



### **Exposé des motifs et commentaire d'articles**

Le présent projet de règlement grand-ducal a été pris sur base de deux recommandations circonstanciées (RC) votées en date du 19 novembre 2025 par la Commission de nomenclature.

L'adaptation du tableau des actes et services, à la deuxième partie « Actes techniques » chapitre 1<sup>er</sup> « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 2 « Médecine interne spécialisée », sous-section 4 « Allergologie », 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.

Les termes anglais de « prick test », « patch test » et « prick-to-prick » n'ont pas de traduction littérale en français et sont retrouvés dans la littérature médicale sous cette appellation, raison pour laquelle ils sont employés.

En parallèle de l'adaptation de la sous-section 4 « Allergologie, il a été décidé d'introduire une consultation normale et une consultation majorée pour le médecin spécialiste en allergologie.

Les actes d'allergologie n'ont pas suivi les évolutions techniques et médicales des dernières années et ne reprennent donc pas certains actes réalisés en pratique courante, dont la consultation spécifique dédiée à l'allergologie. Une révision s'avère donc nécessaire.

L'entrée en vigueur du présent projet de règlement grand-ducal est prévue au 1<sup>er</sup> janvier 2026.



**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 Guillaume, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

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

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

Vu l'avis du Collège médical ;

Vu les deux recommandations circonstanciées de la Commission de nomenclature du 19 novembre 2025 ;

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<sup>er</sup>.** L'article 7 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° À l'alinéa 11, première phrase, les termes « , allergologie » sont insérés entre le terme « gériatrie » et les termes « ainsi que » ;

2° À l'alinéa 17, première phrase, les termes « et en dermatologie, » sont remplacés par les termes « , dermatologie, allergologie ».

**Art. 2.** À l'article 10, alinéa 1<sup>er</sup>, point 7), du même règlement, les termes « gériatrie, allergologie et » sont insérés entre les termes « radiothérapie, » et les termes « médecin généraliste », et les termes « et médecin spécialiste en gériatrie » sont supprimés.



**Art. 3.** Au tableau des actes et services, à la première partie « Actes généraux », du même règlement, le chapitre 1<sup>er</sup> « Consultations » est modifié comme suit :

1° À la section 1<sup>ère</sup> « Consultations normales », le libellé de l'acte de la position suivante est modifié comme suit :

«

Position	Libellé	Code	Coeff.
2)	Consultation du médecin spécialiste en - médecine interne - oncologie - endocrinologie - hématologie - immunologie - maladies contagieuses - néphrologie - allergologie	C2	10,79

» ;

2° À la section 2 « Consultations majorées », le libellé de l'acte de la position suivante est modifié comme suit :

«

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



	- allergologie		
--	----------------	--	--

» .

**Art. 4.** Au tableau des actes et services, à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1<sup>er</sup> « Médecine générale – Spécialités non-chirurgicales », section 2 « Médecine interne spécialisée », du même règlement, la sous-section 4 « Allergologie » est modifiée comme suit :

«

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Inventaire allergologique cutané avec allergènes respiratoires ou alimentaires par extraits commerciaux, effectués par prick test - CAC	WFB11	3,95
2)	Frais de matériel	WFB11M	2,96
3)	Inventaire allergologique cutané avec minimum 6 allergènes respiratoires et alimentaires par extraits commerciaux, et avec 3 à 5 allergènes alimentaires natifs ou de médicaments, effectués par prick test - CAC	WFB12	4,95
4)	Frais de matériel	WFB12M	2,96
5)	Inventaire allergologique avec minimum 6 allergènes alimentaires natifs par prick-to-prick, pour un patient de 6 ans et plus - CAC	WFB13	5,95
6)	Frais de matériel	WFB13M	2,96
7)	Inventaire allergologique avec minimum 6 allergènes alimentaires natifs par prick-to-prick, pour un patient de moins de 6 ans - CAC	WFB14	6,55
8)	Frais de matériel	WFB14M	2,96
9)	Inventaire allergologique par patch test pour bilan d'allergie de contact ou de toxidermie médicamenteuse	WFQ11	6,06
10)	Frais de matériel	WFQ11M	2,96
11)	Inventaire allergologique par injection intradermique d'allergènes de médicaments ou de venins à concentration unique	WFB15	4,92
12)	Inventaire allergologique par injections intradermiques d'allergènes de médicaments ou de venins à concentrations croissantes, y compris prick test	WFB16	13,10
13)	Test de provocation d'allergènes de médicaments ou alimentaires par voie orale ou parentérale, pour un patient de 6 ans et plus	WFD11	20,91



14)	Test de provocation d'allergènes de médicaments ou alimentaires par voie orale ou parentérale, pour un patient de moins de 6 ans	WFD12	24,00
15)	Initiation d'un traitement d'immunothérapie allergénique par administration sublinguale d'un ou plusieurs allergènes – CAC	WPD11	1,23
16)	Immunothérapie allergénique par injection sous-cutanée, par séance	WPB11	2,04
17)	Immunothérapie allergénique par injection sous-cutanée de venins d'hyménoptères, protocole standard lent, par séance	WPB12	5,74
18)	Immunothérapie allergénique par injection sous-cutanée de venins d'hyménoptères, protocole accéléré, d'une durée maximale de 12 heures	WPB13	20,91
19)	Procédure d'accoutumance médicamenteuse accélérée pour le traitement d'une allergie avérée ou d'une hypersensibilité	WQQ11	42,20

#### REMARQUES :

- 1) Les codes WFB11, WFB12, WFB13, WFB14, WFQ11, WFB15, WFB16, WFD11, WFD12, WPD11, WPB11, WPB12, WPB13 et WQQ11 (positions 1, 3, 5, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 et 19) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Le code WQQ11 (position 19) est presté exclusivement au sein du service national d'immuno-allergologie.
- 3) Les codes WFD11, WFD12, WPB12 et WPB13 (positions 13, 14, 17 et 18) sont prestés exclusivement au sein du service national d'immuno-allergologie ou d'un service d'hospitalisation de jour non-chirurgical.
- 4) Le code WFQ11 (position 9) ne peut être mis en compte qu'à la pose.
- 5) Le code WFB16 (position 12) ne peut être mis en compte qu'après la réalisation, lors d'une même séance, d'un prick test dont le résultat est négatif.
- 6) Le code WPD11 (position 15) ne peut être mise en compte que deux fois par période de 12 mois. Le traitement d'immunothérapie allergénique ne peut pas dépasser 60 mois par allergène. ».

**Art. 5.** Le présent règlement produit ses effets au 1<sup>er</sup> janvier 2026.



**Art. 6.** 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.



Secrétariat de la Commission de nomenclature

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

**Art. 1<sup>er</sup>.** Au tableau des actes et services, à la première partie « Actes généraux », chapitre 1<sup>er</sup> « Consultations », section 1<sup>re</sup> « Consultations normales », libellé de l'acte de la position 2), 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 « - allergologie » sont ajoutés après les termes « - néphrologie ».

**Art. 2.** Au tableau des actes et services, à la première partie « Actes généraux », chapitre 1<sup>er</sup> « Consultations », section 2 « Consultations majorées », libellé de l'acte de la position 1), du même règlement, les termes « - allergologie » sont ajoutés après les termes « - néphrologie ».

**Art. 3.** Au tableau des actes et services, à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1<sup>er</sup> « Médecine générale - Spécialités non chirurgicales », section 2 « Médecine Interne spécialisée », sous-section 4 « Allergologie », du même règlement, les positions suivantes sont insérées<sup>1</sup> :

«

Position	Libellé	Code	Coeff.
2)	Frais de matériel	WFB11M	2,96
4)	Frais de matériel	WFB12M	2,96
6)	Frais de matériel	WFB13M	2,96
8)	Frais de matériel	WFB14M	2,96
10)	Frais de matériel	WFQ11M	2,96

».

**Art. 4.** Le présent règlement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2026.

**Art. 5.** 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.

### **Exposé des motifs**

En parallèle de l'adaptation du chapitre 1<sup>er</sup> « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 2 « Médecine Interne spécialisée », sous-section 4 « Allergologie », du règlement grand-ducal modifié du

---

<sup>1</sup> Cette insertion suit les positions insérées par la RC-Allergologie siégeant dans sa composition MED HOSP.



Commission de nomenclature – Secrétariat

21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, il a été décidé d'introduire une consultation normale et une consultation majorée pour le médecin spécialiste en allergologie.

Les actes d'allergologie n'ont pas suivi les évolutions techniques et médicales des dernières années et ne reprennent donc pas certains actes réalisés en pratique courante, dont la consultation spécifique dédiée à l'allergologie. Une révision s'avère donc nécessaire.

L'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2026 vise à permettre une entrée simultanée des propositions de modifications apportées par le présent projet et le projet de recommandation circonstanciée concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie adressé parallèlement au secrétariat de la Commission de nomenclature en date du 04 novembre 2025 pour la composition Med-Hosp et visant à modifier la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1<sup>er</sup> « Médecine générale - Spécialités non chirurgicales », section 2 « Médecine Interne spécialisée », sous-section 4 « Allergologie ».

Votée à l'unanimité des membres présents de la Commission de nomenclature, en composition « MED », lors de la séance du 19 novembre 2025.

Pour la Commission de nomenclature

Dr Birgit VOLKMANN   
Présidente de la Commission de nomenclature

Digitally signed  
by Birgit  
Volkmann  
Date:  
2025.11.20  
07:30:21 +01'00'





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

**Art. 1<sup>er</sup>.** L'article 7 « Traitement en milieu hospitalier » 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 11, première phrase, les termes « , allergologie » sont insérés entre le terme « gériatrie » et les termes « ainsi que ».

2° A l'alinéa 17, première phrase, les termes « et en dermatologie, » sont remplacés par les termes « , dermatologie, allergologie ».

**Art. 2.** A l'article 10 « Cumul entre actes généraux et actes techniques », alinéa 1<sup>er</sup>, point 7), du même règlement, les termes « gériatrie, allergologie et » sont insérés entre les termes « radiothérapie, » et les termes « médecin généraliste », et les termes « et médecin spécialiste en gériatrie » sont supprimés.

**Art. 3.** Au tableau des actes et services, à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1<sup>er</sup> « Médecine générale - Spécialités non chirurgicales », section 2 « Médecine Interne spécialisée », du même règlement, la sous-section 4 « Allergologie » prend la teneur suivante :

«

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Inventaire allergologique cutané avec allergènes respiratoires ou alimentaires par extraits commerciaux, effectués par prick test - CAC	WFB11	3,95
3)	Inventaire allergologique cutané avec minimum 6 allergènes respiratoires et alimentaires par extraits commerciaux, et avec 3 à 5 allergènes alimentaires natifs ou de médicaments, effectués par prick test - CAC	WFB12	4,95
5)	Inventaire allergologique avec minimum 6 allergènes alimentaires natifs par prick-to-prick, pour un patient de 6 ans et plus - CAC	WFB13	5,95
7)	Inventaire allergologique avec minimum 6 allergènes alimentaires natifs par prick-to-prick, pour un patient de moins de 6 ans - CAC	WFB14	6,55



9)	Inventaire allergologique par patch test pour bilan d'allergie de contact ou de toxidermie médicamenteuse	WFQ11	6,06
11)	Inventaire allergologique par injection intradermique d'allergènes de médicaments ou de venins à concentration unique	WFB15	4,92
12)	Inventaire allergologique par injections intradermiques d'allergènes de médicaments ou de venins à concentrations croissantes, y compris prick test	WFB16	13,10
13)	Test de provocation d'allergènes de médicaments ou alimentaires par voie orale ou parentérale, pour un patient de 6 ans et plus	WFD11	20,91
14)	Test de provocation d'allergènes de médicaments ou alimentaires par voie orale ou parentérale, pour un patient de moins de 6 ans	WFD12	24,00
15)	Initiation d'un traitement d'immunothérapie allergénique par administration sublinguale d'un ou plusieurs allergènes – CAC	WPD11	1,23
16)	Immunothérapie allergénique par injection sous-cutanée, par séance	WPB11	2,04
17)	Immunothérapie allergénique par injection sous-cutanée de venins d'hyménoptères, protocole standard lent, par séance	WPB12	5,74
18)	Immunothérapie allergénique par injection sous-cutanée de venins d'hyménoptères, protocole accéléré, d'une durée maximale de 12 heures	WPB13	20,91
19)	Procédure d'accoutumance médicamenteuse accélérée pour le traitement d'une allergie avérée ou d'une hypersensibilité	WQQ11	42,20

#### REMARQUES :

- 1) Les codes WFB11, WFB12, WFB13, WFB14, WFQ11, WFB15, WFB16, WFD11, WFD12, WPD11, WPB11, WPB12, WPB13 et WQQ11 (positions 1, 3, 5, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 et 19) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Le code WQQ11 (position 19) est presté exclusivement au sein du service national d'immuno-allergologie.
- 3) Les codes WFD11, WFD12, WPB12 et WPB13 (positions 13, 14, 17 et 18) sont prestés exclusivement au sein du service national d'immuno-allergologie ou d'un service d'hospitalisation de jour non-chirurgical.
- 4) Le code WFQ11 (position 9) ne peut être mis en compte qu'à la pose.
- 5) Le code WFB16 (position 12) ne peut être mis en compte qu'après la réalisation, lors d'une même séance, d'un prick test dont le résultat est négatif.



Secrétariat de la Commission de nomenclature

6) Le code WPD11 (position 15) ne peut être mise en compte que deux fois par période de 12 mois. Le traitement d'immunothérapie allergénique ne peut pas dépasser 60 mois par allergène.

».

**Art. 4.** Le présent règlement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2026.

**Art. 5.** 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.

### **Exposé des motifs**

L'adaptation du chapitre 1<sup>er</sup> « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 2 « Médecine Interne spécialisée », sous-section 4 « Allergologie », 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.

Les actes d'allergologie n'ont pas suivi les évolutions techniques et médicales des dernières années et ne reprennent donc pas certains actes réalisés en pratique courante. Une révision intégrale s'avère donc nécessaire.

Les termes anglais de « prick test », « patch test » et « prick-to-prick » n'ont pas de traduction littérale en français et sont retrouvés dans la littérature médicale sous cette appellation, raison pour laquelle ils sont employés.

L'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2026 vise à permettre une entrée simultanée des propositions de modifications apportées par le présent projet et le projet de recommandation circonstanciée concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie adressé parallèlement au secrétariat de la Commission de nomenclature en date du 04 novembre 2025 pour la composition Med et visant à modifier la première partie « Actes généraux », chapitre 1<sup>er</sup> « Consultations »,



Commission de nomenclature – Secrétariat

sections 1<sup>re</sup> « Consultations normales » et 2 « Consultations majorées » ainsi que la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1<sup>er</sup> « Médecine générale-Spécialités non chirurgicales », section 2 « Médecine Interne spécialisée », sous-section 4 « Allergologie ».

Votée à l'unanimité des membres présents de la Commission de nomenclature, en composition « MED-HOSP », lors de la séance du 19 novembre 2025.

Pour la Commission de nomenclature

Dr Birgit VOLKMANN   
Présidente de la Commission de nomenclature

Digitally signed  
by Birgit  
Volkman  
Date: 2025.11.20  
07:26:23 +01'00'



### **Texte coordonné<sup>1</sup>**

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

[...]

### **Traitement en milieu hospitalier**

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

Si la personne séjourne en milieu hospitalier soit à titre stationnaire, soit au titre d'un séjour inférieur à une journée dont les conditions sont à fixer par la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale, le médecin traitant applique les forfaits prévus au chapitre 4 de la première partie de l'annexe, à l'exclusion du tarif de la consultation ou de la visite. Toutefois, le médecin traitant peut mettre en compte le tarif de la visite de nuit entre 22 heures et 7 heures selon les modalités prévues à l'article 10 sous 10). Si le médecin traitant doit se déplacer spécialement et d'urgence à l'hôpital le samedi après 12 heures, le dimanche ou un jour férié légal pour examiner un patient avec hospitalisation subséquente, il peut remplacer le forfait hospitalier du 1er jour par la visite à l'hôpital.

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

Si au cours d'une hospitalisation un autre médecin est appelé en consultation par le médecin traitant, cet autre médecin peut mettre en compte soit les tarifs prévus à la deuxième partie de l'annexe pour les actes prescrits par le médecin traitant soit les tarifs prévus au chapitre premier de la première partie de l'annexe, les tarifs prévus à la deuxième partie de l'annexe, en respectant

---

<sup>1</sup> Le texte coordonné reprend uniquement les actes qui ont été modifiés. Une version coordonnée au 01.02.2025 de la nomenclature des actes et services des médecins est publiée sur le site de la Caisse nationale de santé.



les règles de cumul énoncées à l'article 10, ainsi que le rapport R1 prévu à la section 1 du chapitre 5 de la première partie de l'annexe, dans les conditions et limites prévues à l'article 18.

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

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

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

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

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

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

Les forfaits prévus à la section 2 du chapitre 4 de la première partie ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, hématologie, immunologie, maladies contagieuses, néphrologie, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, pédiatrie, rhumatologie,





rééducation et réadaptation fonctionnelles, dermatologie, radiothérapie, gériatrie, **allergologie** ainsi que par les médecins généralistes et les médecins agréés auprès du réseau de compétences « douleur chronique » tel qu'il est défini par la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Par dérogation à la première phrase, les forfaits F282, F283, F284, F285 sont réservés aux médecins spécialistes en pédiatrie attachés au service national de pédiatrie spécialisée. Les forfaits F20, F201, F25, F251, F27, F271, F282 et F283 peuvent être mis en compte 9 par un médecin, soit pour un malade transféré avec ordonnance de transfert, soit pour un malade que ce médecin n'a pas examiné depuis au moins six mois.

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

Les forfaits prévus à la section 5 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte qu'une fois par période d'hospitalisation. Ils ne peuvent être mis en compte que:

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

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

Les forfaits prévus à la section 7 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en anesthésie-réanimation pour des affections nécessitant la présence prolongée auprès du malade avec disponibilité permanente du médecin



et nécessitant des manoeuvres complexes de réanimation pour décompensation cardiovasculaire, pulmonaire ou cérébrale, hémorragies, coma et atteintes analogues, aussi après intervention sous anesthésie générale. Si des manoeuvres complexes ne sont plus requises la mise en compte est à continuer par la position correspondante de la section 6. Le protocole d'hospitalisation est compris.

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

Les forfaits prévus à la section 10 du chapitre 4 de la première partie ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, hématologie, immunologie, maladies contagieuses, néphrologie, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, neurologie, neuropsychiatrie, pédiatrie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles, ~~et en~~ dermatologie, **allergologie** ainsi que par les médecins agréés auprès du réseau de compétences « douleur chronique » tel qu'il est défini par la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Par dérogation à la disposition qui précède le forfait F92 est réservé aux médecins spécialistes en pédiatrie attachés à un service de pédiatrie.

Les forfaits F90 et F92 ne peuvent être mis en compte par un médecin que pour un malade transféré avec ordonnance de transfert ou pour un malade que ce médecin n'a pas examiné depuis au moins 6 mois.

Les forfaits prévus à la section 12 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que si le diagnostic du COVID-19 est établi. Pour les patients admis au départ avec une suspicion de COVID-19 non confirmée par la suite, les autres codes s'appliquent, suivant les règles de la nomenclature. Les forfaits prévus à la sous-section 1 de la section 12 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que pour des patients hospitalisés dans les lits dédiés et 10 autorisés selon le phasage mis en place par la Direction de la santé dans le cadre de la pandémie COVID-19, et selon les critères d'hospitalisation définis par le Conseil Scientifique.

Les forfaits prévus à la sous-section 2 de la section 12 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en anesthésiologie, et uniquement que pour des patients hospitalisés dans les lits de soins intensifs dédiés et autorisés selon le phasage mis en place par la Direction de la santé dans le cadre de la pandémie COVID-19, et selon les critères d'hospitalisation en soins intensifs définis par le Conseil Scientifique.

[...]





### Cumul entre actes généraux et actes techniques

**Art. 10.-** Peuvent être cumulés les honoraires:

- 1) des consultations prévues aux sections 1 et 4 du chapitre 1 ou des examens médicaux prévus au chapitre 6 de la première partie de l'annexe avec ceux d'un acte technique signalé par les lettres "CAC" (cumul avec consultation);
- 2) d'un rapport et d'un autre acte général ou technique;
- 3) de la visite en milieu extra-hospitalier, des actes techniques et de l'indemnité horo-kilométrique;
- 4) de la visite à l'hôpital prévue aux alinéas 1 et 2 de l'article 7 et des actes techniques, à condition que ces actes ne subissent pas les majorations prévues à l'article 8;
- 5) de la visite de nuit à l'hôpital entre 22.00 et 7.00 heures du médecin spécialiste en radiologie avec ceux des actes techniques prévus au chapitre 8, section 1 de la deuxième partie de l'annexe, à condition que ces actes ne subissent pas les majorations prévues à l'article 8;
- 6) de la visite du dimanche ou jour férié légal à l'hôpital du médecin spécialiste en radiologie avec ceux des actes techniques prévus au chapitre 8, section 1 de la deuxième partie de l'annexe, à condition que ces actes ne subissent pas les majorations prévues à l'article 8;
- 7) pendant les deux premiers jours d'hospitalisation, des forfaits pour traitement hospitalier, à l'exception des positions F93 et F94, et des actes techniques à plein tarif et sans limitation de leur nombre à l'exception de la psychothérapie et ce pour les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, immunologie, maladies contagieuses, cardiologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, endocrinologie, gastro-entérologie, pneumologie, pédiatrie, hématologie, néphrologie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles, dermatologie, radiothérapie, **gériatrie, allergologie et** médecin généraliste et médecin spécialiste en gériatrie;
- 8) pendant toute la durée de l'hospitalisation, des forfaits pour traitement hospitalier prévus au chapitre 4, sections 6 et 7 de la première partie de l'annexe avec l'oxygénothérapie hyperbare;
- 9) de l'examen pré-anesthésique (section 5 du chapitre 1 de la première partie) et des actes techniques diagnostiques nécessaires pour un examen pré-anesthésique ainsi que de l'anesthésie définie à l'article 12 et des actes du chapitre 7, section 2 de la deuxième partie de l'annexe.



10) des forfaits pour le traitement hospitalier prévus au chapitre 4, section 1 à 5 et section 9 de la première partie de l'annexe avec les honoraires de la visite de nuit entre 22 et 7 heures, à condition que l'état du malade requière son intervention urgente et que le médecin ne mette pas en compte la majoration de nuit prévue à l'article 8.

11) du forfait MR03 avec des actes généraux et techniques auxquels s'appliquent les dispositions prévues aux points 1 à 10 de l'alinéa 1 du présent article.

12) des consultations du médecin spécialiste en rhumatologie avec ceux de l'acte technique 1M45;

13) pendant la durée de l'hospitalisation, des forfaits prévus à la section 12 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe et des actes techniques à plein tarif et sans limitation de leur nombre et ce pour les médecins spécialistes en anesthésiologie, médecine interne, oncologie médicale, néphrologie, maladies contagieuses, cardiologie, gastro-entérologie, gériatrie, pneumologie, hématologie générale et pédiatrie.

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

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

[...]

## **Première PARTIE : ACTES GÉNÉRAUX**

### **Chapitre 1 - Consultations**

#### **Section 1<sup>ère</sup> - 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	C2	10,97



	- oncologie - hématologie - immunologie - maladies contagieuses - néphrologie <b>-allergologie</b>		
	[...]		

## Section 2 - Consultations majorées

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Consultation majorée du médecin spécialiste en - médecine interne - oncologie - endocrinologie - hématologie - immunologie - maladies contagieuses - néphrologie <b>-allergologie</b>	C30	16,59
	[...]		

## Deuxième PARTIE : ACTES TECHNIQUES

### Chapitre 1<sup>er</sup> – Médecine générale – Spécialités non chirurgicales

[...]

### Section 2 – Médecine interne spécialisée

[...]

#### *Sous-section 4 - Allergologie*



Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	<del>Inventaire allergologique avec tests cutanés effectués par scarification (scratch) ou par piqûre épicutanée (prick)</del>	<del>CAC 1S41</del>	<del>3,95</del>
2)	<del>Frais de matériel</del>	<del>1S41M</del>	<del>2,96</del>
3)	<del>Inventaire allergologique par tests à application épicutanée</del>	<del>1S42</del>	<del>6,06</del>
4)	<del>Frais de matériel</del>	<del>1S42</del>	<del>2,96</del>
5)	<del>Inventaire allergologique avec tests cutanés par injection intradermique</del>	<del>1S43M</del>	<del>6,95</del>
6)	<del>Fourniture de matériel</del>	<del>1S43M</del>	<del>2,96</del>
7)	<del>Injection de désensibilisation, par séance</del>	<del>1S44</del>	<del>4,24</del>
1)	<b>Inventaire allergologique cutané avec allergènes respiratoires ou alimentaires par extraits commerciaux, effectués par prick test - CAC</b>	<b>WFB11</b>	<b>3,95</b>
2)	<b>Frais de matériel</b>	<b>WFB11M</b>	<b>2,96</b>
3)	<b>Inventaire allergologique cutané avec minimum 6 allergènes respiratoires et alimentaires par extraits commerciaux, et avec 3 à 5 allergènes alimentaires natifs ou de médicaments, effectués par prick test - CAC</b>	<b>WFB12</b>	<b>4,95</b>
4)	<b>Frais de matériel</b>	<b>WFB12M</b>	<b>2,96</b>
5)	<b>Inventaire allergologique avec minimum 6 allergènes alimentaires natifs par prick-to-prick, pour un patient de 6 ans et plus - CAC</b>	<b>WFB13</b>	<b>5,95</b>
6)	<b>Frais de matériel</b>	<b>WFB13M</b>	<b>2,96</b>
7)	<b>Inventaire allergologique avec minimum 6 allergènes alimentaires natifs par prick-to-prick, pour un patient de moins de 6 ans - CAC</b>	<b>WFB14</b>	<b>6,55</b>
8)	<b>Frais de matériel</b>	<b>WFB14M</b>	<b>2,96</b>
9)	<b>Inventaire allergologique par patch test pour bilan d'allergie de contact ou de toxidermie médicamenteuse</b>	<b>WFQ11</b>	<b>6,06</b>
10)	<b>Frais de matériel</b>	<b>WFQ11M</b>	<b>2,96</b>
11)	<b>Inventaire allergologique par injection intradermique d'allergènes de médicaments ou de venins à concentration unique</b>	<b>WFB15</b>	<b>4,92</b>
12)	<b>Inventaire allergologique par injections intradermiques d'allergènes de médicaments ou de venins à concentrations croissantes, y compris prick test</b>	<b>WFB16</b>	<b>13,10</b>
13)	<b>Test de provocation d'allergènes de médicaments ou alimentaires par voie orale ou parentérale, pour un patient de 6 ans et plus</b>	<b>WFD11</b>	<b>20,91</b>



14)	Test de provocation d'allergènes de médicaments ou alimentaires par voie orale ou parentérale, pour un patient de moins de 6 ans	WFD12	24,00
15)	Initiation d'un traitement d'immunothérapie allergénique par administration sublinguale d'un ou plusieurs allergènes – CAC	WPD11	1,23
16)	Immunothérapie allergénique par injection sous-cutanée, par séance	WPB11	2,04
17)	Immunothérapie allergénique par injection sous-cutanée de venins d'hyménoptères, protocole standard lent, par séance	WPB12	5,74
18)	Immunothérapie allergénique par injection sous-cutanée de venins d'hyménoptères, protocole accéléré, d'une durée maximale de 12 heures	WPB13	20,91
19)	Procédure d'accoutumance médicamenteuse accélérée pour le traitement d'une allergie avérée ou d'une hypersensibilité	WQQ11	42,20

**REMARQUES :**

- 1) Les codes WFB11, WFB12, WFB13, WFB14, WFQ11, WFB15, WFB16, WFD11, WFD12, WPD11, WPB11, WPB12, WPB13 et WQQ11 (positions 1, 3, 5, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 et 19) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Le code WQQ11 (position 19) est presté exclusivement au sein du service national d'immuno-allergologie.
- 3) Les codes WFD11, WFD12, WPB12 et WPB13 (positions 13, 14, 17 et 18) sont prestés exclusivement au sein du service national d'immuno-allergologie ou d'un service d'hospitalisation de jour non-chirurgical.
- 4) Le code WFQ11 (position 9) ne peut être mis en compte qu'à la pose.
- 5) Le code WFB16 (position 12) ne peut être mis en compte qu'après la réalisation, lors d'une même séance, d'un prick test dont le résultat est négatif.
- 6) Le code WPD11 (position 15) ne peut être mise en compte que deux fois par période de 12 mois. Le traitement d'immunothérapie allergénique ne peut pas dépasser 60 mois par allergène.

[...]



### Fiche financière

La proposition d'adaptation des sections 1<sup>ère</sup> et 2 du chapitre 1<sup>er</sup> « Consultations » à la première partie « Actes généraux », 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 résultent en une augmentation prévisionnelle des dépenses de 0 €.

Pour information, les dépenses actuelles liées aux consultations en allergologie et aux frais de matériel s'élèvent à 307.887,70 €\*.

La proposition de modification de la sous-section 4 « Allergologie » de la section 2 « Médecine Interne spécialisée » du Chapitre 1<sup>er</sup> « Médecine générale - Spécialités non chirurgicales » de la deuxième partie « Actes techniques » de la nomenclature des actes et services 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, résulte en une augmentation prévisionnelle des dépenses d'actes techniques de 50.836 €. A cette augmentation s'ajoutent 48.625 € correspondant aux actes nouveaux.

Pour information, les dépenses liées aux actes techniques s'élèvent à 379.476 €\*.

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

- à la sous-section 4 « Allergologie » de la section 2 « Médecine Interne spécialisée » du Chapitre 1<sup>er</sup> « Médecine générale - Spécialités non chirurgicales » de la deuxième partie « Actes techniques » de la nomenclature des actes et services ;
- aux sections 1<sup>ère</sup> et 2 du chapitre 1<sup>er</sup> « Consultations » à la première partie « Actes généraux », de la nomenclature des actes et services des médecins

représentent une enveloppe finale d'un montant de 687.364 €\*.

\* Valeur de la lettre clé = 5,1069 €, en vigueur au 1<sup>er</sup> mai 2025.