

Livre Premier : Dispositions générales

Article I-1

Les dispositions du Livre I s'appliquent aux médecins libéraux et salariés pour la prise en charge ou le remboursement de leurs actes techniques par l'assurance maladie.

Article I-2

La liste des actes techniques remboursables, mentionnée au Livre II et établie en application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, s'impose aux médecins pour communiquer aux organismes d'assurance maladie, tout en respectant le secret professionnel et dans l'intérêt du patient, les actes et prestations effectués selon les modalités de facturation qui conditionnent leur prise en charge par l'assurance maladie. Si un acte n'est pas inscrit dans la liste, il ne peut pas être pris en charge.

Article I-3

Codage

Tout acte de la liste est identifié par un code auquel correspond un libellé. Le code principal comporte sept caractères : les quatre premiers précisent la topographie, l'action, le mode d'accès et la technique, les trois derniers constituent un compteur aléatoire.

Ce code principal est complété par un ou plusieurs codes activité et codes phase de traitement mentionnés à l'article I-6. Ces trois codes sont obligatoires et doivent être inscrits chacun dans une zone particulière de la feuille de soins mentionnée à l'article R 161-40 du code de la sécurité sociale :

- le code activité identifie les gestes réalisés au cours d'un même acte par des médecins différents : le code «1» correspond au geste principal, le code «2» correspond au 2^{ème} geste éventuel, le code «3» correspond au 3^{ème} geste éventuel, le code «4» correspond au geste d'anesthésie générale ou locorégionale, le code «5» correspond à la surveillance d'une circulation extracorporelle (CEC) par un médecin autre que celui qui effectue l'intervention chirurgicale ;
- le code phase de traitement identifie les différentes phases d'un traitement lorsqu'elles existent : le code «1» identifie la première phase de traitement, le code «2» la deuxième phase, le code «3» la troisième phase. Par défaut, lorsqu'il n'y a qu'une seule phase de traitement, le code est «0».

Trois codes supplémentaires sont facultatifs : le code remboursement exceptionnel mentionné à l'article I-4, le code modificateur mentionné à l'article I-9, le code association mentionné à l'article I-11.

Un acte ne peut être codé qu'à l'issue de sa complète réalisation, à l'exception des actes qui comportent plusieurs codes phase de traitement. Toutefois, quand l'acte thérapeutique initialement prévu n'a pas pu être réalisé dans son intégralité, le médecin code l'acte effectivement réalisé.

Article I-4 **Prise en charge**

Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les organismes d'assurance maladie les actes effectués personnellement par un médecin, sous réserve que ce dernier soit en règle avec les dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de sa profession.

Les médecins sont tenus de respecter les conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation des actes et prestations figurant dans la liste.

Par ailleurs, un acte ou une prestation ne peut être pris en charge que si sa réalisation est conforme aux indications prises en application de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale concernant les dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que médicaments et prestations associées, et l'article L. 162-17 du même code concernant les médicaments spécialisés.

Pour les actes qualifiés de remboursables sous conditions, le médecin porte le code remboursement exceptionnel «X» sur la feuille de soins. Ce code indique que l'acte a été réalisé dans les conditions précisées dans le Livre II. Si l'acte n'est pas réalisé dans les conditions exigées, il ne peut pas être présenté au remboursement.

Certains actes font l'objet d'un accord préalable du contrôle médical. Ces actes sont repérés dans la liste par les lettres «AP». Ils ne sont pris en charge qu'à la condition d'avoir reçu l'avis favorable du contrôle médical, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

1. Quand l'acte est soumis à cette formalité, le patient est tenu, préalablement à l'exécution de cet acte, d'adresser au contrôle médical une demande d'accord préalable remplie et signée par le médecin qui doit dispenser l'acte. Les demandes d'accord préalable sont établies sur des imprimés conformes aux modèles arrêtés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
Lorsque les honoraires sont réglés directement aux médecins par l'organisme d'assurance maladie notamment en ce qui concerne les soins donnés aux victimes d'accidents du travail, la demande d'accord préalable est adressée au contrôle médical par le médecin et non par le patient.
2. La date d'envoi de la demande d'accord préalable est attestée par le cachet de la poste. La réponse de l'organisme d'assurance maladie doit être adressée au patient ou au médecin, le cas échéant, au plus tard le quinzième jour suivant la date de réception de la demande par le contrôle médical.
3. Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent article préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par l'assurance maladie, l'absence de réponse, pendant plus de quinze jours de l'organisme, sur la demande de prise en charge équivaut à un accord. Dans ce cas, le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à l'organisme d'assurance maladie sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.
4. Lorsque la demande est incomplète, l'organisme d'assurance maladie indique au demandeur les pièces manquantes indispensables à l'instruction et fixe un délai pour leur réception. Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la réception des pièces requises.

Lorsqu'il y a urgence manifeste, le médecin dispense l'acte mais remplit néanmoins la demande d'accord préalable en portant la mention : « acte d'urgence ».

Article I-5

Pour l'application de l'article I-4, chaque acte doit faire l'objet d'un compte-rendu écrit et détaillé qui sert de document de liaison afin de faciliter la continuité des soins.

Le compte-rendu doit comporter notamment : les renseignements d'ordre administratif, les renseignements d'ordre médical, l'indication de l'acte, les modalités techniques précises quand cela est nécessaire, les résultats quantitatifs et qualitatifs pertinents, les conclusions motivées. Il est accompagné éventuellement d'un tracé ou d'une iconographie approprié.

Il est réalisé et signé par le médecin ayant pratiqué l'acte et peut être adressé au contrôle médical sur sa demande.

Article I-6 **Acte global**

Pour les actes techniques médicaux de la liste, chaque libellé décrit un acte global qui comprend l'ensemble des gestes nécessaires à sa réalisation dans le même temps d'intervention ou d'examen, conformément aux données acquises de la science et au descriptif de l'acte dans la liste.

L'acte global est soit un acte isolé, qui peut être réalisé de manière indépendante, soit une procédure, qui est le regroupement usuel et pertinent d'actes isolés.

Lorsque les conditions de prise en charge prévoient que l'acte peut être réalisé par plusieurs médecins, la participation de chaque médecin est décrite par une activité distincte. A chaque activité correspond un code activité et un tarif qui ne peut être tarifé qu'une seule fois.

Lorsque les conditions de prise en charge ne prévoient pas la présence de plusieurs médecins, l'acte ne peut être codé et facturé qu'une seule fois, même si plusieurs médecins participent à sa réalisation.

Lorsqu'une procédure spécifique est identifiée dans la liste, elle est codée et tarifée et non les actes isolés qui la composent, même s'ils sont réalisés par des médecins différents.

La liste prévoit que des actes peuvent être réalisés en plusieurs phases distinctes dans le temps. Dans ce cas, chaque phase est décrite. A chacune d'entre elles correspondent un code phase de traitement et un tarif qui doit être facturé le jour de sa réalisation.

Les gestes complémentaires, les actes de guidage et les suppléments de rémunération ne peuvent être tarifés que si les actes qu'ils complètent sont réalisés. Les codes des gestes complémentaires ou des suppléments autorisés sont mentionnés en regard de chacun des actes concernés. Les gestes complémentaires et les suppléments sont regroupés dans des chapitres spécifiques.

Pour un acte chirurgical non répétitif réalisé en équipe sur un plateau technique lourd ou un acte interventionnel, dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, le tarif recouvre, pour le médecin qui le réalise :

- pendant la période préinterventionnelle, les actes habituels en lien direct avec l'intervention en dehors de la consultation au cours de laquelle est posée l'indication ;

- la période perinterventionnelle ;
- la période postinterventionnelle et ce, pendant une période de quinze jours après la réalisation de l'acte, pour un suivi hors complications et en ce qui concerne les conséquences directes liées à cet acte, que le patient soit hospitalisé ou non.

Si durant les quinze jours mentionnés ci-dessus, une seconde intervention, rendue nécessaire par une modification de l'état du patient ou par une affection intercurrente s'impose, le second acte ouvre une nouvelle période de quinze jours, annulant le temps restant à courir.

Article I-7 **Anesthésie-réanimation**

L'anesthésie-réanimation générale ou locorégionale est prise en charge à condition qu'elle soit administrée par inhalation, injection ou infiltration de racines, plexus ou tronc nerveux ou par une combinaison de ces méthodes, et faite personnellement par un médecin autre que celui effectuant l'acte qui la nécessite.

Les gestes d'anesthésie-réanimation sont signalés par le code principal de l'acte complété par le code activité «4» mentionné à l'article I-3 qui décrit l'activité spécifique d'anesthésie-réanimation, auquel correspond le tarif du geste d'anesthésie.

Pour les actes dont le code principal n'est pas complété par ce code activité spécifique, il est possible de coder et facturer la réalisation d'une anesthésie complémentaire de l'acte, quand elle est indiquée en regard de celui-ci. Les libellés de ces anesthésies sont regroupés dans un chapitre spécifique. Ces gestes d'anesthésie peuvent être codés et facturés pour les actes relevant de l'article III-1 du Livre III : Dispositions diverses.

Par dérogation à l'article I-6, le supplément pour récupération peropératoire de sang peut être codé et tarifé bien qu'il ne soit pas mentionné en regard des actes auxquels il peut s'appliquer.

Deux types d'actes d'anesthésie-réanimation sont distingués :

1. celles pour lesquelles la présence permanente du médecin anesthésiste est obligatoire pendant toute la phase perinterventionnelle, c'est à dire l'induction, la surveillance, le réveil.
2. celles pour lesquelles le médecin anesthésiste peut prendre en charge l'anesthésie de deux patients simultanément. Si toutefois pour ces actes, le médecin anesthésiste se consacre exclusivement à un seul patient, il peut appliquer une majoration, sous forme de modificateur, appelé «présence permanente de l'anesthésiste» mentionné à l'article III-2. Celui-ci est indiqué en regard des actes concernés.

La présence permanente du médecin anesthésiste pendant la phase perinterventionnelle doit être attestée explicitement sur la fiche d'anesthésie.

Le tarif de chaque geste d'anesthésie couvre globalement l'anesthésie elle-même et tous les gestes habituellement confiés au médecin procédant à l'anesthésie et à la réanimation pendant l'acte lui-même et pendant la journée de l'intervention.

Pour le geste d'anesthésie-réanimation accompagnant un acte chirurgical ou un acte interventionnel définis à l'article I-6, le tarif recouvre également, pour le médecin qui le réalise :

- les soins préinterventionnels la veille de l'intervention,

- la surveillance postinterventionnelle et les actes liés aux techniques de réanimation en dehors de ceux réalisés dans les unités de réanimation et les unités de soins intensifs de cardiologie mentionnées aux articles D. 712-104 et D. 712-115 du code de la santé publique, pendant la période de quinze jours qui suit le jour de l'intervention, pour un suivi hors complications et en ce qui concerne les conséquences directes liées à cet acte.

Le geste d'anesthésie-réanimation accompagnant un acte non pris en charge par l'assurance maladie ne fait pas l'objet d'un remboursement.

Article I-8

Actes thérapeutiques en séances

Dans certains cas, un traitement complet est constitué de la répétition d'actes thérapeutiques identiques à des jours différents. Dans ces cas particuliers, chacun de ces actes unitaires, dont la durée de réalisation n'excède pas vingt quatre heures est appelé «séance». Ces actes, dont les libellés sont introduits par le terme «séance de», ne peuvent être tarifés qu'une fois par vingt quatre heures.

Article I-9

Modificateurs

Un modificateur est une information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation d'un acte ou pour sa valorisation. Il s'applique à une liste précise d'actes. Les modificateurs autorisés sont mentionnés explicitement en regard de chacun des actes concernés. L'application d'un modificateur conduit à une majoration du tarif de l'acte. Seuls peuvent être facturés les modificateurs se rapportant à des actes ayant un tarif.

La description de ces modificateurs figure à l'article III-2 du Livre III.

Quatre modificateurs au plus peuvent être tarifés par acte.

Article I-10

Actes identiques

Les actes identiques sont des actes décrits par le même libellé et identifiés par le même code.

Pour les actes identiques réalisés sur des organes ou des sites anatomiques pairs, appelés « actes bilatéraux » :

- soit il existe un libellé d'acte unilatéral et un libellé d'acte bilatéral ; en cas de réalisation bilatérale, il convient de noter le code du libellé décrivant l'acte dans sa réalisation bilatérale ;
- soit il existe un acte comportant la mention « unilatéral ou bilatéral » dans le libellé ou les notes s'y rapportant ; en cas de réalisation bilatérale, il convient de noter le code une seule fois ;
- soit il existe un libellé sans précision de latéralité ; dans ce cas, ce libellé concerne un acte unilatéral ; pour coder la réalisation bilatérale de l'acte, quand celle-ci n'est pas interdite par les règles d'incompatibilités (article I-12), il convient de coder deux fois l'acte en respectant les règles d'association (articles I-11 et III-3).

Article I-11

Association

Dans le cadre de la tarification, l'association d'actes correspond à la réalisation de plusieurs actes, dans le même temps, pour le même patient, par le même médecin, dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité entre ces actes. Les codes et les taux d'application des associations sont mentionnées à l'article III-3 du Livre III.

Article I-12

Règles d'incompatibilités

Les règles de construction des actes techniques médicaux de la CCAM entraînent un certain nombre d'incompatibilités des actes entre eux. Celles-ci sont valables quel que soit le nombre d'intervenants.

Il est impossible de tarifer dans le même temps, l'association entre :

1. des actes composant une procédure, telle que définie à l'article I-6 ci-dessus ;
2. un acte incluant un autre acte, et ce dernier ;
3. un acte comportant la mention «avec ou sans» un autre acte, et ce dernier ;
4. un acte dont le libellé précise qu'il est réalisé postérieurement à un autre acte, et ce dernier ;
5. des actes identiques :
 - réalisés sur le même site anatomique, à l'exception des actes réalisés sur la main et sur le pied,
 - dont les libellés comportent des informations numériques,
 - dont les libellés précisent la mention bilatérale ;
6. des actes traduisant une même action ou une même finalité diagnostique ou thérapeutique sur le même site ;
7. des pansement, immobilisation ou appareillage éventuel d'une part, et, d'autre part, des actes portant sur les tissus c'est à dire la peau et le tissu cellulaire sous cutané, ou portant sur les muscles, tendons, synoviales, ou sur les os, ou sur les articulations, ou sur les vaisseaux, ou sur les nerfs, sur le même site anatomique.
8. Les incompatibilités d'association concernant un acte s'appliquent également aux actes dans lesquels il est inclus.
9. A ces incompatibilités générales s'ajoutent celles liées au contenu précis de l'acte, explicitées dans son libellé ou dans les notes jointes mentionnées à l'article I-13.

Article I-13

Conventions d'écriture des libellés

A) Emploi de l'article partitif «de»

L'article partitif «de» a le sens de «quel qu'en soit le nombre» ; un libellé qui ne comporte pas dans son intitulé de précision sur le nombre de lésions examinées ou traitées désigne implicitement un acte effectué sur une ou plusieurs lésions de même nature.

B) Emploi de «un» comme adjectif numéral

Le terme «un» est employé comme adjectif numéral et non comme article indéfini : il a le sens de un seul.

C) Indication numérique

Quand le libellé d'un acte comporte une indication numérique tel qu'un nombre, une dimension, une surface ou les termes «plusieurs» ou «multiples», le médecin doit utiliser le code du libellé décrivant le plus exactement la totalité des gestes effectués au cours de son acte.

D) La conjonction «et»

Dans certains libellés, la conjonction «et» remplace la préposition «avec». Elle en garde le sens inclusif obligatoire.

E) La conjonction «ou»

La conjonction «ou» introduit une proposition alternative : elle est employée avec un sens exclusif.

F) L'expression «et/ou» permet de coder une ou plusieurs actions avec le même libellé.**G) Ponctuation**

La virgule placée entre les termes d'une énumération remplace «et, ou, et/ou» employé entre les deux derniers termes de cette énumération.

H) Notes d'utilisation

Afin de préciser le contenu technique des actes décrits ou leurs conditions d'utilisation, des informations supplémentaires peuvent accompagner les libellés. Ces notes d'utilisation sont situées soit, sous les libellés si elles sont d'ordre particulier soit, en tête de chapitre ou de subdivision si elles sont d'ordre général.

Ces notes peuvent être :

- explicatives : elles précisent, au niveau des titres, les conditions d'utilisation des libellés ou le contenu des actes de la subdivision ;
- indicatives : elles sont données comme exemples non limitatifs et figurent sous les libellés ;
- d'exclusion : elles précisent les conditions dans lesquelles le libellé ne doit pas être utilisé et figurent soit au niveau des titres, soit au niveau des libellés ; elles sont limitatives.

Par ailleurs, dans les notes :

- l'expression «coder éventuellement» signale les actes associables, à coder en sus en cas de réalisation simultanée. Seules les associations relativement habituelles sont indiquées à l'aide de cette note ;
- l'expression «avec ou sans» introduit une liste d'actes dont la réalisation éventuelle au cours de l'acte est incluse dans celui-ci et ne doit donc pas être codée en sus ;

Les notes relatives à la prise en charge précisent les conditions de remboursement de l'acte :

- conditions de réalisation de l'acte, indications médicales, environnement, formation, nécessité d'un recueil prospectif de données ;
- conditions de facturation.

Article I-14 **Actes donnant droit à forfait technique**

Les actes de scanographie, de remnographie, de tomographie à émission de positons sont rémunérés par l'addition d'un tarif par acte, figurant en regard du code, et d'un forfait technique rémunérant les coûts de fonctionnement de l'appareil installé.

Le montant du forfait technique varie en fonction de la classe à laquelle appartient l'appareil autorisé, de son année d'installation et d'un seuil d'activité de référence. Celui-ci est établi par zone géographique pour les appareils de scanographie et de remnographie.

Au-delà de ce seuil, un montant réduit du forfait technique, dont la valeur monétaire est fixée dans les mêmes conditions que le forfait technique lui-même, est appliqué.

La classification des appareils tient compte de leurs caractéristiques techniques. Elle est établie par année d'installation pour les appareils de scanographie. Les tableaux retraçant la classification de ces appareils sont à l'annexe 3 ainsi que les seuils d'activité de référence.

Article I-15 **Remboursement pour pathologie inhabituelle**

Lorsqu'un patient présente une pathologie inhabituelle, nécessitant une dérogation aux modalités de prise en charge de la liste, le médecin adresse au contrôle médical une demande écrite motivée. La prise en charge est subordonnée à l'avis favorable du contrôle médical. Le silence gardé pendant plus de quinze jours par un organisme d'assurance maladie vaut décision d'acceptation, conformément à l'article R. 162-52 du code de sécurité sociale.

Livre III : Dispositions diverses

Article III-1

Par dérogation à l'article I^{er}-1 du Livre I^{er}, continuent à relever des dispositions mentionnées dans l'arrêté du 27 mars 1972 modifié relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux : les actes d'anatomo-cytopathologie, les actes de prélèvement réalisés par les médecins biologistes, les actes de pratique thermale, les actes de chimiothérapie anti-cancéreuse, les actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux, les actes communs aux médecins et aux auxiliaires médicaux et les actes dentaires communs aux médecins et aux chirurgiens dentistes. Cette dérogation s'applique également aux médecins stomatologistes pour les actes communs aux dentistes et à d'autres spécialités, tels que les radiographies dentaires.

Article III-2

Les modificateurs et leurs codes sont les suivants :

- Urgence : Réalisation d'un acte non prévu 8 heures auparavant, entre 20 heures et 08 heures, le dimanche ou un jour férié, pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles.
- Acte réalisé en urgence par les médecins, autres que les omnipraticiens et les pédiatres, la nuit entre 20 h et 08 h ; le code est U.
- Acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 20h à 00h ou de 06h à 08h ; le code est P.
- Acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 00h à 06h ; le code est S.

Ces trois modificateurs ne concernent pas les forfaits et surveillances par vingt quatre heures.

- Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié : le code est F.

Les codes U, P, S et F sont exclusifs les uns des autres et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par intervenant quel que soit le nombre d'actes qu'il réalise.

- Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient : le code est M.
- Age du patient :
 - Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans ; le code est A.
 - Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans ; le code est E.
 - Cette majoration ne s'applique pas aux actes de radiographie du squelette entier, de l'hémisquelette, de radiologie vasculaire et de radiologie interventionnelle.
 - Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de 1 an ; le code est G.

- Extraction d'un corps étranger œsophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans ; le code est G.
- Réalisation d'un acte de médecine nucléaire chez un patient de moins de 3 ans ; le code est G.
- Chirurgie itérative :
 - Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; le code est 6.
 - Intervention itérative sur les voies biliaires ; le code est 6.
 - Intervention itérative sur les voies urinaires ; le code est 6.
 - Anesthésie pour une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; le code est 8.
 - Anesthésie pour intervention itérative sur les voies biliaires ; le code est 8.
 - Anesthésie pour intervention itérative sur les voies urinaires ; le code est 8.
- Réalisation d'un acte de chirurgie plastique des téguments de la face, du cou, de la main et des doigts, ou d'un acte sur des plaies ou brûlures de la face ou des mains ; ce modificateur s'applique également à l'acte d'anesthésie réanimation correspondant : le code est R
- Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte, en supplément de l'acte de réduction ou d'ostéosynthèse, ce modificateur s'applique également à l'acte d'anesthésie réanimation correspondant ; le code est L.
Cette majoration couvre le parage ou la suture de plaie qui ne peuvent donc pas être facturés avec l'acte de réduction ou d'ostéosynthèse.
- Majoration transitoire de chirurgie, applicable aux actes thérapeutiques sanglants non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourd ; le code est J.
Cette majoration concerne les actes de chirurgie générale, digestive, orthopédico-traumatologique, vasculaire, cardio-thoracique et vasculaire, urologique, pédiatrique, gynécologique et de neurochirurgie. Sont également concernés les actes de chirurgie cervico-faciale, de chirurgie mammaire à visée thérapeutique ou réparatrice et de chirurgie réparatrice par lambeaux, communs à plusieurs spécialités.
- Majoration forfait modulable pour les actes ayant droit au modificateur J cité ci-dessus ; le code est K.
Cette majoration concerne les chirurgiens conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables ou ayant opté pour l'option de coordination telle que mentionnée à l'article 1.2.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 3 février 2005.
Par dérogation, les chirurgiens autorisés à pratiquer des honoraires différents et n'ayant pas opté pour l'option de coordination pourront coter ce modificateur pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé.
Par dérogation, les chirurgiens autorisés à pratiquer des honoraires différents et n'ayant pas opté pour l'option de coordination pourront coter ce modificateur pour les actes dispensés en urgence dès lors qu'ils respectent pour ces actes les tarifs opposables.
- Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste, pour les actes pour lesquels le médecin anesthésiste peut surveiller simultanément deux patients anesthésiés, lorsque le médecin anesthésiste se consacre exclusivement à un seul patient ; le code est 7.

- Réalisation d'une radiographie comparative ; le code est C.
- Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide ; le code est D.
- Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue ; le code est Z.
- Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un pneumologue ou un rhumatologue ; le code est Y.
- Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité de réanimation ou au lit du patient intransportable ; le code est B.
Ce modificateur ne peut pas être tarifé avec :
 - un acte de radiologie vasculaire et interventionnelle,
 - une radioscopie de longue durée avec amplificateur de brillance,
 - un examen radiologique de la vésicule et des voies biliaires ou pancréatiques au cours d'un acte diagnostique ou thérapeutique.
- Modificateurs numériques pour radiothérapie : les codes sont H, Q, V, W. Pour les actes d'irradiation, ces modificateurs sont à mentionner face au code de l'acte pour approcher la dose d'irradiation en arrondissant à l'entier le plus proche.

Les valeurs de ces modificateurs sont exprimées, soit en pourcentage du tarif de l'acte, soit en valeur monétaire qui s'ajoute au tarif de l'acte. Si plusieurs modificateurs exprimés en pourcentage sont facturés, chacun s'applique par rapport au tarif de l'acte indépendamment des autres. Ces montants et pourcentages figurent en annexe 1.

Article III-3

A) Quand des actes techniques sont effectués dans le même temps qu'une consultation ou une visite mentionnées dans l'arrêté du 27 mars 1972 modifié relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, les honoraires de celle-ci ne se cumulent pas avec ceux des actes techniques.

Par dérogation à cette disposition, sont autorisés :

1. le cumul des honoraires de la radiographie pulmonaire avec ceux de la consultation, pour les pneumologues,
2. le cumul des honoraires de la consultation, donnée par un médecin qui examine un patient pour la première fois dans un établissement de soins avec ceux de l'intervention qu'il réalise et qui lui fait immédiatement suite, lorsque cette intervention est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du patient ;
3. le cumul des honoraires de l'électrocardiogramme avec ceux de la consultation ou de la visite : C ou CS, V ou VS ou, pour les patients hospitalisés, C x 0,80 ou CS x 0,80. Cependant, en cas d'actes multiples dans le même temps, les règles de cumul telles que prévues au paragraphe B ci-dessous s'appliquent sans cumul possible avec les honoraires de la consultation ou de la visite.

B) Pour l'association d'actes techniques, le médecin code les actes réalisés et indique, pour chacun d'entre eux, le code correspondant à la règle d'association devant être appliquée.

Ces règles sont précisées ci-dessous et leurs modalités de codage sont décrites à l'annexe 2.

1. Règle générale :

L'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50% de sa valeur.

Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein.

Les suppléments peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein.

2. Dérogations :

- a) Pour les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le moins élevé, est tarifé à 75 % de sa valeur.
- b) Pour les actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes, l'association de trois actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième est tarifé à 75% de sa valeur et le troisième à 50 % de sa valeur.
- c) Pour les actes de chirurgie carcinologique en ORL associant une exérèse, un curage et une reconstruction, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le deuxième et le troisième actes sont tarifés à 50 % de leur valeur.
- d) Pour les actes d'échographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas de l'examen d'organes intra-abdominaux et/ou pelviens et d'un ou plusieurs des organes suivants : sein, thyroïde, testicules. L'acte de guidage échographique ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage échographique. Dans les cas où l'association est autorisée, la règle générale s'applique.
- e) Pour les actes de scanographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas où est effectué l'examen conjoint des régions anatomiques suivantes : membres et tête, membres et thorax, membres et abdomen, tête et abdomen, thorax et abdomen complet, tête et thorax, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste. Dans ce cas, deux actes au plus peuvent être tarifés et à taux plein. Quand un libellé décrit l'examen conjoint de plusieurs régions anatomiques, il ne peut être tarifé avec aucun autre acte de scanographie. L'acte de guidage scanographique ne peut être facturé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage scanographique. Dans ce cas, deux actes au plus peuvent être tarifés et à taux plein.
- f) Pour les actes de remnographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé. Un acte de remnographie, à l'exception du guidage remnographique, ne peut être associé à aucun autre acte. Le guidage remnographique ne peut être facturé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage remnographique. Dans ce cas, la règle générale s'applique.
- g) Dans les cas suivants, les actes associés sont tarifés à taux plein :
 - les actes de radiologie conventionnelle y compris les suppléments autorisés avec ces actes et le guidage radiologique peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes de radiologie ;
 - les actes d'électromyographie, de mesures des vitesses de conduction, d'études des latences et des réflexes figurant aux sous-paragraphe 01. 01. 01. 01 - 01. 01. 01. 02 et

01. 01. 01. 03 de la CCAM au Livre II peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes ;
- les actes d'irradiation en radiothérapie ainsi que les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein, quel que soit le nombre d'actes ;
 - les actes de médecine nucléaire sont associés à taux plein ; deux actes au plus peuvent être tarifés ;
 - les forfaits de cardiologie, de réanimation, les actes de surveillance post-opératoire d'un patient de chirurgie cardiaque avec CEC (figurant au chapitre 19 de la CCAM au Livre II) et les actes d'accouchement peuvent être associés à taux plein à un seul des actes introduits par la note « facturation : éventuellement en supplément ».
- h) Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs de cardiologie en application des articles D. 712-104 et D. 712-115 du code de la santé publique, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier médical du patient qui est tenu à la disposition du contrôle médical.

Cas particulier

Quand un médecin réalise, dans le même temps des actes techniques de la CCAM définie au Livre II et des actes issus de la NGAP, deux actes au plus peuvent être tarifés. L'acte de la NGAP est tarifé à 50 % de sa valeur, hors associations avec des radiographies dont le nombre n'est pas limité et qui sont tarifées à 100%.

Le nombre d'actes dentaires NGAP associés n'est pas limité et ces actes sont tarifés à taux plein dans les cas qui suivent :

-Acte(s) coté(s) en SCM , en ORT ou PRO

-Extraction(s) dentaire(s) faisant exception à l'application de l'article 11B des dispositions générales de la NGAP c'est à dire les extractions de dents permanentes, de dents lactéales, de dents de sagesse incluses, enclavées ou à l'état de germe.

Codes associations

Le code 1 signifie que l'acte est tarifé à 100 %.

Le code 2 signifie que l'acte est tarifé à 50 %.

Le code 3 signifie que l'acte est tarifé à 75 %.

Le code 4 est utilisé pour des actes spécifiques cités aux paragraphes 2 e) et 2 g) ci-dessus. Il signifie que tous les actes de l'association sont tarifés à 100 %.

Le code 5 signifie que les actes sont tarifés à 100 % ; ce code est utilisé dans le cas décrit au paragraphe 2 h) ci-dessus.

Quand un acte de la CCAM est associé à un acte de la NGAP, aucun code association ne doit être noté.

Article III-4

L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens dentistes, des sages femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit, pour les médecins.

A) A la première partie : Dispositions Générales

Article 2-1. Lettre clés : les lettres clés KCC, KE, ZM et ZN sont abrogées.

L'article 4. Remboursement par assimilation est abrogé.

Article 11. Actes multiples au cours de la même séance

- Au A) : Actes effectués dans la même séance qu'une consultation : les paragraphes a) et c) sont abrogés.
- Au B) : Actes en K, KC, KCC, KE, D, DC, SF, SFI, AMI, AIS, AMP, AMO, AMY effectués au cours d'une même séance :

Les lettres-clés KCC et KE sont abrogées pour les médecins.

Le paragraphe 4 b) est abrogé et la mention « c) » est remplacée par la mention « b) » et la mention « d) » est remplacée par la mention « c) ».

Article 13. Frais de déplacement

- La mention « lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature » est remplacée par « lorsqu'un acte inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ».
- Au C) la mention « pour les actes en K, KC, Z, D, DC, SF, SFI, AMI, AMM, AMP et AMO » est remplacée par « pour les actes en K, KC, Z, D, DC, SF, SFI, AMI, AMK, AMC, AMS, AMP et AMO de la NGAP ou les actes équivalents inscrits à la CCAM ».

Article 14. Actes effectués la nuit ou le dimanche

- Au A) Actes effectués par les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.
Aux 1.^o et 2.^o: les lettres-clés KCC, KE sont abrogées.

Article 14.1. Majoration d'urgence (MU) pour le médecin exerçant la médecine générale

- Au deuxième paragraphe, remplacer l'expression « Nomenclature générale des actes professionnels » par « Classification commune des actes médicaux ».

Article 14.2. Majoration de déplacement

- Le paragraphe I-e) est modifié comme suit : « les patients ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale inscrite à la Classification commune des actes médicaux, d'un tarif supérieur à 313,50 euros, quand la ou les visites sont effectuées dans les 10 jours suivant l'intervention ».

L'article 14. 3. Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet est abrogé.

L'article 14.5 Majoration pour soins réalisés au cabinet d'un médecin de montagne et nécessitant l'utilisation d'un plateau technique est abrogé.

Article 15. Contenu de la consultation ou de la visite

A la dernière phrase, ajouter à côté du mot "coefficient", les mots : "ou le code ".

Article 19. Assistance du praticien traitant à une intervention chirurgicale

- Au deuxième et troisième paragraphes, inscrire : « K10 pour les actes dont le tarif est compris entre 104,50 € et 167, 20 € » et « K15 pour les actes dont le tarif est supérieur à 167,20 € ».

Article 20. Honoraires de surveillance médicale dans les cliniques ouvertes des établissements publics et dans les établissements privés

- les deux premiers alinéas sont ainsi modifiés :

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

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

- au paragraphe b) clinique chirurgicale

au 1°, la mention « Si l'acte est d'un coefficient égal ou supérieur à 15, » est complétée par « ou d'un tarif égal ou supérieur à 31,35 euros, »

au 2°, la mention « Si l'acte est d'un coefficient inférieur à 15, » est complétée par « ou d'un tarif inférieur à 31,35 euros, »

Article 22. Dispositions particulières aux actes d'anesthésie-réanimation

- Les dispositions des paragraphes 1.,2.,3.,4.,5.,7.,8.,9.,10.,11.,12. sont abrogées.
- La mention « 6. » est supprimée.
- Remplacer « un acte en K » par « un acte de la Classification commune des actes médicaux » et remplacer « le forfait d'anesthésie » par « l'acte d'anesthésie ».

L'article 23 – Dispositions particulières aux actes de chirurgie, l'article 24 – Dispositions particulières relatives au forfait d'accouchement, lorsque celui-ci est réalisé par le médecin, l'article 25 – Forfait pour macrobiopsie de lésion(s) de la glande mammaire et l'article 26 – Majoration transitoire pour certaines spécialités, sont abrogés.

B) A la deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Le Titre Ier. Actes de traitement des lésions traumatiques est abrogé.

Le Titre II. Actes portant sur les tissus en général est abrogé à l'exception des dispositions suivantes :

- Au chapitre I – Peau et tissu cellulaire sous-cutané :
 - Prélèvement simple de peau ou de muqueuse pour examen histologique 5
 - Prélèvement de peau suivi de suture pour examen histologique 7
 - Si ce dernier prélèvement est effectué sur les parties découvertes de la tête, du cou ou des mains 10
 - Ponction d'abcès ou de ganglion 3
- Au chapitre III – Os
 - Ponction biopsique osseuse 5
- Au chapitre IV – Articulations
 - Ponction articulaire à l'aiguille ou au trocart :
 - toutes articulations sauf la hanche 5
 - hanche 10
- Au chapitre V – Vaisseaux, Section II. – Artères et veines
 - Article premier. Ponctions vasculaires et actes de transfusion sanguine
 - Ponction d'un tronc veineux de la tête et du cou 3
 - Ponction artérielle percutanée 5
 - Article 3. Cancérologie :

Chimiothérapie anticancéreuse dans le cadre d'une structure à compétence carcinologique (à l'exception des perfusions par pompes portables ou implantables).

Chaque série de séances de chimiothérapie est soumise à la formalité de l'entente préalable et doit comporter l'établissement d'un protocole adressé au contrôle médical dans le même temps.

Le protocole doit comporter :

 - 1° L'indication de la pathologie motivant la thérapeutique ;
 - 2° Les produits injectés ;
 - 3° La procédure (bolus, semi-continue, continue) ou les procédures envisagées ;
 - 4° Le nombre de séances prévues ;
 - 5° Les modalités de mise en œuvre de la thérapeutique : injection intraveineuse (l'acte d'injection est compris dans la séance), ou intrathécale, ou intravésicale, ou intrapéritonéale ou intra-artérielle ;
 - 6° Le nom de la structure à compétence carcinologique dans laquelle le traitement est effectué.

Séance de perfusion de substances antimétaboliques, quels que soient le ou les produits utilisés :

 - perfusion courte (« bolus »), par séance d'une durée inférieure à six heures 15 E
 - perfusion semi-continue, par séance d'une durée égale ou supérieure à six heures et inférieure à vingt-quatre heures 20 E
 - perfusion continue de durée égale ou supérieure à vingt-quatre heures, par séance de vingt-quatre heures 30 E

Surveillance intensive dans un établissement à compétence carcinologique, pratiquant la chimiothérapie ambulatoire et/ou la radiothérapie de haute énergie, d'un malade atteint d'une affection maligne et présentant :

- soit un accident aigu (du type aplasie médullaire, choc consécutif à un traitement chimiothérapique et/ou radiothérapique, compression médiastinale, syndrome abdominal aigu iatrogène, dysphagie majeure, etc.), par séance de vingt-quatre heures pour une période limitée à sept jours, renouvelable sur entente préalable 30 E
 - soit un état précaire prolongé nécessitant des soins constants (antalgiques majeurs, équilibre du métabolisme, prévention de complications graves, traitement d'une détérioration sévère de l'état nutritionnel), par séance de vingt-quatre heures, pour une période d'un mois, renouvelable sur entente préalable 10 E
- Au chapitre VI. – Nerfs
- 1°. Infiltrations percutanées :
- Branches terminales du trijumeau (sus et sous-orbitaire, à l'épine de Spix, mentonnier, dans le canal palatin postérieur, etc.) 5

Titre III. Actes portant sur la tête :

- Le chapitre Ier – Crâne et encéphale est abrogé, à l'exception des dispositions suivantes, pour les médecins relevant de l'article III-1 du Livre III :
Article premier – Investigations neurologiques centrales et périphériques :
Ponction lombaire ou sous occipitale avec ou sans injection médicamenteuse avec ou sans épreuve au manomètre de Queeckenstaett Stockey 8
- Au chapitre II – Orbité – Œil
Les articles 1 à 11 sont abrogés,
L'article 12 devient l'article premier.
- Le chapitre III – Oreille est abrogé
- Le chapitre IV – Face est abrogé à l'exception des actes suivants :
Article 2 – Sinus
Ponction isolée du sinus maxillaire 10
Article 3 : Traitement de diverses lésions de la face
Traitement chirurgical d'une cellulite ou adénite génienne (incision ou drainage filiforme) 10 KC
- Le chapitre V – Bouche – Pharynx (parties molles) est abrogé, à l'exception des actes suivants:
Article 2 – Langue
Excision et suture d'une bride fibreuse ou du frein hypertrophié 10 KC
Article 5 – Glandes salivaires
Injection de substance de contraste dans les glandes salivaires (cliché non compris) 15
Traitement chirurgical par voie buccale d'une lithiase salivaire :

- | | |
|-------------------------------------------------------------|-------|
| ablation d'un calcul antérieur par incision muqueuse simple | 10 KC |
|-------------------------------------------------------------|-------|
- Article 6 – Traitement de tumeurs diverses
- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------|
| Prélèvement en vue d'un examen de laboratoire : | |
| - d'une lésion intrabuccale de l'oro-pharynx | 5 |
| - d'une lésion intrabuccale de l'hypo-pharynx ou du cavum | 10 |
| Exérèse d'une tumeur bénigne de la bouche | 15 KC |
| Diathermo-coagulation d'une leucoplasie, d'un lupus ou d'une tumeur bénigne | 5 |
- Au chapitre VI – Maxillaires : les articles 1, 2, 3, 4 sont abrogés, à l'exception des actes suivants, pour les médecins stomatologistes :
- Article 1 – Fractures
- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Traitement des fractures des procès alvéolaires avec conservation des dents mobiles et déplacées - traitement radiculaire non compris | 50 KC |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
- Article 2 – Lésions infectieuses :
- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Curetage et ablation des séquestres pour ostéite et nécrose des maxillaires circonscrites à la région alvéolaire | 10 KC |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
- Article 3 – Malformations et tumeurs :
- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Prélèvement osseux important ou trépanation d'un maxillaire pour examen histologique | 30 KC |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|
- Article 4 – Articulation temporo-maxillaire :
- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|------|
| Traitement orthopédique de luxation uni ou bilatérale récente de la mandibule | 5 KC |
|-------------------------------------------------------------------------------|------|
- Au chapitre VII – Dents, Gencives, Section II – Soins chirurgicaux, l'article 3. Chirurgie préprothétique est abrogé.
- Au chapitre VIII – Prothèse restauratrice maxillo-faciale, l'acte suivant est abrogé :
- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire du maxillaire ou de la mandibule (résection chirurgicale ou greffe) | K 130 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
- Titre IV. Actes portant sur le cou
- Le chapitre Ier – Tissu cellulaire, muscles, le chapitre III – Corps thyroïde, le chapitre IV – Trachée – Œsophage sont abrogés.
- Au chapitre II – Larynx, -l'article 1er. – Actes de diagnostic et chirurgicaux est abrogé.
- Le Titre V. Actes portant sur le rachis ou la moelle épinière est abrogé.
- Le Titre VI. Actes portant sur le membre supérieur est abrogé.
- Le Titre VII. Actes portant sur le thorax est abrogé à l'exception des dispositions suivantes :
- | | |
|----------------------------------------------------------------------|---|
| - Au chapitre III – Plèvre – Poumons, Article 3 – Actes de chirurgie | |
| Ponction de la plèvre (à but diagnostique ou thérapeutique) | 4 |
- Le Titre VIII. Actes portant sur l'abdomen est abrogé à l'exception des dispositions suivantes :
- | | |
|----------------------------------------------------------------|----|
| - Au chapitre II – Paroi abdominale, Grande cavité péritonéale | |
| Ponction de l'abdomen | 10 |

- Au chapitre III – Estomac et intestin
 - Tubage pour études biologiques des liquides gastriques et duodénaux 10
 - Lavage d'estomac 10
 - Traitement d'une perforation d'ulcère gastro-duodéal par aspiration continue, suivie ou non d'intervention, par jour (maximum trois jours) 15
 - Aspiration continue et rééquilibration hydro-électrolytique concomitante pour occlusion intestinale suivie ou non d'intervention, par jour 10
 - Cet acte effectué au cours ou à la suite d'une intervention est couvert par la cotation globale de cette intervention.
- Au chapitre IV – Foie, voies biliaires, pancréas
 - Prélèvement par ponction biopsique du foie ou de la rate pour examen 10

Le Titre IX. Appareil urinaire est abrogé.

Le Titre X. Actes portant sur l'appareil génital masculin est abrogé.

Le Titre XI. Actes portant sur l'appareil génital féminin est abrogé à l'exception :

- Au chapitre I – En dehors de la gestation – Article premier – Intervention par voie basse.
 - 1° Gynécologie médicale
 - Prélèvements gynécologiques à différents niveaux, quel qu'en soit le nombre 3
- Au chapitre II : Actes liés à la gestation et à l'accouchement
 - 4° Accouchement et actes complémentaires
 - Dans les unités d'obstétrique mentionnées au 2° de l'article D 712-84 du code de la santé publique :
 - l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés par chacun des médecins mentionnés au dixième et onzième alinéas du 2° précité donne lieu à une majoration forfaitaire pour sujétion particulière. La valeur en unité monétaire de cette majoration est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2 des dispositions générales ;
 - l'ensemble des actes liés à chaque accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés par chacun des médecins mentionnés au cinquième, septième, huitième et douzième alinéas du 2° susvisé donne lieu à une majoration de sujétion particulière. La valeur en unité monétaire est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2 des dispositions générales.
 - Les majorations mentionnées ci-dessus se cumulent avec les modificateurs urgence : U, P, S et F prévus au chapitre 19 de la Classification commune des actes médicaux.
 - Sont considérés comme actes de nuit les actes liés à l'accouchement effectués entre 20 heures et 8 heures, mais ces actes ne donnent lieu aux majorations ci-dessus que si l'appel au praticien a été fait entre 19 heures et 7 heures.

Le Titre XII. Actes portant sur le membre inférieur est abrogé

Le Titre XIII. Diagnostic et traitement de troubles mentaux est abrogé à l'exception des dispositions suivantes :

- Au chapitre II. – Actes de thérapeutique

Délivrance à domicile d'un certificat d'internement	10
Prise en charge intensive continue d'un épisode de décompensation psychique : acte de soins complexe réalisé en établissement psychiatrique, intégrant la régulation et les différents suivis pharmacologique, psychodynamique et environnemental, par jour	CNPSY 0,8
Une demande d'accord préalable doit être formulée lorsque le traitement est prolongé au-delà de quatorze jours.	
Psychothérapie de groupe (entente préalable obligatoire), la séance d'une durée moyenne de 3/4 d'heure :	
- moins de 4 ou 5 malades, par malade	3 E
- de 6 ou 8 malades, par malade	2 E
- de 8 ou 9 malades, par malade	1,5 E

Au Titre XIV. Actes de rééducation et réadaptation fonctionnelles, au chapitre II – Traitements individuels de rééducation et de réadaptation fonctionnelles :

- A l'article 8 – Rééducation des conséquences des affections périnéo-sphinctériennes, l'acte suivant : Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électro-stimulation et/ou bio-feedback est abrogé
- L'article 12 – Manipulations vertébrales est abrogé

Au Titre XV – Actes divers :

- Le chapitre Ier – Actes d'urgence, le chapitre II. – Réanimation continue, le chapitre III – Hyperbarie thérapeutique sont abrogés.
- Au chapitre V – Actes utilisant les agents physiques, les articles 1: Actes de diagnostic, 1° Echographies non obstétricales, 3° Autres examens échographiques, 4° Examens vélocimétriques et l'article 3, Imagerie par résonance magnétique nucléaire sont abrogés.

Au Titre XVI. Soins infirmiers :

- Au chapitre Ier – Soins de pratique courante les actes suivants sont abrogés :
 - Article 1er.
 - Saignée 5
 - Article 4
 - Alimentation entérale par gavage ou en déclive ou par nutri-pompe, y compris la surveillance, par séance 3
 - Alimentation entérale par voie jéjunale avec sondage de la stomie, y compris le pansement et la surveillance, par séance 4
 - Article 6
 - Cathétérisme urétral chez la femme 3
 - Cathétérisme urétral chez l'homme 4
 - Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme 3
 - Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme 4
 - Education à l'autosondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances 3,5
 - Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage éventuel 4,5
 - Instillation et/ou lavage vésical (sonde en place) 1,25

C) A la troisième partie : Nomenclature des actes médicaux utilisant les radiations ionisantes :

Le Titre Ier. Actes de radiodiagnostic est abrogé, à l'exception des dispositions suivantes pour les médecins stomatologistes :

- chapitre I – Dispositions générales
- Au chapitre II – Actes de radiodiagnostic portant sur le squelette, Article 3 – Tête
- Au chapitre IV – Examens divers, Autres examens :
 - Examen radiologique pour calcul de l'âge osseux quelles que soient les méthodes 15
- Au chapitre V – Examens utilisant des appareillages spéciaux, Article premier, Radiographie en coupe :
 - Tomographie, premier plan en coupe 35
 - Tomographie, plan(s) non parallèle(s) au premier plan de coupe, quel qu'en soit le nombre 25
 - Tomographie(s) au cours d'un examen radiologique, quel que soit le nombre de séries et de plans 15

Le Titre II. Actes de radiothérapie est abrogé.

Le Titre III. Actes utilisant des radioéléments en source non scellés est abrogé.

D) La quatrième partie : Nomenclature des actes médicaux de radiologie vasculaire et d'imagerie interventionnelle est abrogée.

Annexe 1 : Valeur monétaire et pourcentage des modificateurs (Article III-2 du Livre III)

Code	Libellé	Valeur
U	Acte réalisé en urgence par les médecins, autres que les omnipraticiens et les pédiatres, la nuit entre 20 h et 08 h	25,15 €
P	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 20h à 00h et de 06h à 08h	35,00 €
S	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 00h à 06h	40,00 €
F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19,06 €
M	Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient	26,88 €
A	Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans	23,00 €
E	Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans	+49%
G	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de 1 an ; Extraction d'un corps étranger œsophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans ; Réalisation d'un acte de médecine nucléaire chez un patient de moins de 3 ans .	+25%
6	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; Intervention itérative sur les voies biliaires ; Intervention itérative sur les voies urinaires .	+25%
8	Anesthésie d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; Anesthésie pour intervention itérative sur les voies biliaires ; Anesthésie pour intervention itérative sur les voies urinaires .	+20%
R	Réalisation d'un acte de chirurgie plastique des téguments de la face, du cou, de la main et des doigts, ou d'un acte sur des plaies ou brûlures de la face ou des mains	+50%
L	Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte	+20%
J	Majoration transitoire de chirurgie	+6,5%
K	Majoration forfait modulable pour les actes ayant droit au modificateur J	+11,5%
7	Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste durant toute l'intervention	+4%
C	Réalisation d'une radiographie comparative	+49%
D	Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide	+24%
Z	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue	+21,8%
Y	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un pneumologue ou un rhumatologue	+15,8%
B	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité de réanimation ou au lit du patient intransportable	+49%
H	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 1	+100%
Q	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 2	+200%
V	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 3	+300%
W	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 4	+400%

Si plusieurs modificateurs en pourcentage sont facturés, chacun s'applique par rapport au tarif de l'acte, indépendamment des autres. Les codes U, P, S et F sont exclusifs les uns des autres

et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par intervenant, quel que soit le nombre d'actes qu'il réalise.

Annexe 2 : Règles d'association (article III-3 B du Livre III)

Pour chaque acte de l'association, le médecin indique le code association correspondant à la règle qui s'applique en conformité avec l'article III-3 B. A chaque code correspond un pourcentage qui s'applique au tarif de l'acte, majoré des modificateurs éventuels, quand ils sont en pourcentage.

1) Règle générale :

L'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50% de sa valeur.

Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein.

Les suppléments peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	2	50%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	1	100%

Dans le cas d'une association de **2 actes seulement**, dont l'un est soit :

- un geste complémentaire,
- un supplément,
- un acte d'imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle (Chapitre 19, sous-paragraphe 19.01.09.02),

il ne faut pas indiquer de code association.

Si un acte est associé à un geste complémentaire et à un supplément, le code association est 1 pour chacun des actes.

2) Dérogations :

- a) Pour les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre, l'acte dont le tarif, hors modificateurs est le moins élevé est tarifé à 75 % de sa valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	3	75%

- b) Pour les actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes, l'association de trois actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième est tarifé à 75 % de sa valeur et le troisième à 50 % de sa valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	3	75%
3 ^{ème} acte	2	50%

- c) Pour les actes de chirurgie carcinologique en ORL associant une exérèse, un curage et une reconstruction, l'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième et le troisième actes sont tarifés à 50 % de leur valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	2	50%
3 ^{ème} acte	2	50%

- d) Pour les actes d'échographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas de l'examen d'organes intra-abdominaux et/ou pelviens et d'un ou plusieurs des organes suivants : sein, thyroïde, testicules. L'acte de guidage échographique ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage échographique. Dans les cas où l'association est autorisée, la règle générale s'applique.

- Associations d'échographies autorisées

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
échographie de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} échographie (cas autorisés)	2	50%

- Actes avec guidage échographique

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte avec guidage échographique	1* ou 2** suivant tarif	100%* ou 50%**
Guidage échographique	2* ou 1** suivant tarif	50%* ou 100%**

* cas où l'acte a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

** cas où le guidage a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

- e) pour les actes de scanographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas où est effectué l'examen conjoint des régions anatomiques suivantes : membres et tête, membres et thorax, membres et abdomen, tête et abdomen, thorax et abdomen complet, tête et thorax, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste. Dans ce cas deux actes au plus peuvent être tarifés et à taux plein. Quand un libellé décrit l'examen conjoint de plusieurs régions anatomiques, il ne peut être tarifé avec aucun autre acte de scanographie. L'acte de guidage scanographique ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage scanographique. Dans ce cas, deux actes au plus peuvent être tarifés et à taux plein.

- Associations d'actes de scanographie autorisées

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
1 ^{er} acte de scanographie	4	100%
2 ^{ème} acte de scanographie (cas autorisés)	4	100%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	4	100%

- Actes avec guidage scanographique

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte avec guidage scanographique	4	100%
Guidage scanographique	4	100%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	4	100%

f) Pour les actes de remnographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé. Un acte de remnographie, à l'exception du guidage remnographique, ne peut être associé à aucun autre acte. Le guidage remnographique ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage remnographique. Dans ce cas, la règle générale s'applique.

- Actes avec guidage remnographique

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte avec guidage remnographique	1* ou 2** suivant tarif	100%* ou 50%**
Guidage remnographique	2* ou 1** suivant tarif	50%* ou 100%**

* cas où l'acte a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

** cas où le guidage a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

g) Dans les cas suivants, plusieurs actes associés peuvent être tarifés à taux plein :

- les actes de radiologie conventionnelle, y compris les suppléments autorisés avec ces actes et le guidage radiologique peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes de radiologie ;
 - Actes de radiologie conventionnelle associés entre eux ou à 1 seul autre acte : le code est 4 pour chacun des actes

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de radiologie conventionnelle	4	100%
Autre acte (1 seul)	4	100%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	4	100%

- Association d'actes de radiologie conventionnelle et de 2 actes relevant de la règle générale

Pour les 2 actes suivant la règle générale, les codes association sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé, 2 pour l'autre acte, pour les actes de radiologie conventionnelle ou les suppléments, le code association est 1. En effet, le code 4 ne peut pas être employé avec un autre code association.

Les exemples ci-dessus concernent également le guidage radiologique, considéré comme un acte de radiologie conventionnelle.

- les actes d'électromyographie, de mesure des vitesses de conduction, d'étude des latences et des réflexes, figurant aux sous-paragraphes 01.01.01.01., 01.01.01.02 et 01.01.01.03 de la Classification commune des actes médicaux du livre II peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes ;
 - Si ces actes sont associés entre eux ou à 1 seul autre acte : le code est 4 pour chacun des actes (idem tableau ci-dessus pour les actes de radiologie conventionnelle)
 - Si ces actes sont associés à 2 actes relevant de la règle générale, pour ceux-ci les codes association sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé, 2 pour l'autre acte ; pour les actes cités ci-dessus ou les suppléments, le code association est 1.
 - les actes d'irradiation en radiothérapie, ainsi que les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein, quel que soit le nombre d'actes ; le code est 4 pour chacun des actes.
 - les actes de médecine nucléaire sont associés à taux plein, deux actes au plus peuvent être tarifés ; le code est 4 pour chacun des actes. Il en est de même si un acte de médecine nucléaire est associé à un autre acte.
 - les forfaits de cardiologie, de réanimation, les actes de surveillance post-opératoire d'un patient de chirurgie cardiaque avec CEC (chapitre 19) et les actes d'accouchements (chapitre 9) peuvent être associés à taux plein à un seul des actes introduits par la note « facturation : éventuellement en supplément ». Le code est 4 pour chacun des deux actes.
- h) Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs en cardiologie en application des articles D. 712-104 et D. 712-115 du code de santé publique, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier médical.
- Deux cas se présentent :
- Deux actes sont réalisés à des moments différents et discontinus de la même journée :
 - Le code association est « 1 » pour l'acte de tarif le plus élevé, hors modificateurs, et « 5 » pour l'autre acte, dont le tarif est à taux plein.

- Une association d'actes est réalisée dans un premier temps et une association d'actes est réalisée dans un deuxième temps, à un moment différent et discontinu de la même journée :

La première séquence d'actes comporte les codes association habituels, en application des règles définies à l'article III-3 du livre III et dans les paragraphes de cette annexe.

La deuxième séquence d'actes comporte le code association « 5 » au lieu de « 1 » pour l'acte de tarif le plus élevé, hors modificateurs, et les codes association habituels pour les autres actes de l'association.

2 actes réalisés à des moments discontinus de la même journée

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	5	100%

Exemple de plus de 2 actes réalisés à des moments discontinus de la même journée

(ex. : premier acte réalisé le matin, les 2^{ème} et 3^{ème} actes réalisés l'après-midi)

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
<u>Premier temps</u>		
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
<u>Deuxième temps</u>		
Acte de tarif le plus élevé	5	100%
2 ^{ème} acte	2	50%

Annexe 3 : Classification des équipements de scanographie, de remnographie (IRM) et de Tomographie à Emissions de Positions (TEP) et activités de référence (article I-14 du Livre I)

1- Scanographie

CLASSIFICATION DES APPAREILS

La classification est établie par année d'installation et tient compte des caractéristiques techniques des appareils.

L'année d'installation de l'appareil est l'année civile pendant laquelle a eu lieu la visite de conformité (prévue par l'article 1. 712-12 du code de la santé publique).

Quand un appareil nouvellement commercialisé n'apparaît pas dans les tableaux de classification suivants, il est classé par défaut en classe 2, jusqu'à la parution d'une classification dans laquelle il est mentionné.

Scanners installés entre le 01-01-1998 et le 31-12-1998

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
ELSCINT	Select SP	Helicat CT Twin	Helicat Flash CT Twin Flash CT RTS CT Gold
GENERAL ELECTRIC	CT Sytec SRi CT Sytec Plus CT Synergy CT Synergy Plus CT Synergy S	CT Prospeed S Fast CT Prospeed SX Power 30	CT Hispeed CTi CT Prospeed SX Advantage CT Prospeed SX Power Hilight
PHILIPS	Tomoscan M Tomoscan M 35 Tomoscan EG Tomoscan EG 35 Tomoscan AV	Tomoscan AV Performance Tomoscan AV - Performance S Tomoscan AV Expander	Tomoscan AV Expander 100 Tomoscan AV Expander 200 Tomoscan AV - Performance S 100
PICKER	IQ IQ Premier IQTC PQSI	PQSV	P 2000 S P 2000 SV P 5000 P 5000 V P 6000 P 6000 SI
SIEMENS	Somatom AR TX Somatom AR Star 40 Somatom AR Star 80	Somatom Plus 4	Somatom Plus 4 Expert Somatom Plus 4 Power
TOSHIBA	Auklet X/Vision/EX-2 X/Vision/EX-3,5	X/Vision/EX 36	X/Press/GX X/Press/GX Aspire CI X/Press/GX 48

Scanners installés entre le 01-01-1999 et le 31-12-1999
(arrêté du 28-06-2000 - JO du 12-07-2000)

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
PICKER	Select SP	MX MX Twin Ultra Z	Ultra Z Pro MX Twin Premium MX Twin Pro MX Twin Pro Ultra P 5000 P 6000 MX 8000 (multicoupes)
GENERAL ELECTRIC	Hi Speed DXI Synergy Plus Synergy Synergy S	Hi Speed FXI Hi Speed DXI Plus Pro Speed S Fast	Light Speed (multicoupes) Hi Speed CTI Pro Hi Speed LXI Hi Speed FXI Power Pro Speed SX Power
PHILIPS	Tomoscan M Tomoscan M 35 Tomoscan EG Tomoscan EG 35	Tomoscan AV - Performance S	Tomoscan AV - Performance S 100 Tomoscan AV - Expander 100 Tomoscan AV - Expander 200
SIEMENS	Somatom AR Star	Somatom Plus 4	Somatom Plus 4 Expert Somatom Plus 4 Power Somatom Plus 4 VZ (multicoupes)
TOSHIBA	Auklet XVision EX-2 XVision EX-3,5 Asteion VF 24	XVision EX 36 Xpress GX Xpress GX 48 Asteion VF 36 Asteion VI	Aquilion Aquilion Multi (multicoupes) Asteion VR Asteion VR Multi (multicoupes) Asteion VI Aspire CI Asteion VI Aspire CI Multi Asteion VI Multi (multicoupes)

Scanners installés entre le 01-01-2000 et le 31-12-2001
(arrêté du 08-07-2003 - JO du 01-09-2003)

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
SIEMENS	Somatom Esprit Somatom Balance Somatom Balance E	Somatom Emotion Somatom Emotion Duo Somatom Emotion Duo E	Somatom Volume Access Somatom Volume Access E Somatom Volume Zoom
PHILIPS	AURA Pack S Tomoscan M Tomoscan M35 Tomoscan EG Tomoscan EG 35	Secura Pack M Aura Pack N	Secura Pack P
GE	HiSpeed DX/i Power HiSpeed DX/i HiSpeed CT/e	HiSpeed NX/i HiSpeed NX/i Power HiSpeed FX/i HiSpeed DX/i Plus	LightSpeed – toutes versions HiSpeed NX/i Pro HiSpeed NX/i Plus HiSpeed ZX/i
PICKER	SELECT SP	ACQSIM - CT ULTRA Z	MX 8000 D MX 8000 D EXT MX 8000 ultra fast
TOSHIBA	AUKLET AUKLET FS ASTEION VF	ASTEION VI.M ASTEION VR.M 48 kW ASTEION VR.M 54 kW ASTEION VR.M 60 kW ASTEION DUAL 36 kW ASTEION DUAL 48 kW	ASTEION MULTI 36 kW ASTEION MULTI 48 kW ASTEION MULTI 54 kW AQUILION MULTI ASTEION D. MULTI AQUILION M

Scanners installés entre le 01-01-2002 et le 31-12-2002
(arrêté du 08-07-2003 - JO du 01-09-2003)

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
SIEMENS	Somatom Esprit Somatom Esprit +	Somatom Balance Somatom Emotion Somatom Emotion Duo Somatom Volume Access	Somatom Sensation 4 SomatomSensation 4 advanced SomatomSensation 16 SomatomVolume Zoom
PHILIPS		AURA S AURA N MX 8000 Dual (48 KW) MX 8000 Dual (60 KW)	MX 8000 Quad MX 8000 IDT
GE	Cte CTe Plus Hispeed Xi D	CTe Dual CTe Dual plus Hispeed Xi F Hispeed Xi Z Hispeed Nxi S Hispeed Nxi Hispeed NXi plus Hispeed NXi Pro Hispeed QXi EBT C300	Hispeed QXxi plus Hispeed QXii Pro LightSpeed S LightSpeed Plus LightSpeed Ultra LightSpeed 16
TOSHIBA	AUKLET ASTEION VF	AUKLET FS ASTEION VF Power ASTEION VI ASTEION VD Dual ASTEION VI.Power ASTEION VR ASTEION VR Power ASTEION VR Power Pro ASTEION VD Dual Power ASTEION Multi Quantum ASTEION Multi ASTEION Multi Power AQUILION Multi Power	ASTEION Multi Power Pro ASTEION Multi Power Pro V2 AQUILION Multi Power 8 AQUILION Multi Power 32

Scanners installés entre le 01-01-2003 et le 31-12-2003
(arrêté du 11-10-2004 - JO du 11-10-2004)

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
SIEMENS	Somatom Smile Somatom Emotion	Somatom Emotion (Power Package) Somatom Emotion DUO Somatom Emotion DUO (Power package) Somatom Emotion 6	Somatom Sensation 4 Somatom Emotion 6 (Power package) Somatom Sensation 10 Somatom sensation 16
PHILIPS		Mx8000 Dual EXP A Mx8000 Dual EXP B Mx8000 Dual EXP C	MX 8000 Quad Mx8000 IDT 10 Mx8000 IDT16
GE	Cte CTe Plus	CTe dual CTe dual plus Hispeed Xi D plus Hispeed Xi F Hispeed Xi Z Hispeed Nxi S Hispeed Nxi Hispeed NXi Plus Hispeed NXi Pro Hispeed QXi EBT C300	Hispeed QXxi plus Hispeed QXii Pro LightSpeed S LightSpeed Plus LightSpeed Ultra LightSpeed 16
TOSHIBA	ASTEION VF	ASTEION VF Power ASTEION VI ASTEION VD Dual ASTEION VR ASTEION VR Power ASTEION VD Dual Power ASTEION Multi Quantum ASTEION Multi ASTEION Multi Power AQUILION Multi	ASTEION Multi Power Pro ASTEION Multi Power Pro V2 ASTEION Multi Power 6 AQUILION Multi Power 8 AQUILION Multi Power 10 FX AQUILION Multi Power 32 AQUILION Multi Power 32 CFX

Scanners installés entre le 01-01-2004 et le 31-12-2004

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
SIEMENS	Somatom Emotion	Somatom Emotion Power Somatom Emotion DUO Somatom Emotion DUO Power Somatom Emotion 6	Somatom Emotion 6 Power Somatom Sensation 10 Somatom sensation 16 Somatom Sensation 16 Speed 4D Somatom Sensation 64 Somatom Open
PHILIPS		Mx8000 Dual EXP A Mx8000 Dual EXP B Mx8000 Dual EXP C AcSim CT	Mx8000 Quad Mx8000 IDT 10 Mx8000 IDT16
GE Healthcare	CTe Plus	CTe dual Pro Hispeed Nxi Hispeed NXi Pro Hispeed QXi LighSpeed QXi EBT C300	LightSpeed Plus LightSpeed RT LightSpeed Ultra LightSpeed Ultra evolution LightSpeed 16 LightSpeed 16 Pro 80 LightSpeed 16 Pro 100 LightSpeed 32 LightSpeed 64
TOSHIBA	ASTEION VF	ASTEION VF Power ASTEION S4 ASTEION S4 Multi Power AQUILION S4	ASTEION S4 Multi Power 6 ASTEION S4 Multi Power Pro ASTEION S4 Multi Power Pro V2 AQUILION S4 Power AQUILION S4 FX Power AQUILION S8 Power AQUILION S8 FX Power AQUILION S16 AQUILION S16 CFX AQUILION Matrix 32 AQUILION Matrix 32 CFX

ACTIVITÉS DE RÉFÉRENCE ANNUELLES

Les seuils d'activité de référence doivent être appliqués par année civile. Par conséquent, le décompte du nombre d'actes débute le 1er janvier de l'année concernée et s'achève le 31 décembre de la même année.

Lorsque l'installation de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des actes débute lors du premier acte présenté au remboursement effectué sur l'appareil et s'achève au 31 décembre de l'année d'installation. Au-delà de l'activité de référence, le forfait réduit doit être appliqué, que l'appareil soit ou non amorti.

Matériels installés avant le 01-08-1991

Activité de référence	10 000
-----------------------	--------

Matériels installés entre le 01-08-1991 et le 31-12-1994

Activité de référence	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6
Paris	4 550	5 550	6 550	6 550	7 050	7 550
Région Parisienne	4 200	5 200	6 200	6 200	6 700	7 200
Province	4 000	5 000	6 000	6 000	6 500	7 000

Matériels installés entre le 01-01-1995 et le 31-12-1996

Activité de référence	Classe 1	Classe 2	Classe 3
Paris	4 550	5 550	7 050
Région Parisienne (hors PARIS)	4 200	5 200	6 700
Province	4 000	5 000	6 500

Matériels installés entre le 01-01-1997 et le 31-12-2005

(arrêtés du 28-06-2000, 08-07-2003 et du 11-10-2004 - JO du 12-07-2000, du 07-09-2003 et du 21-11-2004)

Activité de référence	Classe 1	Classe 2	Classe 3
Paris	3 500	5 700	6 700
Région Parisienne (hors PARIS)	3 200	5 350	6 350
Province	3 000	5 000	6 000

2- Imagerie par résonance magnétique

La classification des appareils d'IRM est établie suivant la puissance de l'aimant exprimée en tesla.

Les seuils d'activité de référence doivent être appliqués par année civile. Par conséquent, le décompte du nombre d'actes débute le 1er janvier de l'année concernée et s'achève le 31 décembre de la même année

Lorsque l'installation de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des actes débute lors du premier acte présenté au remboursement effectué sur l'appareil et s'achève au 31 décembre de l'année d'installation.

Au-delà de l'activité de référence, le forfait réduit doit être appliqué, que l'appareil soit ou non amorti.

Seuils d'activité de référence annuelle pour l'ensemble des matériels installés quelle que soit leur date d'installation

Puissance de l'appareil (<i>en tesla</i>)	< 0,5 T	0,5 T	> 0,5 T et < 1,5 T	1,5 T
Activités de référence	3 500	4 000	4 000	4 500

3- Tomographes à Emission de Positons (TEP)

La classe 1 regroupe les tomographes à émission de positons permettant la correction d'atténuation par une(des) source(s) radioactive(s) uniquement (TEP).

La classe 2 regroupe les tomographes à émission de positons couplés à un tomodensitomètre permettant la correction d'atténuation par des rayons X (avec ou sans source(s) radioactive(s)) et la localisation anatomique (TEP-TDM).

CLASSIFICATION DES TOMOGRAPHES A EMISSION DE POSITONS

Classe d'appareils	Classe 1	Classe 2
Type d'appareils	TEP	TEP-TDM

L'activité de référence annuelle est de 1000 actes, quelle que soit la classe d'appareil.

Le seuil d'activité de référence doit être appliqué par année civile. Par conséquent, le décompte du nombre d'actes débute le 1er janvier de l'année concernée et s'achève le 31 décembre de la même année.

Lorsque l'installation de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des actes débute lors du premier acte présenté au remboursement effectué sur l'appareil et s'achève au 31 décembre de l'année d'installation.

Au-delà de l'activité de référence, le forfait réduit doit être appliqué, que l'appareil soit ou non amorti.