



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 « Hépatogastro-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 « Hépatogastro-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) | Colofibroskopie du côlon gauche, y compris la rectosigmoïdoscopie, sans biopsie | LDE17 | 28,11 |
| 5) | Colofibroskopie du côlon gauche avec biopsie(s) | LGE17 | 33,51 |
| 6) | Colofibroskopie totale, sans biopsie | LDE18 | 50,55 |
| 7) | Colofibroskopie totale avec chromoendoscopie et jusqu'à dix biopsies | LGE18 | 55,75 |
| 8) | Colofibroskopie totale avec chromoendoscopie et biopsies étagées, à partir de onze biopsies | LGE19 | 60,71 |
| 9) | Colofibroskopie du côlon gauche, y compris la rectosigmoïdoscopie, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR) | LDE19 | 42,83 |
| 10) | Colofibroskopie du côlon gauche avec biopsie, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR) | LGE21 | 54,09 |
| 11) | Colofibroskopie totale, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR) | LDE21 | 71,16 |
| 12) | Colofibroskopie 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 colofibroskopie | 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 | Coef. |
|----------|---|-------|-------|
| 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 | Coef. | 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) | 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) | 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 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).

».

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
Volkman
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) | Entérocopie 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) | 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 fenêtré ovale et/ou fenêtré 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.



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

Art. 15ter. 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) | Oesophagogastrroduodéoscopie avec mise en place d'une sonde d'alimentation ou décompression jéjunale | LQE11 | 84,28 |
| 18) | Oesophagogastrroduodéoscopie 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) | Oesophagogastrroduodéoscopie avec myotomie endoscopique (POEM : Per Oral Endoscopic Myotomy) | LNE18 | 241,31 |
| 23) | Oesophagogastrroduodéoscopie avec dilatation pneumatique d'une achalasia | LNE19 | 94,85 |
| 24) | Oesophagogastrroduodéoscopie avec traitement d'un diverticule de Zenker | LNE21 | 130,83 |
| 25) | Oesophagogastrroduodéoscopie 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 foetale**
 - **Infection foetale**
 - **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 | 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 €*.