoqués auditifs avec recherche du seuil de détection de l'onde V(5) et étude des latences	GFQ23	33,66
14)	Potentiels évoqués auditifs automatiques de dépistage de surdité	GFQ24	33,66
15)	Enregistrement des potentiels évoqués vestibulaires d'origine sacculaire (potentiels évoqués otolithiques / potentiels évoqués sacculo lithiques)	GFQ25	33,66
16)	Test de surdité de perception par enregistrement bilatéral des oto-émissions acoustiques - CAC	GFQ26	14,99
17)	Test de surdité de perception par enregistrement bilatéral des produits de distorsion des oto-émissions acoustiques (DPOAE), réalisé en cabine insonorisée - CAC	GFQ27	14,99
18)	Evaluation de la fonction vestibulaire par la posturographie dynamique informatisée (mesure de la stratégie d'utilisation des composantes visuelle, vestibulaire et proprioceptive)	GFQ28	20,17
19)	Evaluation de la fonction vestibulaire par le video Head Impulse Test (vHIT - mesure des 6 canaux semi-	GFQ29	20,17



	circulaires et de la fonction du nerf vestibulaire supérieur et inférieur) avec caméra de haute résolution		
20)	Séance de rééducation de la lithiase vestibulaire par manœuvre libératoire - CAC	GZQ11	18,29
21)	Exploration du rocher en coupes fines, avec rapport, par cone beam	GCK11	22,87

REMARQUES :

- 1) Les codes GFQ11, GFQ12, GFQ13, GFQ14 et GFQ15 (positions 2 à 6) ne sont pas cumulables entre eux.**
- 2) Les codes GFQ23, GFQ24 et GFQ25 (positions 13 à 15) ne sont pas cumulables entre eux.**
- 3) Les codes GFQ26 et GFQ27 (positions 16 et 17) ne sont pas cumulables entre eux.**
- 4) Les codes GFQ28 et GFQ29 (positions 18 et 19) ne sont pas cumulables entre eux.**
- 5) Les codes GFQ13 et GFQ18 (positions 4 et 9) ne sont pas cumulables entre eux.**
- 6) Le code GFQ17 (position 8) ne peut être mis en compte qu'une fois par dispositif de correction auditive.**
- 7) Le code GFQ11, GFQ12, GFQ13, GFQ14, GFQ15, GFQ16, GFQ17, GFQ26 ou GFQ27 (positions 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 16 et 17) peut être mis en compte avec le code GFM11, GFM12, GFM21 ou GFM22 au cours de la même séance.**
- 8) Le code GFQ18 (position 9) peut être mis en compte avec le code GFM41 ou GFM42 au cours de la même séance.**
- 9) Le code GFQ23, GFQ24 ou GFQ25 (positions 13 à 15) peut être mis en compte avec le code GFM51, GFM52, GFM61 ou GFM62 au cours de la même séance.**
- 10) Le code GFQ21, GFQ22, GFQ28 ou GFQ29 (positions 11, 12, 18 et 19) peut être mis en compte avec le code GFM71, GFM72, GFM81 ou GFM82 au cours de la même séance.**
- 11) Les codes GFQ11, GFQ12, GFQ13, GFQ14, GFQ15, GFQ16, GFQ17, GFQ18, GFQ23, GFQ24, GFQ25, GFQ26 et GFQ27 (positions 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16 et 17) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie.**
- 12) Les codes GFQ21, GFQ22, GFQ28 et GFQ29 (positions 11, 12, 18 et 19) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie ou en neurologie ou en pédiatrie.**



Sous-section 2 - Chirurgie de l'oreille

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Extraction d'un corps étranger ou d'un bouchon de cérumen enclavé du conduit auditif au microscope - CAC	GQD11	5,21
2)	Traitement chirurgical d'un othématome, par voie externe	GQA11	31,85
3)	Pose d'une épithèse ostéo-intégrée de la face ou du pavillon de l'oreille, par voie externe	GQA12	148,38
4)	Exérèse d'une exostose oblitérante du méat acoustique externe, par voie du conduit auditif externe ou rétro-auriculaire	GQP11	18,05
5)	Ablation d'un ostéome non pédiculé du conduit auditif externe, par toute voie d'abord	GQQ11	70,18
6)	Ablation d'une tumeur maligne de l'oreille externe de minimum 0,5 cm dans son grand axe, par toute voie d'abord	GQQ12	60,15
7)	Résection large d'une tumeur maligne de l'oreille externe, par toute voie d'abord	GQQ13	94,24
8)	Paracentèse du tympan - CAC	GRB11	12,03
9)	Mise en place d'un aérateur transtympanique, par côté, par voie du conduit auditif externe	GRB12	20,58
10)	Traitement pré-opératoire de l'otite chronique sous microscope, par séance (maximum 4 séances) - CAC	GRD11	6,14
11)	Traitement post-opératoire de l'otite chronique sous microscope, par séance, (maximum 4 séances) - CAC	GRD12	7,43
12)	Plastie de la membrane tympanique (myringoplastie), par toute voie d'abord	GRQ11	104,09
13)	Plastie du tympan avec réparation de la continuité de la chaîne ossiculaire, par toute voie d'abord	GRQ12	177,31
14)	Intervention pour ankylose de l'étrier, par toute voie d'abord	GRQ13	176,25
15)	Reprise après intervention sur l'étrier, par toute voie d'abord	GRE11	179,44
16)	Colmatage de la fenêtre ovale et/ou fenêtre ronde par du tissu adipeux pour fistule périlymphatique de l'oreille moyenne, par voie transméatale	GRE12	110,28
17)	Résection d'un cholestéatome de l'oreille moyenne, mastoïdectomie non comprise, par voie rétro-auriculaire	GRC11	182,62



18)	Injection transtympanique d'un produit à action cochléaire dans le cadre des surdités brusques, des acouphènes aigus ou encore d'une neuronite vestibulaire aiguë, sous microscope, par voie du conduit auditif externe	GSB11	17,15
19)	Fermeture d'une fistule d'un canal semi-circulaire, par voie rétro-auriculaire	GSC11	179,44
20)	Dilatation tubaire par ballonnet, lors d'une microendoscopie de la trompe d'Eustache, par voie endonasale	GSE11	52,60
21)	Intervention pour fracture transverse du rocher, par voie externe rétro-auriculaire ou par voie du conduit auditif externe	GZP11	180,50
22)	Intervention pour fracture longitudinale du rocher avec réparation de la chaîne ossiculaire, par voie rétro-auriculaire	GZC11	178,37
23)	Mastoïdectomie, par voie rétro-auriculaire	GZC12	74,32
24)	Mastoïdectomie avec tympanotomie postérieure, par voie rétro-auriculaire	GZC13	180,50
25)	Evidement pétro-mastoïdien, par voie rétro-auriculaire	GZC14	176,25
26)	Libération ou réparation du nerf facial intrapétreux, par voie rétro-auriculaire	GZC15	180,50
27)	Résection du rocher pour tumeur de l'oreille moyenne, y compris mastoïdectomie, par voie rétro-auriculaire	GZC16	240,61

REMARQUES :

- 1) Les codes GQP11 et GQQ11 (positions 4 et 5) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GRD11 et GRD12 (positions 10 et 11) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes GRQ11 et GRQ12 (positions 12 et 13) ne sont pas cumulables entre eux.
- 4) Les codes GRQ13 et GRE11 (positions 14 et 15) ne sont pas cumulables entre eux.
- 5) Les codes GZC12, GZC13, GZC14 et GZC16 (positions 23, 24, 25 et 27) ne sont pas cumulables entre eux.
- 6) Les codes GSB11 et GZC15 (positions 18 et 26) ne sont pas cumulables avec un autre code de la présente sous-section.
- 7) Le code GQQ12 (position 6) ne peut être mis en compte que si la tumeur maligne est de minimum 0,5 cm dans son grand axe.
- 8) Le code GRD11 (position 10) ne peut être mis en compte :
 - que quatre fois dans le chef du patient,



- que si la réalisation d'un des codes GRB11, GRB12, GQP11, GQQ11, GQQ12, GQQ13, GRQ11, GRQ12, GRQ13, GRE11, GRC11, GSC11, GSE11, GZC12, GZC13, GZC14, GZC15, GZC16, GSB12, GSB13, GRA11, GRA12, GRA13, GSA11, GSA12, GZA11 ou GZA12 est prévue,
 - et sous réserve qu'aucun des codes GRB11, GRB12, GQP11, GQQ11, GQQ12, GQQ13, GRQ11, GRQ12, GRQ13, GRE11, GRC11, GSC11, GSE11, GZC12, GZC13, GZC14, GZC15, GZC16, GSB12, GSB13, GRA11, GRA12, GRA13, GSA11, GSA12, GZA11 ou GZA12 n'a été mis en compte dans le chef du patient.
- 9) Le code GRD12 (position 11) ne peut être mis en compte que quatre fois après la mise en compte des codes GRB11, GRB12, GQP11, GQQ11, GQQ12, GQQ13, GRQ11, GRQ12, GRQ13, GRE11, GRC11, GSC11, GSE11, GZC12, GZC13, GZC14, GZC15, GZC16, GSB12, GSB13, GRA11, GRA12, GRA13, GSA11, GSA12, GZA11 ou GZA12.
- 10) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GQA12, GZP11 et GZC11 (positions 3, 21 et 22) de la présente sous-section.

Sous-section 3 - Implants

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Pose d'implant à ancrage osseux percutané ou transcutané pour dispositif de correction auditive à transmission osseuse, par voie externe	GSB12	118,91
2)	Ablation d'un implant à ancrage osseux percutané, par voie externe	GSB13	25,55
3)	Pose d'un implant ostéo-intégré actif d'oreille moyenne, par voie externe	GRA11	188,75
4)	Ablation d'un implant ostéo-intégré d'oreille moyenne, par voie externe	GRA12	41,16
5)	Changement d'un implant ostéo-intégré d'oreille moyenne, par voie externe	GRA13	127,41
6)	Implantation cochléaire, unilatérale, par voie externe	GSA11	251,55
7)	Implantation cochléaire bilatérale en une séance, par voie externe	GSA12	503,09
8)	Changement d'un implant auditif à électrodes intra-cochléaires, par voie externe	GSA13	160,07
9)	Changement bilatéral en une séance d'un implant auditif à électrodes intra-cochléaires	GSQ11	320,15
10)	Ablation d'un implant auditif à électrodes intra-cochléaires, par voie externe	GSA14	84,94



11)	Réglage d'implant cochléaire, sous surveillance médicale	GSQ12	10,04
12)	Ablation temporaire de l'aimant d'un implant d'oreille moyenne ou implant cochléaire en vue d'une IRM, par voie externe	GZA11	63,71
13)	Changement et/ou pose de l'aimant d'un implant d'oreille moyenne ou d'un implant cochléaire, par voie externe	GZA12	63,71

REMARQUES :

- 1) Les codes GSB12 et GSB13 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GRA11, GRA12 et GRA13 (positions 3 à 5) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes GSA11 et GSA12 (positions 6 et 7) ne sont pas cumulables entre eux.
- 4) Les codes GSA13, GSQ11 et GSA14 (positions 8 à 10) ne sont pas cumulables entre eux.
- 5) Les codes GZA11 et GZA12 (positions 12 et 13) ne sont pas cumulables entre eux.
- 6) Les codes GSB12, GSB13, GRA11, GRA12 et GSA11 (positions de 1, 2, 3, 4 et 6) ne peuvent être mis en compte que deux fois par oreille.
- 7) Le code GSA12 (position 7) ne peut être mis en compte que deux fois dans le chef du patient et sous réserve que le code GSA11 (position 6) n'a jamais été mis en compte pour le patient.
- 8) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GSA11 et GSA12 (positions 6 et 7) de la présente sous-section.

Section 2 - Nez et sinus

Sous-section 1^{re} - Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Rhinoscopie antérieure, exploration complète des fosses nasales et des méats, avec ou sans biopsie - CAC	GDE12	5,38
2)	Sinuscopie exploratrice	GDE13	22,87
3)	Exploration des sinus par cone beam, avec rapport - CAC	GCK12	20,58
4)	Rhinométrie acoustique sans test de provocation	GFQ31	12,30
5)	Rhinométrie acoustique avec test de provocation	GFQ32	18,45
6)	Rhinomanométrie	GBQ11	12,30
7)	Rhinomanométrie avant et après épreuve pharmacodynamique	GBQ12	18,29



8)	Mesure des odeurs par analyse sensorielle par olfactométrie et/ou gustométrie - CAC	GFQ33	14,86
9)	Potentiels évoqués olfactifs - CAC	GAQ11	30,87

REMARQUES :

- 1) Les codes de la présente sous-section ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Le code GDE12 (position 1) n'est cumulable qu'avec les codes GPD13, GPD14, GPD15, GPD16, GPD17, GND11, GNE11, GPD11, GZE11, GPE11 et GPD19.
- 3) Le code GDE13 (position 2) n'est cumulable qu'avec le code GND11.
- 4) Le code GFQ31, GFQ32, GBQ11 ou GBQ12 (positions 4 à 7) peut être mis en compte avec le code GFM31 ou GFM32 au cours de la même séance.
- 5) Les codes GFQ31, GFQ32, GBQ11 et GBQ12 (positions 4 à 7) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie.

Sous-section 2 - Petite intervention

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Anesthésie locale du ganglion sphéno-palatin ou des branches du trijumeau à la sortie du crâne, par voie endoscopique	GZE11	12,73

Sous-section 3 - Chirurgie du nez

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Extraction de corps étrangers enclavés du nez, y compris l'anesthésie locale, par voie endonasale - CAC	GPD11	8,02
2)	Réduction chirurgicale d'une fracture des os propres du nez, y compris contention, sous anesthésie, par voie endonasale	GPD12	35,14
3)	Traitement chirurgical du rhinophyma, par voie externe	GPA11	56,14
4)	Hémostase nasale par tamponnement antérieur, par voie endonasale - CAC	GPD13	9,56
5)	Hémostase nasale par tamponnement antérieur et postérieur, sous anesthésie générale, avec ou sans endoscope, par voie endonasale	GPD14	57,17
6)	Incision d'un hématome ou d'un abcès intra-nasal, par voie endonasale - CAC	GPD15	16,04



7)	Electrocoagulation, cautérisation, infiltration, injection sclérosante de lésions de la muqueuse nasale, y compris l'anesthésie locale, par voie endonasale - CAC	GPD16	8,49
8)	Ablation de polypes nasaux, par séance, avec ou sans endoscope, par voie endonasale	GPD17	12,31
9)	Extirpation d'un fibrome nasopharyngien, un ou plusieurs temps, par voie endonasale et endobuccale	GZP12	160,41
10)	Traitement d'une synéchie nasale ostéo-cartilagineuse, par voie endoscopique	GPE11	15,05
11)	Traitement d'une oblitération choanale osseuse par résection endonasale	GPD18	116,29
12)	Résection partielle unilatérale d'un cornet par conchotomie, turbinectomie ou turbinoplastie, par voie endonasale	GPD19	20,05
13)	Septoplastie correctrice, par voie endonasale	GPD21	65,00
14)	Septorhinoplastie fonctionnelle dans le cadre d'une obstruction nasale, objectivée par rhinomanométrie, par toute voie d'abord	GPQ11	130,33

REMARQUES :

- 1) Les codes GPD13 et GPD14 (positions 4 et 5) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GPD11, GPD12, GPA11, GPE11, GPD18 et GPD19 (positions 1, 2, 3, 10, 11 et 12) ne sont pas cumulables avec les autres codes de la présente sous-section.
- 3) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour le code GZP12 (position 9) de la présente sous-section.

Sous-section 4 - Chirurgie des sinus

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Lavage et/ou aspiration et/ou instillation au niveau d'un sinus par un orifice naturel ou artificiel	GND11	7,59
2)	Nettoyage naso-sinusal après chirurgie sinusienne, par voie endoscopique, par voie endonasale	GNE11	36,59
3)	Méatotomie nasale moyenne unilatérale, par voie endoscopique	GPE12	44,25
4)	Méatotomie nasale inférieure unilatérale, par voie endoscopique	GPE13	53,09
5)	Traitement chirurgical d'une sinusite ethmoïdale et/ou frontale unilatérale, par voie endonasale	GND12	80,20



6)	Traitement chirurgical d'une sinusite maxillaire unilatérale avec méatotomie moyenne, par la fosse canine ou par voie endonasale	GNP11	68,60
7)	Traitement chirurgical d'une sinusite sphénoïdale unilatérale, par voie endonasale	GND13	80,20
8)	Traitement chirurgical d'une pansinusite unilatérale, par voie endonasale	GND14	120,00
9)	Traitement chirurgical d'un ostéome, ou d'un mucocèle, ethmoïdal et/ou frontal unilatéral, par voie endonasale	GND15	91,47

REMARQUES :

- 1) Les codes GND11 et GNE11 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GND12, GNP11, GND13 et GND14 (positions 5 à 8) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes GNE11 et GND14 (positions 2 et 8) ne sont pas cumulables entre eux.
- 4) Le code GND15 (position 9) n'est pas cumulable avec les autres codes de la présente section.
- 5) Le code GNE11 (position 2) ne peut être mis en compte que trois fois dans le chef du patient.

Section 3 : « Glandes salivaires, pharynx, larynx et trachée »

Sous-section 1^{re} - Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Pharyngo-laryngoscopie indirecte avec optique - CAC	GDE14	10,11
2)	Naso-pharyngo-laryngoscopie	GDE15	11,68
3)	Naso-pharyngo-laryngoscopie avec biopsie de la sphère ORL	GDE16	20,00
4)	Microlaryngoscopie, avec ou sans biopsie(s), sous anesthésie générale	GDE17	40,10
5)	Panendoscopie pour recherche de lésion(s) cancéreuse(s) de la sphère ORL (fosses nasales, pharynx, larynx, trachée, bronches) avec biopsie(s), sous anesthésie générale	GDE18	57,17
6)	Enregistrement stroboscopique du larynx par voie endoscopique	GFE11	21,60



7)	Bilan d'une ronchopathie chronique, sous sommeil induit, par voie endoscopique	GDE19	47,63
----	--	-------	-------

REMARQUES :

- 1) Les codes de la présente sous-section ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Le code GDE15, GDE16 ou GFE11 (positions 2, 3 et 6) peut être mis en compte avec le code GDD11, GDD12, GDD21 ou GDD22 au cours de la même séance.

Sous-section 2 - Chirurgie des glandes salivaires

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Lavage et bougirage du canal salivaire par sialendoscopie	GUE11	47,78
2)	Extirpation de calculs salivaires, par incision muqueuse simple, par voie endobuccale	GUD11	24,06
3)	Extirpation de calculs salivaires, par dissection du canal excréteur ou par voie externe	GUP11	30,08
4)	Ablation de la glande sous-maxillaire, par voie externe	GUA11	90,23
5)	Parotidectomie partielle avec dissection du nerf facial, par voie externe	GUA12	170,43
6)	Parotidectomie totale avec dissection du nerf facial, par voie externe	GUA13	220,56
7)	Traitement d'un kyste salivaire de la glande salivaire sublinguale (grenouillette) par marsupialisation ou ablation de la glande sublinguale, par voie endobuccale	GUD12	27,44

REMARQUES :

- 1) Les codes GUD11 et GUP11 (positions 2 et 3) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GUA12 et GUA13 (positions 5 et 6) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Le code GUE11 (position 1) n'est pas cumulable avec les autres codes de la présente sous-section.
- 4) Les codes GUA11 et GUA13 (positions 4 et 6) ne peuvent être mis en compte que deux fois dans le chef du patient.
- 5) Le code GUA12 (position 5) ne peut être mis en compte que deux fois par parotide.
- 6) Le code GUE11 (position 1) ne peut être mis en compte que dans le cadre d'une sialoadénite récidivante.



- 7) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GUP11, GUA11, GUA12 et GUA13 (positions 3 à 6) de la présente sous-section.

Sous-section 3 - Chirurgie de la cavité buccale

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Adénoïdectomie, par voie endobuccale	GVD11	50,13
2)	Amygdalectomie bilatérale, par voie endobuccale	GVD12	63,23
3)	Amygdalotomie ou amygdalectomie, par laser, radiofréquence ou coblation, par voie endobuccale	GVD13	60,15
4)	Révision chirurgicale et hémostase pour les hémorragies secondaires post amygdalotomie, amygdalectomie ou adénoïdectomie, par voie endobuccale	GVD14	80,20
5)	Uvuloplastie, par laser ou radiofréquence, par voie endobuccale	GTD11	60,15
6)	Uvulo-vélo-palato-plastie, par voie endobuccale	GTD12	60,10
7)	Extirpation d'une tumeur maligne de l'oropharynx ou du plancher de la bouche, par voie endobuccale et/ou par voie externe	GZP13	170,43

REMARQUES :

- 1) Les codes GDT11 et GDT12 (positions 5 et 6) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Le code GVD14 (position 4) n'est pas cumulable avec les autres codes de la présente sous-section.
- 3) Les codes GVD11, GVD12, GVD13 et GVD14 (positions 1 à 4) ne peuvent être mis en compte que trois fois dans le chef du patient.
- 4) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour le code GZP13 (position 7) de la présente sous-section.

Sous-section 4 - Chirurgie du Pharynx

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Pharyngectomie pour tumeur maligne, par voie endobuccale ou externe	GVP11	176,45
2)	Pharyngectomie pour tumeur maligne, par laser, par voie endobuccale	GVD15	190,48



3)	Extirpation de tumeurs malignes de l'épipharynx, par voie endobuccale et/ou par voie externe	GVP12	162,41
4)	Incision d'un abcès rétro- ou latéro-pharyngien, ou périamygdalien, ou endo- ou péri-laryngé, par voie endobuccale et/ou par voie externe	GZP14	91,31
5)	Pharyngoplastie pour sténose vélo-oro-rhino-pharyngée, avec rapport, par voie endobuccale et/ou par voie externe	GVP13	274,41
6)	Pharyngo-laryngectomie pour tumeur maligne, par toute technique	GZQ12	220,56
7)	Exérèse de tumeurs de l'espace parapharyngé, par toute voie d'abord	GZQ13	198,95
8)	Injection de toxine botulinique dans le cadre du traitement de la dyskinésie temporaire du muscle cricopharyngé	GZB11	29,73
9)	Myotomie du muscle cricopharyngé pour traitement d'un diverticule de Zenker, par toute technique, par toute voie d'abord	GZQ14	120,30
10)	Section du ligament stylo-hyoïdien avec résection partielle de l'apophyse styloïde pour le traitement d'un syndrome d'Eagle, par voie endobuccale et/ou par voie externe	GZP15	95,56

REMARQUES :

- 1) Les codes GVP11, GVD15 et GZQ12 (positions 1, 2 et 6) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GVP12, GZP14, GZQ13 et GZQ14 (positions 3, 4, 7 et 9) ne sont pas cumulables avec les autres codes de la présente sous-section.
- 3) Le code GZB11 (position 8) ne peut être mis en compte que par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie.
- 4) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GVP11, GVD15, GVP12, GZP14, GZQ12, GZQ13 et GZQ14 (positions 1, 2, 3, 4, 6, 7 et 9) de la présente sous-section.

Sous-section 5 - Chirurgie du Larynx

Position	Libellé	Code	Coeff.
----------	---------	------	--------



1)	Extraction d'un corps étranger enclavé du pharynx ou du larynx, par les voies naturelles, sans endoscopie, y compris l'anesthésie locale	GZD11	42,47
2)	Résection, hors laser, de nodule(s), kyste(s) ou polype(s) sous microlaryngoscopie	GWE11	50,13
3)	Résection de nodule(s), kyste(s) ou polype(s) par laser sous microlaryngoscopie	GWE12	60,15
4)	Epluchage complet, hors laser, d'une corde vocale sous microlaryngoscopie	GWE13	70,18
5)	Epluchage complet, par laser, d'une corde vocale sous microlaryngoscopie	GWE14	80,20
6)	Aryténoïdectomie, ou aryténoïdopexie, ou résection de cordes vocales, ou cordotomie, hors laser, sous microchirurgie endoscopique	GWE15	90,23
7)	Aryténoïdectomie, ou aryténoïdopexie, ou résection de cordes vocales, ou cordotomie, par laser, sous microchirurgie endoscopique	GWE16	100,25
8)	Thyroplastie de médialisation, ou de relaxation, ou d'élargissement, ou de mise sous tension, par voie endoscopique ou externe	GWP11	84,61
9)	Dilatation laryngée par voie endoscopique, première séance	GWE17	14,04
10)	Dilatation laryngée par voie endoscopique, séance suivante	GWE18	14,04
11)	Pose ou changement de prothèse de calibrage du larynx, par laryngoscopie directe	GWE19	86,43
12)	Laryngotomie, thyrotomie, traitement de lésions du larynx, y compris la cordectomie, par abord direct	GZA13	120,30
13)	Traitement d'une sténose du larynx, par laser, sous microlaryngoscopie	GWE21	80,04
14)	Laryngectomie partielle pour tumeur maligne, par laser, par voie endoscopique	GWE22	120,30
15)	Laryngectomie subtotale pour tumeur maligne, par laser, par voie endoscopique	GWE23	137,21
16)	Laryngectomie totale pour tumeur maligne, par voie externe	GWA11	176,56
17)	Laryngectomie subtotale reconstructive pour tumeur maligne, par voie externe	GWA12	260,66
18)	Laryngoplastie par injection, par voie externe et/ou sous microlaryngoscopie	GWP12	84,61

REMARQUES :



- 1) Les codes de la présente sous-section ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GWE17 et GWE18 (positions 9 et 10) ne peuvent être mis en compte qu'une fois dans le chef du patient.
- 3) Le code GWE18 (position 10) ne peut être mis en compte que dans un délai allant de 3 mois à 6 mois à compter de la mise en compte du code GWE17 (position 9).
- 4) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GWP11, GZA13, GWE22, GWE23, GWA11 et GWA12 (positions 8, 12, 14, 15, 16 et 17) de la présente sous-section.

Sous-section 6 - Chirurgie de la trachée

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Trachéotomie, par voie externe	GXA11	65,25
2)	Changement de canule de trachéotomie ou de trachéostomie, par voie externe - CAC	GXD11	14,99
3)	Fermeture chirurgicale d'un trachéostome, par voie externe	GXD12	59,46
4)	Résection segmentaire de la trachée, par abord direct	GXA12	240,00
5)	Mise en place d'une prothèse phonatoire œsotrachéale, par voie endoscopique	GZE12	68,60
6)	Changement d'une prothèse phonatoire œsotrachéale, par voie endoscopique	GZE13	28,07

REMARQUES :

- 1) Les codes GXA11, GXD11 et GXD12 (positions 1 à 3) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GZE12 et GZE13 (positions 5 et 6) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Le code GXA12 (position 4) n'est pas cumulable avec les autres codes de la présente sous-section.
- 4) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GXA11, GXD11, GXD12 et GXA12 (positions 1 à 4) de la présente sous-section.

Section 4 – Chirurgie du cou

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Lobo-isthmectomie de la thyroïde, par voie externe	GYA11	124,46
2)	Thyroïdectomie totale, par voie externe	GYA12	157,39



3)	Parathyroïdectomie unique, par voie externe	GYA13	124,46
4)	Parathyroïdectomie ectopique, par voie externe	GYA14	157,35
5)	Parathyroïdectomie multiple, par voie externe	GYA15	208,10

REMARQUES :

- 1) Les codes GYA11 et GYA12 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Le code GYA13 (position 3) ne peut être mis en compte que deux fois dans le chef du patient.
- 3) Les codes GYA14 et GYA15 (positions 4 et 5) ne peuvent être mis en compte que trois fois dans le chef du patient.

Section 5 - Divers

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Exérèse à visée diagnostique d'une adénopathie cervicale profonde, par voie externe	GGB11	50,13
2)	Exérèse ganglionnaire d'un secteur ganglionnaire cervical avec examen histologique et rapport opératoire, unilatéral, par voie externe	GZB12	90,23
3)	Exérèse ganglionnaire de plusieurs secteurs ganglionnaires cervicaux avec examen histologique et rapport opératoire, unilatéral, par voie externe - CAT	GZB13	170,43
4)	Curage ganglionnaire cervical fonctionnel ou élargi avec examen histologique et rapport opératoire, unilatéral, par voie externe - CAT	GZB14	297,28
5)	Exérèse d'un kyste médian du tractus thyroïdien, par voie externe	GYA16	114,34
6)	Exérèse d'un kyste ou d'une fistule branchiale latérale du cou ou de la face, par voie externe	GZA14	170,43
7)	Neuromonitoring ou ENMG peropératoire des nerfs vague et récurrents ou des nerfs faciaux - CAT	GAQ12	25,48
8)	Assistance chirurgicale par neuronavigation avec ou sans casque - CAT	GZR11	34,30

REMARQUES :



- 1) Les codes GGB11, GZB12, GZB13 et GZB14 (positions 1 à 4) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GYA16 et GZA14 (positions 5 et 6) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes GZB13 et GZB14 (positions 3 et 4) ne peuvent être mis en compte qu'une fois par côté.
- 4) Le code GAQ12 (position 7) ne peut être mis en compte qu'avec les codes GSC11, GRE11, GRC11, GRQ12, GQQ13, GRQ13, GZC12, GZC13, GZC14, GZC15, GZC16, GRA11, GRA12, GRA13, GSA11, GSA12, GZA11, GZA12, GYA11, GYA12, GYA13, GYA14, GYA15, GUA11, GUA12 et GUA13.
- 5) Le code GZR11 (position 8) ne peut être mis en compte qu'avec les codes GPD17, GND11, GNE11, GPE12, GPE13, GND12, GNP11, GND13, GND14 et GND15.
- 6) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GGB11, GZB12, GZB13, GZB14, GYA16 et GZA14 (positions 1 à 6) de la présente section.

Section 6 : Echographies

Position	Libellé	Code	Coeff
1)	Echographie oto-rhino-laryngologique de régions ou d'organes non prévus aux positions suivantes	GCM11	12,20
2)	Echographie oto-rhino-laryngologique de la glande thyroïde, y compris région du cou	GCM12	12,20
3)	Echographie oto-rhino-laryngologique de vaisseaux avec Doppler pulsé, non applicable pour l'examen des veines du pelvis et des membres inférieurs, la première séance	GCM13	23,82
4)	Echographie oto-rhino-laryngologique 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	GCM14	11,91

REMARQUES :

- 1) Les codes GCM11, GCM12, GCM13 et GCM14 (positions 1 à 4) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie.
- 2) Le code GCM11, GCM12, GCM13 ou GCM14 (positions 1 à 4) peut être mis en compte avec le code GCJ11, GCJ12, GCJ21, GCJ22, GCJ31 ou GCJ32 au cours de la même séance.

[...]



Chapitre 6 – Gynécologie ⁴

Section 1^{re} – Obstétrique

Sous-section 1 : Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cardiotocogramme d'une durée de plus de 20 minutes	NAQ11	7,04
2)	Cardiotocogramme d'une durée de plus de 20 minutes accompagnant une consultation - CAC	NAQ12	3,52
3)	Etude en continu du segment ST de l'électrocardiogramme (ECG) fœtal par moniteur "ST Analysis" (STAN) - CAT	NUQ11	33,46
4)	Epreuve de tolérance fœtale à la contraction utérine induite par l'ocytocine (Stress test) - CAT	NAF11	16,73
5)	Echographie d'une grossesse uniembryonnaire au 1er trimestre	NCM11	17,85
6)	Echographie d'une grossesse multiembryonnaire au 1er trimestre	NCM12	33,46
7)	Echographie morphologique d'une grossesse unifoetale au 2ème trimestre	NCM13	55,77
8)	Echographie morphologique d'une grossesse multifoetale au 2ème trimestre	NCM14	93,70
9)	Echographie d'une grossesse unifoetale au 3ème trimestre	NCM15	17,85
10)	Echographie d'une grossesse multifoetale au 3ème trimestre	NCM16	33,46
11)	Examen échographique avec Doppler pulsé des vaisseaux utéro-placentaires, des vaisseaux ombilicaux, des grands vaisseaux fœtaux ou du Ductus Venosus pour la surveillance d'une souffrance fœtale, grossesse unique	NCM17	15,62
12)	Examen échographique avec Doppler pulsé des vaisseaux utéro-placentaires, des vaisseaux ombilicaux, des grands vaisseaux foetaux ou du Ductus Venosus pour la surveillance d'une souffrance fœtale, grossesse multiple	NCM18	31,23
13)	Echographie pour surveillance d'une pathologie fœtale ou d'une malformation sévère documentée, grossesse unique	NCM19	27,89
14)	Echographie pour surveillance d'une pathologie fœtale ou d'une malformation sévère documentée, grossesse multiple	NCM21	55,77
15)	Echographie de second avis dans le cas d'une pathologie fœtale ou malformation sévère diagnostiquée et documentée, grossesse unique	NCM22	55,77

⁴ Les sections 1^{re} et 2 du chapitre 6 ont été remplacées complètement (voir p. 77 de la nomenclature des médecins)



16)	Echographie de second avis dans le cas d'une pathologie fœtale ou malformation sévère diagnostiquée et documentée, grossesse multiple	NCM23	93,70
17)	Echographie en cas de dépassement du terme comprenant <i>fœtométrie</i> , doppler des vaisseaux ombilicaux, localisation du placenta, liquide placentaire et mesure du canal cervical du col de l'utérus, grossesse unique	NCM24	17,61
18)	Amniocentèse transabdominale ou transvaginale, frais de matériel et échographie comprise	NGQ11	25,66
19)	Biopsie transabdominale ou transvaginale du trophoblaste, frais de matériel et échographie comprise	NGQ12	25,66
20)	Cordocentèse diagnostique, échographie comprise	NGF11	35,70
21)	Ponction du fœtus, frais de matériel et échographie comprise	NGQ13	54,66
22)	Prélèvement de sang foetal au scalp - CAT	NGD11	14,50
23)	Bilan de prise en charge en hospitalisation d'une pathologie grave liée à la grossesse d'une parturiente entre la 20ème et la 37ème semaine d'aménorrhée incluse, y compris frottis vaginal, cardiotocogramme et échographie, avec ou sans transfert interhospitalier	NKQ11	44,62
24)	Bilan de prise en charge en hospitalisation d'une pathologie grave liée à la grossesse d'une parturiente entre la 20ème et 37ème semaine d'aménorrhée incluse, y compris frottis vaginal, cardiotocogramme et échographie, après transfert interhospitalier	NKQ12	22,31

REMARQUES :

- 1) Les codes NAQ11 et NAQ12 (positions 1 et 2) et NCM11 à NCM24 (positions 5 à 17) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique.
- 2) Par dérogation à l'article 10, alinéa 1^{er}, point 1), le code NAQ12 (position 2) ne peut être mis en compte qu'avec le code C14.
- 3) Les codes NCM17 et NCM18 (positions 11 et 12) ne peuvent être mis en compte qu'en présence d'une ou de plusieurs indications suivantes :
 - Retard de croissance intra-utérin
 - Hypertension artérielle, pré-éclampsie, éclampsie
 - Anomalie du rythme cardiaque fœtal
 - Malformation ou maladie fœtale
 - Grossesse multiple avec croissance discordante



- **Maladie maternelle préexistante (hypertonie, néphropathie, diabète, maladie auto-immune)**
 - **Anémie fœtale**
 - **Infection fœtale**
 - **Hydrops fetalis**
 - **Surveillance d'une grossesse multiple**
 - **Insertion vélamenteuse du cordon ombilical**
 - **Anomalies d'insertion placentaire**
- 4) Les codes NCM22 et NCM23 (positions 15 et 16) excluent la mise en compte le même jour des codes NCM11, NCM12, NCM13, NCM14, NCM15 et NCM16 (positions 5 à 10).
- 5) Par dérogation à l'article 7, alinéa 2, les codes NKQ11 et NKQ12 (positions 23 et 24) peuvent être mis en compte 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 et sous condition qu'il s'agisse du 1^{er} jour d'hospitalisation.
- 6) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 2 : Actes liés à une grossesse se terminant par un avortement

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Interruption de grossesse par moyen médicamenteux avant la fin de la 14ème semaine d'aménorrhée, échographie comprise	NTD11	22,31
2)	Interruption de grossesse par déclenchement médicamenteux ou curetage entre la fin de la 14ème semaine d'aménorrhée et la fin de la 22ème semaine d'aménorrhée, échographie comprise	NTQ11	47,97
3)	Foeticide, échographie comprise	NTQ12	66,93
4)	Administration d'un traitement médical de la grossesse extra-utérine ou de la môle hydatiforme	NTQ13	33,46
5)	Curetage évacuateur d'un utérus gravide avant la 14ème semaine d'aménorrhée, échographie comprise	NTD12	30,12



6)	Curetage de môle hydatiforme, échographie comprise	NTD13	33,46
7)	Réduction embryonnaire, échographie comprise	NTQ14	31,08

REMARQUES :

- 1) Les codes NTD11, NTQ11, NTD12, NTD13 et NTQ14 (positions 1, 2, 5, 6 et 7) ne sont pas cumulables avec le code NND16.
- 2) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 3 : Actes obstétricaux pendant la période prénatale

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cerclage de col, par voie vaginale	NUD11	27,89
2)	Cerclage de col, par laparotomie	NUA11	66,93
3)	Ablation de cerclage de col, par voie vaginale - CAT	NUD12	6,69
4)	Pose d'un pessaire obstétrical	NUD13	11,15
5)	Ablation d'un pessaire obstétrical	NUD14	4,46
6)	Ponction de décharge amniotique, échographie comprise	NUQ12	33,46
7)	Remplissage du liquide amniotique, échographie comprise	NUQ13	33,46
8)	Version par manœuvre externe, échographie et cardiotocogramme compris	NUQ14	44,62

REMARQUE :

- 1) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 4 : Actes thérapeutiques sur le fœtus

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cordocentèse thérapeutique, échographie comprise	NYF11	78,08
2)	Mise en place sur le fœtus d'un cathéter, échographie comprise	NYQ11	55,77
3)	Mise en place sur le fœtus de deux cathéters, échographie comprise	NYQ12	89,24

REMARQUE :



- 1) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 5 : Actes obstétricaux pendant le travail et l'accouchement

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Tentative de déclenchement du travail par moyen médicamenteux ou mécanique, par période de 24 heures pour une durée maximale ne pouvant excéder 72 heures, soit 1 à 3 périodes maximum - CAT	NVQ11	17,85
2)	Accouchement monofoetal normal par voie basse en présentation céphalique, cardiotocogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD11	116,64
3)	Accouchement monofoetal assisté par ventouse ou forceps, par voie basse en présentation céphalique, cardiotocogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD12	125,34
4)	Accouchement monofoetal normal par voie basse en présentation du siège, cardiotocogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD13	129,69
5)	Accouchement multiple normal par voie basse, cardiotocogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD14	153,93
6)	Accouchement multiple assisté par ventouse, forceps ou manœuvre par voie basse, cardiotocogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD15	162,63
7)	Césarienne programmée, hors urgence, cardiotocogramme inclus, par laparotomie	NVA11	106,28
8)	Césarienne non programmée, en urgence en dehors du travail, cardiotocogramme inclus, par laparotomie	NVA12	127,41
9)	Césarienne non programmée, au cours du travail, cardiotocogramme inclus, par laparotomie	NVA13	122,23

REMARQUES :

- 1) Le code NVQ11 (position 1) ne se cumule pas avec le code NVA11 et NVA12 (positions 7 et 8).
- 2) Les codes NVD11, NVD12, NVD13, NVD14, NVD15, NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 2 à 9) de la présente sous-section ne sont pas cumulables entre eux et un acte de la présente sous-section est cumulable avec au maximum 2 codes de la sous-section 6, section 1 du chapitre 6.



- 3) Les codes NVD11, NVD12, NVD13, NVD14, NVD15, NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 2 à 9) excluent la mise en compte des codes V20 à V26.
- 4) Par dérogation à l'article 19, alinéa 2, les codes NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 7 à 9) sont cumulables avec le code NZC12.
- 5) Les majorations prévues à l'article 8, alinéa 1^{er} ne s'appliquent pas au code NVA11 (position 7) mais s'appliquent aux codes NVA12 et NVA13 (positions 8 et 9).
- 6) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes NVD14, NVD15, NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 5 à 9).

Sous-section 6 : Traitement des complications immédiates de l'accouchement

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Suture d'une déchirure obstétricale du col de l'utérus - CAT	NXD11	20,08
2)	Suture d'une déchirure obstétricale vaginale haute - CAT	NXD12	20,08
3)	Suture d'une déchirure obstétricale périnéale avec atteinte du sphincter externe de l'anus	NXD13	30,12
4)	Suture d'une déchirure obstétricale périnéale avec atteinte du sphincter externe de l'anus et rupture de la paroi ano-rectale antérieure	NXD14	66,93
5)	Mise à plat d'un hématome périnéal ou vaginal d'origine obstétricale, par abord direct	NXA11	33,46
6)	Décollement manuel du placenta	NXD15	22,31
7)	Révision utérine	NXD16	17,85
8)	Pose d'un ballon de Bakri, y compris la révision utérine ou le décollement manuel du placenta	NXD17	89,24
9)	Chirurgie conservatrice de l'hémorragie du post-partum, y compris la révision utérine ou le décollement manuel du placenta et l'éventuelle pose d'un ballon de Bakri	NXQ11	167,32
10)	Hystérectomie d'hémostase, y compris la révision utérine ou le décollement manuel du placenta et l'éventuelle pose d'un ballon de Bakri	NXQ12	200,79
11)	Traitement manuel d'une inversion utérine	NXD18	44,62
12)	Chirurgie d'une inversion utérine, par laparotomie	NXA12	100,39
13)	Chirurgie d'une rupture utérine, par laparotomie	NXA13	111,55

REMARQUES :

- 1) Le code NXD17 (position 8) n'est pas cumulable avec les codes NXD15 et NXD16 (position 6 et 7).
- 2) Le code NXQ11 (position 9) n'est pas cumulable avec les codes NXD15, NXD16 et NXD17 (positions 6, 7 et 8).



- 3) Le code NXQ12 (position 10) n'est pas cumulable avec les codes NXD15, NXD16, NXD17 et NXQ11 (positions 6, 7, 8 et 9).
- 4) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NXD15 et NXD16 (positions 5 et 6).
- 5) Par dérogation à l'article 9, alinéa 1^{er} et en présence de la mise en compte d'un forfait d'accouchement, les codes de la présente sous-section se cumulent entre eux à raison de 100% du tarif pour le premier acte cumulé et à raison de 50% du tarif pour le deuxième acte. Les actes suivants le deuxième acte de la présente sous-section ne donnent pas lieu à honoraires. Le médecin note le tarif réduit en application de la présente disposition sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre « R ». Par dérogation à ce qui précède, s'il s'agit d'un cumul avec un des codes NXD11 ou NXD12 (positions 1 et 2), le cumul se fait à plein tarif.

Section 2 - Gynécologie, actes non liés à la gestation ou à l'accouchement

Sous-section 1 : Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Echographie gynécologique de régions ou d'organes non prévus aux positions suivantes	NCM25	12,20
2)	Echographie gynécologique du pelvis par voie transvaginale	NCM26	18,36
3)	Echographie gynécologique des organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens; non applicable pour échographie en rapport avec la grossesse	NCM27	18,36
4)	Examen échographique des glandes mammaires	NCM28	12,20
5)	Contrôle échographique accompagnant un acte diagnostique ou thérapeutique en gynécologie-obstétrique - CAT (non applicable pour une position à libellé spécifié "échographie comprise")	NCM29	6,12
6)	Examen échographique de vaisseaux avec Doppler continu et pulsé des glandes mammaires ou du pelvis	NCM31	11,91
7)	Prélèvement cervico-vaginal bactériologique - CAC	NGD12	3,28
8)	Prélèvement cervico-vaginal cytologique, maximum un tous les 36 mois, dans le chef de la patiente- CAC	NGD13	3,28
9)	Biopsie vulvaire - CAC	NGA11	10,04
10)	Biopsie vaginale - CAC	NGD14	10,04
11)	Biopsie du col de l'utérus	NGD15	17,45
12)	Biopsie de l'endomètre - CAC	NGE11	9,91



13)	Biopsies profondes de l'endomètre et du myomètre, par hystéroscopie interventionnelle	NGE12	36,81
14)	Colposcopie, avec ou sans biopsie	NDE11	17,45
15)	Hystéroscopie diagnostique, avec ou sans biopsie	NDE12	16,73
16)	Hystéroscopie diagnostique, hydrolaparoscopie transvaginale avec épreuve de perméabilité tubaire et salpingoscopie	NDP11	73,62
17)	Cœlioscopie diagnostique avec ou sans hystéroscopie diagnostique, avec ou sans épreuve de perméabilité tubaire	NDP12	68,05

REMARQUES :

- 1) Les codes NCM25, NCM26, NCM27, NCM28, NCM29 et NCM31 (positions 1 à 6) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique.
- 2) Le code NCM26 (position 2) ne peut pas être mis en compte dans le cadre de la datation d'une grossesse.
- 3) Le code NGD13 (position 8) ne peut être mis en compte que tous les 36 mois dans le chef de la patiente dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, sauf en cas de surveillance d'une lésion avérée selon les critères définis par le Conseil scientifique.
- 4) Le code NDE11 (position 14) ne peut être mis en compte qu'après la réalisation d'un prélèvement cervico-vaginal cytologique (position 2) dont le résultat présente une anomalie cytologique ou 2 cytologies sans lecture univoque ou en cas de surveillance d'une lésion avérée selon les critères définis par le Conseil scientifique.
- 5) Le code NDE11 (position 14) ne peut être mis en compte que pour une patiente âgée de 25 à 69 ans.
- 6) Le code NDE11 (position 14) n'est pas cumulable avec les codes NGD12, NGD13, NGD15, NGE11 et NQA22.
- 7) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes NDP11 et NDP12 (positions 16 et 17).

Sous-section 2 : Actes thérapeutiques sur les annexes de l'utérus

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Perforations multiples des ovaires, par coelioscopie	NLC11	90,36
2)	Transposition uni- ou bilatérale de l'ovaire, par coelioscopie	NLC12	123,82



3)	Kystectomie(s) ovarienne(s) unilatérale(s), par laparotomie	NLA11	93,70
4)	Kystectomie(s) ovarienne(s) unilatérale(s), par coelioscopie	NLC13	116,46
5)	Kystectomie(s) ovarienne(s) bilatérale(s), par laparotomie	NLA12	113,78
6)	Kystectomie(s) ovarienne(s) bilatérale(s), par coelioscopie	NLC14	140,55
7)	Ovariectomie unilatérale, par laparotomie	NLA13	87,01
8)	Ovariectomie unilatérale, par coelioscopie	NLC15	108,43
9)	Ovariectomie bilatérale, par laparotomie	NLA14	97,05
10)	Ovariectomie bilatérale, par coelioscopie	NLC16	120,47
11)	Salpingectomie unilatérale, par laparotomie	NLA15	83,66
12)	Salpingectomie unilatérale, par coelioscopie	NLC17	104,41
13)	Salpingectomie bilatérale, par laparotomie	NLA16	90,36
14)	Salpingectomie bilatérale, par coelioscopie	NLC18	114,45
15)	Salpingotomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie	NLA17	80,32
16)	Salpingotomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie	NLC19	100,39
17)	Salpingonéostomie ou fimbrioplastie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie	NLA18	125,16
18)	Salpingonéostomie ou fimbrioplastie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie	NLC21	165,76
19)	Ligature tubaire unilatérale ou bilatérale hors-césarienne, par toute voie d'abord	NZC11	95,93
20)	Ligature tubaire unilatérale ou bilatérale per-césarienne	NZC12	16,73
21)	Anastomose tubo-tubaire unilatérale, par laparotomie	NLA19	150,37
22)	Anastomose tubo-tubaire unilatérale, par coelioscopie	NLC22	232,02
23)	Anastomose tubo-tubaire bilatérale, par laparotomie	NLA21	190,30
24)	Anastomose tubo-tubaire bilatérale, par coelioscopie	NLC23	298,95
25)	Évacuation de collection de l'annexe ou du ligament large, unilatérale ou bilatérale, par laparotomie	NLA22	97,05
26)	Évacuation de collection de l'annexe ou du ligament large, unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie	NLC24	117,80
27)	Détorsion d'une annexe avec ou sans kystectomie, avec ou sans tumorectomie, avec ou sans ovariopexie, par laparotomie	NLA23	100,39
28)	Détorsion d'une annexe avec ou sans kystectomie, avec ou sans tumorectomie, avec ou sans ovariopexie, par coelioscopie	NLC25	123,15
29)	Annexectomie unilatérale, par laparotomie	NLA24	97,05
30)	Annexectomie unilatérale, par coelioscopie	NLC26	117,80
31)	Annexectomie bilatérale, par laparotomie	NLA25	113,78
32)	Annexectomie bilatérale, par coelioscopie	NLC27	137,88
33)	Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, exploration	NLA26	319,93



	de la cavité abdominale, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par laparotomie		
34)	Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, exploration de la cavité abdominale, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par coelioscopie	NLC28	365,21
35)	Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, résection de greffes métastatiques péritonéales de la grande cavité abdominale y compris les coupoles diaphragmatiques, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par laparotomie	NLA27	450,66
36)	Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, résection de greffes métastatiques péritonéales de la grande cavité abdominale y compris les coupoles diaphragmatiques, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par coelioscopie	NLC29	506,21
37)	Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie bilatérale, omentectomie infragastrique et curage ganglionnaire du ligament de Cooper jusqu'au niveau infra rénal (pelvien et lombo-aortique), avec ou sans appendicectomie, par laparotomie	NLA28	450,66
38)	Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie bilatérale, omentectomie infragastrique et curage ganglionnaire du ligament de Cooper jusqu'au niveau infra rénal (pelvien et lombo-aortique), avec ou sans appendicectomie, par coelioscopie	NLC31	566,67

REMARQUES :

- 1) Les codes NZC11 et NZC12 (positions 19 et 20) ne peuvent être réalisés que dans le cadre du programme de médecine préventive et d'accès universel aux contraceptifs sur le plan national.
- 2) Les codes NZC11 et NZC12 (positions 19 et 20) ne peuvent être mis en compte qu'après la date de la mise en compte du code NZQ12, la patiente ayant fait état de son consentement préalable, libre et éclairé, donné à la suite d'une information adéquate.
- 3) Par dérogation à l'article 19, alinéa 2, le code NZC12 (position 20) est cumulable avec les codes NVA11, NVA12 et NVA13.
- 4) L'assistance opératoire peut être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.



Sous-section 3 : Actes thérapeutiques sur l'utérus

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cerclage de l'isthme utérin en-dehors de la grossesse, par laparotomie	NNA11	68,05
2)	Cerclage de l'isthme utérin en-dehors de la grossesse, par coelioscopie	NNC11	98,61
3)	Cerclage de l'isthme utérin en-dehors de la grossesse, par voie vaginale	NND11	45,74
4)	Résection de la totalité du col de l'utérus, par laparotomie	NNA12	68,27
5)	Résection de la totalité du col de l'utérus, par coelioscopie	NNC12	99,28
6)	Résection de la totalité du col de l'utérus, par voie vaginale	NND12	46,85
7)	Trachélectomie élargie par voie vaginale avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par laparotomie	NNP11	336,88
8)	Trachélectomie élargie par voie vaginale avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par coelioscopie	NNP12	425,67
9)	Mise à plat d'un kyste adénomyosique intramural, par hystéroscopie interventionnelle	NNE11	53,54
10)	Curetage utérin sur utérus non gravide	NNE12	30,12
11)	Résection d'un myome, par hystéroscopie interventionnelle	NNE13	82,77
12)	Résection d'un myome pédiculé, par laparotomie	NNA13	60,68
13)	Résection d'un myome pédiculé, avec morcellement, par coelioscopie	NNC13	115,12
14)	Résection d'un myome unique intramural, par laparotomie	NNA14	89,46
15)	Résection d'un myome unique intramural, avec morcellement, par coelioscopie	NNC14	230,24
16)	Résection de myomes multiples, par laparotomie	NNA15	164,20
17)	Résection de myomes multiples, avec morcellement, par coelioscopie	NNC15	250,76
18)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris la destruction d'un ou de plusieurs endométriomes, par laparotomie	NZA14	150,59
19)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris la destruction d'un ou de plusieurs endométriomes, par coelioscopie	NZC13	214,18
20)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris l'exérèse de lésions de la cloison rectovaginale, par laparotomie	NZA15	243,18



21)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris l'exérèse de lésions de la cloison rectovaginale, par coelioscopie	NZC14	310,55
22)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s) superficielle du péritoine, avec ou sans adhésiolyse pelvienne, avec ou sans biopsie, par laparotomie	NZA16	100,39
23)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s) superficielle(s) du péritoine, avec ou sans adhésiolyse pelvienne, avec ou sans biopsie, par coelioscopie	NZC15	107,09
24)	Résection d'une corne utérine, par laparotomie	NNA16	100,39
25)	Résection d'une corne utérine, par coelioscopie	NNC16	123,15
26)	Unification du corps utérin d'un utérus bicorne, par laparotomie	NNA17	160,63
27)	Unification du corps utérin d'un utérus bicorne, par coelioscopie	NNC17	191,42
28)	Exérèse d'un héli-utérus malformé, par laparotomie	NYA11	153,94
29)	Exérèse d'un héli-utérus malformé, par coelioscopie	NYC11	184,73
30)	Hystérectomie avec ou sans conservation du col, avec ou sans annexectomie uni-ou bilatérale, par laparotomie	NNA18	146,80
31)	Hystérectomie avec ou sans conservation du col, avec ou sans annexectomie uni-ou bilatérale, par coelioscopie	NNC18	215,07
32)	Hystérectomie avec ou sans conservation du col, avec ou sans annexectomie uni-ou bilatérale, par voie vaginale	NND13	149,25
33)	Hystérectomie élargie, par laparotomie	NNA19	243,18
34)	Hystérectomie élargie, par coelioscopie	NNC19	313,90
35)	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par laparotomie	NNA21	389,31
36)	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par coelioscopie	NNC21	491,71
37)	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien et para-aortique, par laparotomie	NNA22	375,48
38)	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien et para-aortique, par coelioscopie	NNC22	528,08
39)	Cure d'une isthmocèle, par laparotomie	NNA23	100,39
40)	Cure d'une isthmocèle, par coelioscopie	NNC23	131,63
41)	Cure d'une isthmocèle, par voie vaginale	NND14	100,39
42)	Conisation du col par toutes techniques, avec curetage endocervical, par voie vaginale	NND15	36,81
43)	Dilatation du col, par voie vaginale	NND16	13,83
44)	Ablation d'un polype du col, par voie vaginale (avec analyse histologique) - CAC	NND17	8,92



45)	Ablation d'un polype du col, par hystérocopie interventionnelle	NNE14	50,20
46)	Résection d'un ou plusieurs polypes endométriaux, par hystérocopie interventionnelle	NNE15	44,17
47)	Destruction de la muqueuse utérine par thermocontact, y compris la biopsie endométriale, par voie vaginale	NND18	40,16
48)	Ablation endométriale par coagulation et/ou résection avec prétraitement de la muqueuse, par hystérocopie interventionnelle	NNE16	59,79
49)	Section d'une cloison intra-utérine, avec ou sans section de la partie dans l'endocol, par hystérocopie interventionnelle avec ou sans résection d'une cloison vaginale par voie vaginale	NNP13	73,62
50)	Ablation d'un dispositif intra-utérin, avec ou sans hystérocopie interventionnelle	NNE17	33,46
51)	Ablation d'un dispositif intra-utérin migré dans la cavité abdominale, par laparotomie	NZA17	46,85
52)	Ablation d'un dispositif intra-utérin migré dans la cavité abdominale, par coelioscopie	NZC16	63,36
53)	Cure de synéchies partielles, par hystérocopie interventionnelle	NNE18	53,54
54)	Cure de synéchies complètes, par hystérocopie interventionnelle	NNE19	113,78
55)	Dissection d'une cloison intra-utérine sans présence d'une cloison dans le col ou d'une cloison vaginale, par hystérocopie interventionnelle	NNE21	53,54

REMARQUES :

- 1) Le code NND16 (position 43) n'est pas cumulable avec les codes NTD11, NTQ11, NTD12, NTD13 et NTQ14.
- 2) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NNE11, NNE12, NNE13, NND15, NND16, NND17, NNE14, NNE15, NND18, NNE16, NNP13, NNE17 et NNE18 (positions 9 à 11, 42 à 50 et 53).

Sous-section 4 : Actes thérapeutiques sur le vagin

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Incision ou résection de l'hymen, par voie vaginale	NPA11	30,12
2)	Colpotomie d'élargissement	NPD11	30,12
3)	Ablation de corps étranger du vagin, par vaginoscopie	NPE11	19,86



4)	Résection d'une lésion vaginale par toutes techniques, par voie vaginale	NPD12	28,11
5)	Colpectomie totale ou subtotale par voie vaginale	NPD13	106,64
6)	Colpectomie totale ou subtotale assistée par coelioscopie ou laparotomie	NPQ11	136,31
7)	Colpopérinéorrhaphie antérieure (cure de cystocèle), par voie vaginale	NPD14	73,62
8)	Colpopérinéorrhaphie postérieure, par voie vaginale	NPD15	73,62
9)	Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure, par voie vaginale	NPD16	117,80
10)	Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure avec spinofixation du dôme vaginal selon Richter, par voie vaginale	NPD17	194,10
11)	Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure avec hystérectomie, par voie vaginale	NPD18	187,85
12)	Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure, avec hystérectomie et spinofixation du dôme vaginal selon Richter, par voie vaginale	NPD19	269,32
13)	Création d'un néovagin, par toute voie d'abord	NPQ12	218,19
14)	Evacuation de collection abdominale, par colpotomie	NPA12	33,46

REMARQUE :

- 1) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NPA11, NPD11 et NPE11 (positions 1 à 3).

Sous-section 5 : Actes thérapeutiques sur la vulve

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Incision ou ponction d'un abcès de la glande de Bartholin avec ou sans marsupialisation, avec ou sans échographie	NQA11	30,12
2)	Exérèse de la glande de Bartholin ou autre kyste vulvaire, par abord direct	NQA12	33,11
3)	Résection d'une lésion vulvaire par toutes techniques, par abord direct	NQA13	26,77
4)	Nymphoplastie unilatérale, par abord direct	NQA14	44,40
5)	Nymphoplastie bilatérale, par abord direct	NQA15	68,05
6)	Vulvectomie partielle ou hémi-vulvectomie sans curage ganglionnaire, par abord direct	NQA16	74,96



7)	Vulvectomie partielle ou hémi-vulvectomie avec curage ganglionnaire inguinal avec ou sans exérèse unilatérale du ganglion sentinelle, par abord direct	NQA17	196,33
8)	Vulvectomie partielle ou hémi-vulvectomie avec curage ganglionnaire inguinal avec ou sans exérèse bilatérale du ganglion sentinelle, par abord direct	NQA18	266,60
9)	Vulvectomie totale avec curage ganglionnaire avec ou sans exérèse bilatérale du ganglion sentinelle, par abord direct	NQA19	310,11
10)	Vulvectomie totale sans curage ganglionnaire bilatéral, par abord direct	NQA21	128,28
11)	Suture de plaie de la vulve ou du vagin, en dehors de la grossesse	NQA22	30,12
12)	Incision de collection ou d'hématome vulvo-périnéal ou vaginal	NZQ15	27,89
13)	Hyménectomie, par voie vaginale	NZD14	30,12

REMARQUES :

- 1) Le code NQA22 (position 11) n'est pas cumulable avec les actes prévus à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 6 « Gynécologie », section 1 « Obstétrique ».
- 2) Le code NQA22 (position 11) n'est pas cumulable avec le code NDE11.
- 3) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NQA11, NQA13 et NZD14 (positions 1, 3 et 13).

Sous-section 6 : Autres actes thérapeutiques en gynécologie

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'à la bifurcation de l'artère iliaque interne et externe, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC17	271,96
2)	Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'au niveau iliaque commun, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC18	288,24
3)	Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'au niveau infra mésentérique, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC19	365,21



4)	Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'au niveau infra rénal, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC21	459,36
5)	Stadification avec analyse cytologique de l'ascite, biopsie ou résection des ovaires, et biopsies péritonéales multiples, par toute voie d'abord	NZQ16	87,01
6)	Curage ganglionnaire lombo-aortique dans le cadre d'un acte de chirurgie oncologique gynécologique	NZQ17	340,90
7)	Curage ganglionnaire pelvien dans le cadre d'un acte de chirurgie oncologique gynécologique	NZQ18	208,82
8)	Curage ganglionnaire sentinelle dans le cadre d'un acte de chirurgie oncologique gynécologique	NZQ19	190,75
9)	Omentectomie, par laparotomie	NZA18	124,04
10)	Omentectomie, par coelioscopie	NZC22	196,33
11)	Adhésiolyse, par laparotomie	NZA19	100,39
12)	Adhésiolyse, par coelioscopie	NZC23	121,81
13)	Destruction de lésions au niveau de la vulve, du vagin ou du col de l'utérus par toutes techniques, par voie vaginale	NZQ21	24,54

REMARQUE :

- 1) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour le code NZQ21 (position 13).

[...]

Section 4 – Forfait pour frais d'utilisation d'appareil

Position	Libellé	Code	Coeff.	Tarif
1)	Echographe Classe I	NCJ11	Néant	45,00
2)	Montant réduit pour échographe Classe I	NCJ12	Néant	5,00
3)	Echographe Classe II	NCJ21	Néant	80,00
4)	Montant réduit pour échographe Classe II	NCJ22	Néant	5,00
5)	Echographe Classe III	NCJ31	Néant	105,00
6)	Montant réduit pour échographe Classe III	NCJ32	Néant	5,00
7)	Cardiotocographe	NCJ41	Néant	10,00
8)	Montant réduit pour cardiotocographe	NCJ42	Néant	2,00

REMARQUES :

- 1) L'échographe Classe I (positions 1 et 2) couvre tous les appareils échographiques dont la valeur d'acquisition se situe entre 20.000,00 euros et 59.999,99 euros.



- 2) L'échographe Classe II (positions 3 et 4) couvre tous les appareils échographiques dont la valeur d'acquisition se situe entre 60.000,00 euros et 89.999,99 euros.
- 3) L'échographe Classe III (positions 5 et 6) couvre tous les appareils échographiques dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 90.000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 110.000 euros.
- 4) Le seuil d'activité de référence pour tous les échographes est fixé à 200.
- 5) Le seuil d'activité de référence pour le cardiocotographe est fixé à 100.
- 6) Pour la mise en compte du montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 1, tel qu'il figure aux positions 1, 3, 5 et 7. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.
- 7) Pour la mise en compte du montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 2, tel qu'il figure aux positions 2, 4, 6 et 8. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.

[...]

Chapitre 8 – Imagerie médicale, radiologie interventionnelle, radiothérapie

[...]

Section 3 - Imagerie médicale utilisant les agents physiques sans radiations ionisantes

Sous-section 1^{re} - Echographie (échotomographie, ultrasonographie)

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Examen échographique de régions ou d'organes non prévus aux positions suivantes	8E01	12,20
2)	Location d'appareil	8E01X	5,04
3)	Examen échographique de la glande thyroïde (région du cou comprise)	8E02	12,20
4)	Location d'appareil	8E02X	5,04
5)	Examen échographique du crâne et/ou des hanches chez un enfant de moins de deux ans	8E03	12,20
6)	Location d'appareil	8E03X	5,04
7)	Echographie du pelvis par voie transrectale ou transvaginale	8E09	18,36
8)	Location d'appareil	8E09X	5,04



9)	Examen échographique des organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens ; non applicable pour échographie en rapport avec la grossesse	8E13	18,36
10)	Location d'appareil	8E13X	5,04
11)	Examen échographique des seins	8E14	12,20
12)	Location d'appareil	8E14X	5,04
13)	Echographie obstétricale, 1er ou 3e trimestre (y compris le 1er diagnostic de la grossesse)	8E21	12,20
14)	Location d'appareil	8E21X	5,04
15)	Echographie obstétricale du 2e trimestre	8E22	18,36
16)	Location d'appareil	8E22X	5,04
17) 13)	Contrôle échographique accompagnant un acte diagnostique ou thérapeutique - CAT (non applicable pour une position à libellé spécifié "sous contrôle échographique")	8E25	6,12
18) 14)	Location d'appareil	8E25X	5,04
19)	Echoendoscopie de l'oesophage et du cardia	8E31	33,48
20)	Echoendoscopie de l'estomac	8E32	28,70
21)	Echoendoscopie des voies pancréatico-biliaires	8E33	37,93
22)	Echoendoscopie du côlon	8E34	28,55
23)	Echoendoscopie du rectum et du sigmoïde	8E35	12,64

[...]

Sous-section 2 - Echo-Doppler des vaisseaux

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Examen des vaisseaux par Doppler continu avec enregistrement	8E41	10,71
2)	Location d'appareil	8E41X	4,91
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
4)	Location d'appareil	8E42X	13,63



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
6)	Location d'appareil	8E43X	13,63
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
8)	Location d'appareil	8E45X	13,63
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
10)	Location d'appareil	8E46X	13,63
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
12)	Location d'appareil	8E47X	13,63
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
14)	Location d'appareil	8E48X	13,63

Chapitre 9 - ~~Oto-Rhino-Laryngologie~~ - Stomatologie - Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire

Section 1^{re} – Cavité buccale et glandes salivaires

[...]

Sous-section 3 – Chirurgie de la langue et du plancher de la bouche

Position	Libellé	Code	Coeff
1)	Biopsie buccale	9S51	8,30



2)	Excision et suture d'un frein hypertrophié de la langue ou de la lèvre ou d'une bride fibreuse	9S52	13,40
3)	Plastie d'allongement du frein de la lèvre ou de la langue	9S53	13,40
4)	Désinsertion musculaire du plancher de la bouche, un côté	9S55	40,90
5)	Désinsertion musculaire du plancher de la bouche, deux côtés	9S56	81,70
6)	Glossectomie large	9S57	109,70
7)	Incision d'un abcès de la cavité buccale, bucco-pharyngée ou pharyngo-laryngée par voie buccale	9S61	11,00
8)	Incision d'un phlegmon de la base de la langue ou du plancher buccal	9S62	33,65
9)	Résection d'une lésion ou tumeur bénigne de la bouche	9S65	16,55
10)	Extirpation d'une tumeur maligne des lèvres	9S71	59,55
11)	Extirpation d'une tumeur maligne de l'oropharynx ou du plancher de la bouche	9S72	140,65

Sous-section 4 – Chirurgie des glandes salivaires

Position	Libellé	Code	Coeff
1)	Injection de produit de contraste pour sialographie	9S80	3,50
2)	Extirpation de calculs salivaires par incision muqueuse simple	9S81	13,40
3)	Extirpation de calculs salivaires par dissection du canal excréteur ou par voie externe	9S82	27,50
4) 1)	Chirurgie d'une fistule salivaire	9S83	33,65
5)	Ablation de la glande sous-maxillaire	9S90	60,00
6)	Parotidectomie partielle avec dissection du nerf facial	9S93	98,25
7)	Parotidectomie totale avec dissection du nerf facial	9S94	124,40
8)	Parotidectomie totale, sans conservation du nerf facial	9S95	98,25



Fiche financière

Modifications relatives aux actes en matière de Gynécologie-Obstétrique

La proposition d'adaptation de la section 1^{re} « 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 » du chapitre 6 « Examens à visée préventive et de dépistage » à la première partie des « Actes généraux » de la nomenclature des actes et services des médecins résulte en une augmentation prévisionnelle des dépenses de 2 790 014,98 €.

- Pour information, les dépenses actuelles correspondantes s'élèvent à 1 205 393,02 €*.

La proposition d'adaptation des sections 1^{re} et 2 du chapitre 1^{er} « Consultations » à la première partie « Actes généraux », de la sous-section 2 « Chirurgie des seins » de la section 5 « Chirurgie du thorax et du cou » du chapitre 2 « Chirurgie » à la deuxième partie « Actes techniques » et des sections 1^{re} et 2 du chapitre 6 « Gynécologie » à la deuxième partie « Actes techniques » de la nomenclature des actes et services des médecins résulte en une augmentation prévisionnelle des dépenses de 179 217 € et de 151 907 € pour les actes nouveaux.

Pour information, les dépenses actuelles correspondantes s'élèvent à 26 874 167 €*.

La proposition d'ajout de l'article 15bis à l'article 15 au 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 l'ajout de la section 4 « Forfait pour frais d'utilisation d'appareil » du chapitre 6 « Gynécologie » à la deuxième partie « Actes techniques » de la nomenclature des actes et services des médecins résultent en une diminution prévisionnelle des dépenses de -2.964.526,05 €.

Pour information, les dépenses actuelles liées aux frais d'appareils en gynécologie-obstétrique s'élèvent à 5.002.043,05 €*.

** Valeur de la lettre clé = 4,8269 €, en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2023.*

Remarque :

Les propositions de refonte de l'ensemble des actes correspondant à :

- section 1^{re} « 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 » du chapitre 6 « Examens à visée préventive et de dépistage » à la première partie des « Actes généraux »,
- section 1^{re} et 2 du chapitre 1^{er} « Consultations » à la première partie « Actes généraux », de la sous-section 2 « Chirurgie des seins » de la section 5 « Chirurgie du thorax et du cou » du chapitre 2 « Chirurgie » à la deuxième partie « Actes techniques » et des sections 1^{re} et 2 du chapitre 6 « Gynécologie » à la deuxième partie « Actes techniques » de la nomenclature des actes et services des médecins,
 - l'introduction d'un article 15*bis* à la suite de l'article 15 dans les « Dispositions générales » de la nomenclature des actes et services des médecins,

retrouvent une enveloppe finale pour un montant de 33 086 309,18*.

Pour information, les dépenses actuelles de l'ensemble des remboursements des actes correspondants s'élèvent à 33.081.603,25 €*.

Modifications relatives aux actes en matière de Gastro-Entérologie

La proposition d'ajout de l'article 15*ter* à l'article 15 du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, la proposition d'adaptation au tableau des actes et services, à la première partie « Actes généraux », chapitre 1^{er} « Consultations », des sections 1^{re} et 2 ainsi que l'ajout de la sous-section 17 « Forfait pour frais d'utilisation d'appareil » à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1^{er} « Médecine générale - Spécialités non chirurgicales », à la section 6 « Hépato-Gastro-Entérologie » résultent en une diminution prévisionnelle des dépenses de 99 669 €.

Cette diminution prévisionnelle des dépenses entraîne une moindre augmentation de l'enveloppe finale prévisionnelle allouée.

Pour information, les dépenses actuelles liées aux consultations et frais d'appareils en Hépato-Gastro-Entérologie s'élèvent à 1 800 685 €*.

La proposition de modification au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1^{er} « Médecine générale - Spécialités non chirurgicales », section 6 « Hépato-Gastro-Entérologie », résulte en une augmentation prévisionnelle des dépenses d'actes techniques de 639 015 € dont 601 153 € correspondant à des actes nouveaux.

Pour information, les dépenses actuelles liées aux actes techniques s'élèvent à 7 646 567 €*.

Remarque :

Les propositions de refonte de l'ensemble des actes correspondant à :



- la section 6 « Gastro-entérologie » du chapitre 1^{er} « Médecine générale - Spécialités non chirurgicales » à la deuxième partie « Actes techniques » de la nomenclature des actes et services des médecins,
- la section 1^{re} et 2 du chapitre 1^{er} « Consultations » à la première partie « Actes généraux », de la nomenclature des actes et services des médecins,
- l'introduction d'un article 15^{ter} à la suite de l'article 15^{bis} dans les « Dispositions générales » de la nomenclature des actes et services des médecins,

représentent une enveloppe finale d'un montant de 9 986 597 €*.

Pour information, les dépenses actuelles de l'ensemble des remboursements des actes correspondant s'élèvent à 9 447 252 €*.

* Valeur de la lettre clé = 4,8269 €, en vigueur au 1^{er} septembre 2023.

Modifications relatives aux actes en matière d'Oto-Rhino-Laryngologie

Les propositions d'adaptations de la nomenclature des médecins résultent en une augmentation prévisionnelle des dépenses d'actes techniques et généraux de 784 798 € et 178 378€ correspondant à des actes nouveaux.

Pour information, les dépenses actuelles correspondantes s'élèvent à 13 673 713€*.

* Valeur de la lettre clé = 4,8269 €, en vigueur au 1^{er} septembre 2023.

Remarque :

Les propositions de refonte de l'ensemble des actes correspondant à :

- la section 1^{re} du chapitre 1^{er} « Consultations » à la première partie « Actes généraux », de la nomenclature des actes et services des médecins,
- au chapitre 3 « Oto-Rhino-Laryngologie » à la deuxième partie « Actes techniques » de la nomenclature des actes et services des médecins
- à l'introduction d'un article 15 *quater* à la suite de l'article 15^{ter} dans les « Dispositions générales » de la nomenclature des actes et services des médecins,

retrouvent une enveloppe finale pour un montant de 14 458 511 €*.