



L'INDEX RHUMATOLOGIQUE DE LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX (CCAM) TECHNIQUES

NOUVELLE EDITION À partir de la version 6 de la CCAM technique (Septembre 2006)

Wyeth

On ne sera jamais trop nombreux pour prendre soin de notre époque

SFR
société française
de rhumatologie

SNMR
Syndicat National des Médecins Rhumatologues

CFMR
Collège
Français
des Médecins
Rhumatologues

Remerciements

*Au Syndicat National des Médecins Rhumatologues et
notamment à son président, le Dr. Jean-Philippe SANCHEZ*

*A la Société Française de Rhumatologie qui s'associe en
partenariat avec le Syndicat*

*A Wyeth Pharmaceuticals France
pour leur soutien institutionnel*



Édité par le Syndicat National des Médecins Rhumatologues

6 quai Paul Wiltzer • 57000 METZ

Site web : www.snmr.org

Rédacteur : Dr. Milka Maravic

Hôpital Léopold BELLAN, Département d'Information Médicale, Paris

(milka.maravic@bellan.fr, milka-maravic@noos.fr)

Conception/Réalisation : [Elixir](#)

PRÉFACE

En moins d'un an et demi et depuis le 16 septembre 2006, nous en sommes à la 6^e version évolutive de la CCAM technique ! Plusieurs adaptations concernent notre activité. Parmi les plus remarquables, citons une grande première en rhumatologie qui consiste en la possibilité d'associer un acte clinique à un acte technique d'ostéodensitométrie, reconnaissant ainsi le rôle d'expert du rhumatologue. Par ailleurs, il est désormais possible d'associer un acte technique à visée diagnostique et un acte à visée thérapeutique sur un même site.

Dans une période de démographie décroissante, ces avancées n'ont pu être obtenues que parce que nous avons su serrer les rangs . De la même manière, il faut nous lancer tous ensemble de façon coordonnée dans les actions d'évaluations des pratiques que nous soyons libéraux, hospitaliers ou salariés. Tous les efforts développés par la Société Française de Rhumatologie et par le Syndicat National des Médecins Rhumatologues ces derniers mois visent à faciliter la tâche de chacun dans un objectif commun d'amélioration de la qualité de nos pratiques rhumatologiques.

C'est aussi le sens véritable que nous voulons donner à la fondation du tout récent « Collège Français des Médecins Rhumatologues », que l'on ne connaîtra bientôt plus que sous le nom de « LE COLLEGE ». Le Collège est d'ores et déjà prêt à recueillir l'adhésion de tous les rhumatologues qui souhaitent – par lui – évaluer leurs pratiques et remplir ainsi leurs obligations de formation continue.

Le premier cycle de cinq ans est déjà en marche... Suivons le mouvement vers la qualité en évaluant nos actes.

Les sites Internet de la Société savante (<http://www.rhumatologie.asso.fr/03-Services/nomenclature/OA-CCAM.asp>) et du Syndicat (<http://www.snmr.org/>) sont mobilisés pour faciliter l'utilisation de ce Livret. Ils mettent en ligne un diaporama reprenant les points essentiels du livret sur la CCAM technique. Il décrit les étapes de la mise en œuvre de la CCAM ainsi que son contenu et son utilisation pratique au quotidien, à l'aide d'exemples illustrés de codage et de tarification des actes. L'index rhumatologique de la CCAM est un outil dédié pour le rhumatologue, qui lui permettra de retrouver plus facilement les actes qui le concernent grâce à une présentation par typologie et par localisation anatomique.

Qu'est-ce qui change dans nos pratiques de la codification des actes ?

La mise en œuvre concomitante du parcours de soins et de la CCAM tarifante n'a pas été sans conséquence sur l'activité du rhumatologue, notamment en milieu libéral. Le codage en CCAM est désormais obligatoire et la coexistence avec la codification des actes en nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) est terminée SAUF pour les actes communs avec les auxiliaires médicaux. Contrairement à ce qui a été dit et malgré la rupture complète avec l'ancien système de codage, il existe bien une revalorisation progressive de nos actes de base dans cette CCAM « transitoire ». Ils atteindront leur valeur théorique dans 5 ans si nous voulons bien remplir nos engagements de maîtrise médicalisée.

Un grand merci à Milka Maravic et à son groupe Nomenclature & CCAM pour le travail de recensement, d'actualisation et d'explication. Merci au Laboratoire Wyeth pour permettre la plus large diffusion de ce document.

Philippe ORCEL

Président du CFMR et Secrétaire de la SFR

Jean Philippe SANCHEZ

Président du SNMR

1. SOMMAIRE

1. Sommaire	7
2. Avant-propos	9
3. Le parcours de soins	9
3.1 Introduction	9
3.2 Modalités de facturation de l'acte intellectuel	11
3.2.1 L'avis ponctuel, condition de facturation du C2	11
3.2.2 Patient âgé de plus de 16 ans	12
3.2.3 Patient âgé de moins de 16 ans	13
3.2.4 Le rhumatologue est le médecin traitant déclaré du patient	13
4. La classification commune des actes médicaux	14
4.1 Contexte	14
4.2 Objectif	15
4.3 Construction	15
4.4 Contenu	16
4.4.1 Organisation	16
4.4.2 Conventions d'écritures des libellés	17
4.4.3 Index rhumatologique de la CCAM	19
4.5 Propriétés	20
4.6 Notion d'acte global	21
4.7 Différents codes d'un acte	22
4.7.1 Codes obligatoires	22
4.7.2 Codes facultatifs	24
4.7.3 Gestes complémentaires ou suppléments de rémunération	31
4.7.4 Actes isolés	31
4.8 Prise en charge des actes	32
4.9 Compte-rendu	32
4.9.1 Principe général	32
4.9.2 Cas particulier des actes utilisant des rayonnements ionisants	33
4.10 Avis de la Haute Autorité de Santé	34
4.11 Tarif de l'acte	35
5. Exemple de tarification sur la feuille de maladie actuelle	37
5.1 Patient vu dans le cadre du parcours de soins, pour un avis non ponctuel, pour un secteur 1	38
5.2 Patient vu dans le cadre du parcours de soins, pour un avis non ponctuel, pour un secteur 2 ayant opté pour l'option de coordination	55
5.3 Patient vu hors parcours de soins pour un secteur 1	55
5.4 Patient vu en dehors du parcours de soins pour un secteur 2 ayant opté pour la coordination ou vu ou non dans le cadre du parcours de soins pour un secteur 2	57

5.5	Cas particulier de l'ostéodensitométrie	57
6.	L'index rhumatologique de la CCAM	63
6.1	Exploration neurologique	63
	Electromyographie	64
	Mesure de vitesse de conduction motrice et sensitive	65
	Mesure de latence et des réflexes	66
6.2	Imagerie (geste exclu)	66
	Radiographie	67
	Arthrographie	72
	Échographie	74
	Ostéodensitométrie	74
6.3	Bilan fonctionnel	75
6.4	Ponction, Biopsie	77
6.5	Arthroscopie	82
6.6	Réduction orthopédique	86
6.7	Mobilisation articulaire	90
6.8	Traction, élongation, manipulations vertébrales	91
6.9	Évacuation, drainage, exérèse, perforation, aponévrotomie	92
	Évacuation	93
	Drainage	94
	Exérèse	95
	Perforation	95
	Aponévrotomie	95
6.10	Destruction, thermocoagulation	96
6.11	Injection, infiltration, synoviorthèse et cimentoplastie	97
	Injection	98
	Infiltration	100
	Synoviorthèse	102
	Cimentoplastie	102
6.12	Algologie	103
	Infiltration anesthésique	103
	Autres actes d'algologie	104
6.13	Appareillage	105
6.14	Gestes complémentaires et suppléments de rémunération	110
	Gestes complémentaires	110
	Suppléments de rémunération	111
6.15	Actes isolés	112
6.16	Actes de la NGAP	113

2. AVANT-PROPOS

Fort de l'expérience du premier livret sur l'index rhumatologique de la classification commune des actes médicaux (CCAM) et suite aux modifications qui bouleversent notre système de santé, il a semblé important de remettre à jour les données du changement pour la rhumatologie en y intégrant les nouvelles données du parcours de soins.

Ce livret destiné aux rhumatologues a été élaboré à partir des documents officiels disponibles sur le site de l'assurance maladie relatifs aux règles du parcours de soins (<http://www.ameli.fr/281/RUB/281/omb.html>) et de la version 6 de la CCAM applicable depuis le 16 septembre 2006 (<http://www.ameli.fr/77/RUB/77/omb.html>).

Les rhumatologues retrouveront cette nouvelle édition sur le site du SNMR (<http://www.snmr.org>) ou de la SFR (<http://www.rhumatologie.asso.fr>).

3. LE PARCOURS DE SOINS

3.1 Introduction

Le parcours de soins a été mis en place en France depuis le 1er juillet 2005. Il propose à chaque citoyen la possibilité de déclarer son médecin traitant auprès de sa caisse d'assurance maladie. Le médecin traitant peut être un médecin généraliste ou un médecin spécialiste.

Le patient peut consulter un rhumatologue dans le cadre de son parcours de soins (c'est-à-dire après déclaration de son médecin traitant auprès de sa caisse d'assurance maladie, le médecin traitant déclaré pouvant être le rhumatologue) ou en dehors du parcours de soins.

Les règles d'application du parcours de soins diffèrent en fonction de plusieurs paramètres :

- La déclaration ou non du médecin traitant par le patient ;
- Le fait d'être ou non le médecin traitant déclaré au patient ;
- L'âge du patient ;
- La typologie de la consultation : acte intellectuel, acte intellectuel associé à un ou plusieurs actes techniques diagnostiques et/ou thérapeutiques ;
- Le type d'avis donné : ponctuel ou non si le patient est dans le cadre du parcours de soins ;

- Le secteur conventionnel du médecin ;
- Certaines situations liées à la situation d'urgence, médecin traitant remplacé ou hors résidence habituelle. L'accès direct spécifique ne concerne pas la spécialité.

L'information relative à la coordination est représentée dans la partie dédiée à cet effet sur la feuille de soins ci-dessous. Il faudra renseigner et/ou cocher les informations relatives au parcours de soins.

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case ①				
si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous (s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante) nom et prénom du médecin traitant : ← ⑥				
accès direct spécifique ③	urgence ④	hors résidence habituelle ⑤	médecin traitant remplacé ⑥	accès hors coordination ⑦

- ① Pour le cas, où au cours de la consultation, on devient le médecin traitant du patient qui se chargera de la transmission de l'information à son centre de sécurité sociale (code télétransmission MTN) ;
- ② Nom et Prénom du médecin traitant déclaré à compléter dans la situation d'un patient vu dans le cadre du parcours de soins (code MTO pour patient orienté par médecin traitant pour la télétransmission) ;
- ③ Accès direct spécifique, ne concerne pas la rhumatologie ;
- ④ Patient vu en urgence, urgence qui sera définie ultérieurement (code MTU pour la télétransmission) ;
- ⑤ Pour un patient vu hors résidence habituelle lorsque le rhumatologue est le médecin traitant déclaré du patient (code MTH) ;
- ⑥ En cas de médecin traitant remplacé lorsque le rhumatologue est le médecin traitant déclaré du patient (code MTR) ;
- ⑦ Accès hors coordination ou en dehors du parcours de soins (code HCS).

Le parcours de soins sera présenté selon la typologie de la consultation :

1. Réalisation d'un acte intellectuel couplé à un acte technique (ou plusieurs) mais ce dernier ne sera pas facturé en raison d'un tarif inférieur à celui de la consultation ou ne fait pas partie d'une association autorisée ;
2. Réalisation d'un acte intellectuel couplé à un acte technique (ou plusieurs) mais la consultation ne sera pas facturée en raison d'un tarif inférieur à celui du ou des actes réalisés ;

3. Réalisation d'actes intellectuel et technique dont l'association en terme de facturation est autorisée.

Nous n'aborderons dans ce chapitre que le point 1, les deux autres points seront traités dans le chapitre spécifique à l'index rhumatologique de la CCAM.

3.2 Modalités de facturation de l'acte intellectuel

Le contexte de cette facturation concerne la réalisation d'un acte intellectuel avec ou sans actes techniques, ces derniers ne pouvant être facturés en raison d'un tarif inférieur à la consultation ou n'étant pas autorisé pour être associé à un acte intellectuel.

Seront définies dans un premier temps les conditions d'utilisation de l'avis ponctuel (ou du C2), puis les modalités de facturation de l'acte intellectuel en fonction de l'âge du patient lorsque le médecin traitant déclaré n'est pas le rhumatologue.

3.2.1 L'avis ponctuel, condition de facturation du C2

L'avis ponctuel est facturé sous la forme d'un « C2 » pour toute consultation du médecin spécialiste quel que soit la filière de formation et le mode d'exercice (en cabinet ou en établissement de santé) à la condition de se conformer aux règles suivantes :

- Consultation faite sur demande explicite du médecin traitant déclaré du patient en sachant que **la demande écrite du médecin traitant n'est pas obligatoire** ;
- Patient **non reçu dans les 6 mois précédant la consultation pour la même demande et non amené à être revu dans les 6 mois suivants** ;
- **Courrier transmis au médecin traitant** avec apparition claire de la **notion d'adressage** avec les propositions thérapeutiques dont il se chargera d'en surveiller l'application (l'ordonnance de mise en route de traitement ou de demande d'examens complémentaires pouvant être initiée par le spécialiste).

Il est possible de facturer un second « C2 » pour un patient vu dans les 6 mois précédents, à la condition que le médecin traitant déclaré en ait fait la demande express auprès de la caisse et qu'il s'agisse d'un avis sur le même problème de santé pour lequel l'avis d'un autre médecin de la même spécialité est à nouveau sollicité.

Cas particulier, les professeurs des universités-praticiens hospitaliers en activité agissant à titre de consultant à la demande du médecin traitant facturent cet avis ponctuel sous la forme d'un C3.

3.2.2 Patient âgé de plus de 16 ans

Le tableau 1 décrit les modalités de facturation de la consultation d'un patient de plus de 16 ans vu ou non dans le cadre du parcours de soins et en fonction du secteur conventionnel du rhumatologue. Il est rappelé que le rhumatologue n'est pas le médecin traitant du patient.

	Parcours de soins	Hors parcours de soins
Secteur 1 ou 2 ayant opté pour la coordination	<p>Avis ponctuel (lettre) C2 = 42 €</p> <p>Avis non ponctuel CS + MPC + MCS = 23 + 2 + 3 = 28 €</p>	<p>Secteur 1 CS + MPC + DA = 23 + 2 + 8 = 33 € (valable pour CMU)</p> <p>Secteur 2 voir ci-dessous</p>
Secteur 2 *	<p>Avis ponctuel: C2 (tarif libre) Avis non ponctuel: CS (tarif libre) Pour CMU/AME: CS + MPC + MCS = 28 €</p>	<p>CS (tarif libre) Pour CMU: CS + MPC + dépassement Pour AME: CS + MPC + MCS = 28 €</p>

AME: aide médicale d'état, CMU: couverture médicale universelle, CS: consultation spécialisée, MCS: majoration pour la coordination, MPC: majoration préexistante (non cumulable avec un dépassement exceptionnel), DA: dépassement autorisé

* tarif libre avec tact et mesure

Concernant le patient vu dans le cadre du parcours de soins :

- Il faut renseigner sur la feuille de soins le nom du médecin traitant déclaré ou renseigner le code MTO lors de la télétransmission.
- **Il est recommandé de transmettre un courrier au médecin traitant déclaré afin d'améliorer la coordination des soins et le suivi du patient.**
- Pour bénéficier des tarifs du parcours de soins, les patients sous couverture médicale universelle doivent avoir entrepris les démarches de déclaration du médecin traitant auprès de leur caisse d'assurance maladie.
- Les patients ayant une aide médicale d'état sont considérés comme étant dans le parcours de soins.

Concernant le patient vu en dehors du parcours de soins :

- Le montant des honoraires en dépassement autorisé, en cas d'un patient vu en dehors du parcours de soins pour un rhumatologue en secteur 1 ou en secteur 2 ayant opté pour l'option de coordination des soins, ne pourra représenter plus de 30 % de l'activité globale (=consultations et actes techniques).
- **Le rhumatologue sera en droit de réclamer le montant du dépassement pour tout patient sous couverture médicale universelle n'ayant pas déclaré son médecin traitant.**

- Il n'est pas autorisé de réclamer un dépassement au patient sous aide médicale d'état s'il est vu en dehors du parcours de soins.

Concernant un patient vu en urgence :

- L'urgence se définit comme une prise en charge du patient pour une situation non prévue 8 heures avant, réalisée entre 20h et 8h, le dimanche ou un jour férié, pour une affection ou une suspicion d'une affection mettant en danger la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles.
- Le tarif de la consultation en secteur 1 est de 25 euros (CS + MPC + MCS). Le code de coordination dans ce cas-là pour la télétransmission est MTU.

3.2.3 Patient âgé de moins de 16 ans

Le tableau 2 décrit les modalités de facturation de la consultation d'un patient de moins de 16 ans.

Tableau 2 - Modalités de la facturation de la consultation chez les patients de moins de 16 ans en fonction du secteur conventionnel	
Secteur 1	Avis ponctuel (lettre) : C2 = 42 € Avis non ponctuel : CS + MPJ = 23 +5 = 28 €
Secteur 2 Tarif libre avec tact et mesure	Avis ponctuel : C2 Avis non ponctuel : CS Pour CMU, AME : CS + MPJ ou C2 : 28 ou 42 €

AME : aide médicale d'état, CMU : couverture médicale universelle, CS : consultation spécialisée, MPJ : majoration applicable pour les moins de 16 ans, * tarif libre avec tact et mesure

3.2.4 Le rhumatologue est le médecin traitant déclaré du patient

Lors de la première consultation où le rhumatologue devient le médecin traitant déclaré, il doit impérativement cocher la case sur la feuille de soins correspondant à cette situation ou renseignera le code MTN lors de la télétransmission. Cette opération n'est valable que pour la première consultation.

Le patient doit renvoyer la feuille de déclaration remplie et signée par le rhumatologue et par lui-même à son centre d'assurance maladie. Le formulaire de déclaration est téléchargeable sur le site suivant <http://www.ameli.fr/formulaire/S3704.pdf>.

Lors des consultations ultérieures, le rhumatologue n'aura rien à renseigner sur la feuille de soins ou lors de la télétransmission. Certaines règles liées au parcours de soins en cas de

médecin traitant remplacé (code MTR) ou en cas de patient vu hors résidence habituelle (code MTH) pourront s'appliquer selon le contexte. La notion de médecin traitant remplacé correspond à la situation où le patient consulte un autre rhumatologue à la place du rhumatologue qu'il a déclaré et qui est absent. Le patient est dans ce cas-là dans le parcours de soins.

Lorsque le rhumatologue est le médecin traitant déclaré du patient, il ne peut facturer les majorations suivantes : MCS, MPJ, DA.

Il remplira pour un patient justifiant d'une affection de longue durée (ALD) le formulaire administratif prévu à cet effet et percevra pour ce patient une rémunération de 40 euros par an.

4. LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX

4.1 Contexte

La CCAM technique fait partie de la classification commune des actes des professions de santé. Elle remplace la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) en grande partie et le catalogue des actes médicaux (CdAM).

La NGAP comprenait jusqu'à présent une liste d'actes médicaux affectés de lettres-clés et de coefficients utilisés dans le cadre de la cotation de l'activité ambulatoire publique et privée dans un objectif de tarification. Elle commençait à devenir obsolète, incomplète, mal hiérarchisée et source de distorsion tarifaire.

Elle est remplacée par la CCAM technique sauf pour :

- Les actes d'anatomocytopathologie ;
- Les actes de prélèvements réalisés par les médecins biologistes ;
- Les actes de pratique thermale ;
- Les actes de chimiothérapie anticancéreuse ;
- Les actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux ;
- Les actes communs aux médecins et aux auxiliaires médicaux ;
- Les actes dentaires communs aux médecins et aux chirurgiens dentistes ;
- Et, les actes dentaires communs aux médecins et chirurgiens dentistes, tels que les radiographies dentaires, lorsqu'ils sont réalisés par des médecins stomatologistes.

Le CdAM comprenait une liste d'actes médicaux techniques codés et valorisés en terme d'indice de coût relatif (degré de mobilisation des ressources humaines et matérielles directement nécessaires à leur réalisation dans les règles de l'art) utilisés dans le codage des séjours hospitaliers dans le cadre du programme de médicalisation du système d'information (PMSI). Comme la NGAP, cet outil présentait également des défauts ; était incomplet, hétérogène dans sa description et redondant pour certains actes.

Compte tenu de l'imperfection relative de ces deux outils, il a été décidé de mettre en place un outil unique répondant au double objectif de description et de tarification de l'activité médicale.

4.2 Objectif

Par son caractère descriptif, la CCAM permet de mieux connaître l'activité médicale quel que soit le mode d'exercice et d'éclairer les décisions à prendre en terme de politique de santé.

Par son caractère tarifaire, elle définit les bases :

- du versement des honoraires aux professionnels de santé ;
- et du paiement à l'activité des établissements de santé.

Ainsi, elle permettra de rééquilibrer de façon équitable les honoraires entre les différentes spécialités pour une meilleure distribution des ressources allouées pour l'activité ambulatoire.

Pour l'activité hospitalière, la CCAM intervient dans la tarification à l'activité en adéquation avec les groupes homogènes de malades (classification médico-économique des séjours hospitaliers en fonction des informations médicales mentionnées).

4.3 Construction

Les libellés de la CCAM ont été élaborés par les experts hospitaliers et libéraux (désignés par les sociétés savantes) en partenariat avec le pôle nomenclature de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH).

Une hiérarchisation des actes a été élaborée dans un premier temps en intra spécialité puis en inter spécialité. Ces travaux ont été gérés par le pôle nomenclature de la CNAM. La hiérarchisation du travail a mobilisé 1 000 experts des sociétés savantes.

Pour la hiérarchisation intra spécialité, un acte dit « de référence » sert d'unité de mesure à tous les actes de la spécialité (pour la rhumatologie, il s'agissait de la ponction du genou). Le travail médical, combinaison de 4 composantes (la durée, la compétence technique, le stress et l'effort mental nécessaire à sa réalisation) est mesuré pour chaque acte par un « score » en points travail. Par convention, le travail de l'acte de référence est fixé à 100. Le travail de tous les autres actes est évalué par rapport à la valeur 100 de l'acte de référence. On aboutit ainsi à une échelle par spécialité.

Pour la hiérarchisation inter spécialités, des actes liens ont été identifiés, c'est-à-dire des actes équivalents en terme de travail médical entre les différentes spécialités. Ces actes ont été utilisés pour le croisement entre 2 spécialités. Chaque spécialité a été croisée en moyenne avec 3 ou 4 autres. Les scores de points travail des actes liens ont été égalisés selon la méthode de maximisation sous contrainte, permettant de disposer d'une échelle unique de l'ensemble des actes de toutes les spécialités. En effet, chaque acte garde sa position dans sa hiérarchie initiale mais sa valeur en points travail a été réajustée du fait de la hiérarchisation inter spécialités. Ceci a été validé par une étude de l'intensité de chaque acte évaluée par le travail médical à la minute.

4.4 Contenu

4.4.1 Organisation

La CCAM décrit les actes médicaux techniques par grands appareils (tableau 3). Elle sera complétée par la future CCAM clinique qui décrira comme son nom l'indique les actes médicaux cliniques et qui est prévue pour 2006.

Les chapitres 1 à 17 de la CCAM se déclinent par différents appareils comprenant des actes :

- diagnostiques classés selon la technique utilisée (de la plus simple à la plus compliquée) et la topographie (craniocaudale, proximodistale, sens du flux) ;
- et thérapeutiques classés selon la topographie puis l'action (de la moins à la plus invasive ou de complexité croissante).

Le chapitre 18 contient les anesthésies complémentaires et les gestes complémentaires qui sont associés à une liste d'actes identifiés dans les chapitres 1 à 17. Le chapitre 19 contient les actes isolés et les suppléments de rémunération créés pour la CCAM permettant la transition entre NGAP et CCAM, ainsi que les modificateurs, qui seront définis ultérieurement.

Tableau 3 – Plan général de la classification commune des actes médicaux (CCAM)

Chapitre	Système anatomique
1	Système nerveux central, périphérique et autonome
2	Œil et ses annexes
3	Oreille
4	Système cardiaque et vasculaire
5	Système immunitaire et hématopoïétique
6	Système respiratoire
7	Système digestif
8	Système urogénital
9	Actes concernant la procréation et la grossesse
10	Système endocrine
11	Système ostéo-articulaire et musculaire de la tête
12	Système ostéo-articulaire et musculaire du cou et du tronc
13	Système ostéo-articulaire et musculaire du membre supérieur
14	Système ostéo-articulaire et musculaire du membre inférieur
15	Système ostéo-articulaire et musculaire corps entier
16	Système tégumentaire
17	Actes « sans localisation »
18	Anesthésies complémentaires et gestes complémentaires
19	Adaptation pour la CCAM transitoire

4.4.2 Conventions d'écritures des libellés

Les conventions d'écriture des libellés sont importantes à connaître pour la compréhension des libellés et sont énumérées ci-dessous avec des exemples fournis à partir de l'index rhumatologique.

Chaque acte est identifié par un code principal et son libellé comme on le verra plus tard. D'autres informations peuvent être associées à un acte, elles seront vues ultérieurement. Pour la compréhension de ce chapitre, nous ne donnerons essentiellement que le code principal et le libellé de chaque acte.

L'emploi de l'article partitif « de »

L'article partitif « de » a le sens de « quel qu'en soit le nombre ». En effet, pour l'acte (code principal, libellé) :

LHLB001	« Infiltration thérapeutique d'articulation vertébrale postérieure, par voie transcutanée sans guidage »
---------	--

Qu'une ou plusieurs articulations fassent l'objet d'une infiltration, l'acte ne pourra être codé qu'une seule fois.

L'emploi de « un » comme adjectif numéral

Le terme « un » est employé comme adjectif numéral et non comme un article indéfini ; il a le sens de « un seul ». Un exemple dans notre spécialité est l'acte :

MHMP007	« Confection d'une orthèse statique d' <u>un</u> doigt ».
---------	---

Il est à opposer à la convention d'écriture suivante.

L'indication numérique

Quand le libellé propose une indication numérique tel un nombre, une dimension, une surface ou les termes « plusieurs » ou « multiples » ; il faut utiliser le libellé correspondant le plus exactement à la totalité des gestes effectués au cours de l'acte. C'est par exemple, en opposition à l'exemple précédent :

MHMP002	« Confection d'une orthèse statique de <u>2</u> doigts » ;
MHMP003	« Confection d'une orthèse statique de <u>3</u> doigts ou plus ».

La conjonction « et »

Dans certains libellés, la conjonction « et » remplace la préposition « avec ». Elle en garde le sens inclusif obligatoire. On a ainsi l'acte :

AHQP003	« Mesure des vitesses de conduction motrice <u>et</u> de l'amplitude des réponses musculaires de 2 à 4 nerfs, sans étude de la conduction proximale ».
---------	--

La conjonction « ou »

Elle introduit une proposition alternative et est employée avec un sens exclusif. C'est par exemple l'acte :

PBQM002	« Échographie unilatérale <u>ou</u> bilatérale d'une articulation ».
---------	--

L'expression « et/ou »

Elle permet de coder une ou plusieurs actions avec le même libellé. On retrouve ainsi l'acte :

MGMP002	« Confection d'un appareil rigide d'immobilisation du poignet <u>et/ou</u> de la main ».
---------	--

La ponctuation

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

Les notes d'utilisation

Elles précisent le contenu technique des actes décrits ou leurs conditions d'utilisation, des informations supplémentaires pouvant accompagner les libellés. Dans le document officiel, elles sont situées soit sous les libellés en italique (on les retrouvera de la même façon dans l'index rhumatologique de la CCAM), soit en tête de chapitre ou de subdivision si elles sont d'ordre général (on les retrouvera en tête de chapitre de chaque typologie d'actes de l'index).

Ces notes peuvent être :

- **Explicatives.** Elles décrivent les conditions d'utilisation des libellés ou le contenu des actes de la subdivision : « Par segment de la colonne vertébrale, on entend : la portion cervicale, la portion thoracique, la portion lombale ou la portion sacrale de la colonne vertébrale. »
- **Indicatives.** Il s'agit d'exemples non limitatifs figurant sous les libellés en italique :

AFLB007	« Injection thérapeutique périurale [épidurale] d'agent pharmacologique sans guidage » <i>Injection périurale par le hiatus sacral</i>
---------	---

- **D'exclusion.** C'est une précision des conditions de non utilisation du libellé au niveau des titres ou des libellés. Ces notes sont limitatives.

AHLB012	« Infiltration thérapeutique du nerf profond d'un membre, sans guidage »
	<i>À l'exclusion de : infiltration thérapeutique :</i> <ul style="list-style-type: none">- <i>du nerf médian dans le canal carpien (AHLB006) ;</i>- <i>d'un nerf profond dans un canal ostéofibreux, sans guidage (AHLB004).</i>

- **De prise en charge.** Elles définissent les conditions de remboursement de l'acte quant aux conditions de réalisation, d'indications médicales, d'environnement, et de facturation. On a par exemple :

LHRP001	« Séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale »
	<i>Indication : affection mécanique du rachis</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>

4.4.3 Index rhumatologique de la CCAM

Pour ce qui concerne la rhumatologie, le groupe nomenclature de la Société Française de Rhumatologie a sélectionné à partir des différents chapitres de la CCAM une liste d'actes couvrant le champ de notre spécialité quel que soit le type d'exercice. Il s'agit de l'index rhumatologique de la CCAM.

La présentation des actes sera différente de celle que l'on trouvera dans les documents officiels. Elle se fera selon :

- **Un critère principal, la typologie de l'acte :**

- Exploration neurologique,
- Imagerie (geste exclu),
- Bilan fonctionnel articulaire,

- Ponction, biopsie,
- Arthroscopie,
- Réduction orthopédique,
- Mobilisation articulaire,
- Évacuation, drainage, exérèse, perforation, apénovrotomie,
- Destruction, thermocoagulation,
- Traction, élongation, manipulation,
- Injection, infiltration, cimentoplastie,
- Algologie,
- Appareillage.

• **Un critère secondaire, s'il y a lieu, la localisation :**

- tête/cou,
- tronc,
- membre supérieur,
- membre inférieur,
- corps entier,
- et sans mention de topographie.

Les rhumatologues retrouveront les mêmes informations que celles disponibles sur le document officiel. Le choix de cette présentation nous a semblé plus adapté et permettra au rhumatologue de retrouver plus facilement les actes qui concernent son champ d'activité.

En dernière partie de l'index, on retrouvera les suppléments de rémunération, les gestes complémentaires (actes non rhumatologiques comme on le verra) et les actes isolés que l'on définira ultérieurement.

4.5 Propriétés

La CCAM technique est une classification exhaustive, bijective, non ambiguë, maniable et évolutive :

- **Exhaustive**, elle répertorie l'ensemble des actes médicaux diagnostiques et thérapeutiques.
- **Bijective**, pour chaque libellé correspondra un et un seul code et inversement.
- **Non ambiguë**, elle définit clairement par le libellé chaque acte auquel il correspond.

- **Maniable**, son utilisation est simple et est utilisable par tous les professionnels.
- **Évolutive**, elle s'adaptera à l'évolution des pratiques et des progrès techniques de la médecine.

4.6 Notion d'acte global

Chaque libellé de la CCAM 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.

Il ne peut être codé qu'à l'issue de sa complète réalisation. Si l'acte thérapeutique initialement prévu n'a pu être réalisé dans son intégralité, il faut coder l'acte effectivement réalisé.

Si les conditions de réalisation de l'acte ne prévoient qu'un seul médecin et que plusieurs médecins participent à sa réalisation, l'acte ne pourra être codé et facturé qu'une seule fois.

Les gestes complémentaires, les actes de guidage et les suppléments de rémunération autorisés avec certains actes ne peuvent être tarifés seuls.

Pour un acte chirurgical non répétitif réalisé 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 :

- les actes habituels en lien direct avec l'intervention (en dehors de la consultation au cours de laquelle est posée l'indication) pendant la phase pré- interventionnelle ;
- la période perinterventionnelle ;
- et la période postinterventionnelle pendant une période de 15 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 15 jours, 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 15 jours, annulant le temps restant à couvrir.

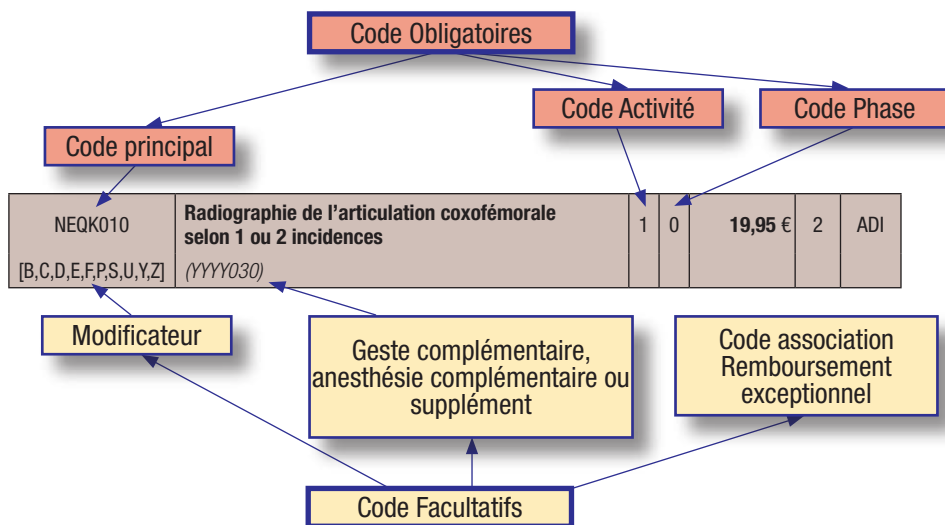
4.7 Différents codes d'un acte

Tout acte de la CCAM est identifié par un code principal auquel correspond un libellé. Sont décrits d'autres codes obligatoires et facultatifs. Ces codes, comme on le verra, auront un impact sur la description ou sur la tarification de l'acte.

Ci-dessous à partir d'un exemple, les codes obligatoires et facultatifs descriptifs pouvant être signalés pour un acte de la CCAM :

4.7.1 Codes obligatoires

Les codes obligatoires sont le code principal, le code activité et le code phase de traitement.



4.7.1.1. Code principal

Il s'agit d'un code alphanumérique comprenant 4 lettres (les 2 premières lettres correspondent à la topographie, la 3^e à l'action, et enfin la 4^e au mode d'accès ou à la technique) suivies de 3 chiffres (compteur aléatoire).

Par exemple, l'acte

NEQK010	« Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences » avec :
---------	--

	« N » pour le système ostéo-articulaire et musculaire du membre inférieur ;
	« E » pour l'articulation coxofémorale ;
	« Q » pour l'action « Enregistrer » : produire et analyser un document durable reproduisant l'image du corps ou de ses organes, ou traduisant l'activité d'un organe, à l'aide d'un appareillage approprié (acquisition de données, enregistrement, image, -graphie) ;
	« K » pour la réalisation d'un acte par rayons X sans accès ;
	« 010 » correspond à un compteur à 3 chiffres permettant de différencier les actes ayant le même code anatomique, le même code d'action, le même code d'abord et de technique.

4.7.1.2. Code activité

Il identifie les gestes réalisés au cours d'un même acte par des médecins différents. Pour la rhumatologie, il s'agit toujours du code « 1 », identifiant un seul geste principal.

La seule exception à la règle est l'acte :

PBLL001	« Synoviorthèse isotopique d'un membre » : Le code d'activité « 1 » correspond à la préparation du produit radio-isotopique ; et « 2 » à l'injection intra-articulaire du produit radio-isotopique, qui sera codée par le rhumatologue.
---------	---

À titre indicatif, les codes « 3 », « 4 » et « 5 » sont également décrits et correspondent respectivement à un troisième geste décrit avec le geste principal, au geste d'anesthésie générale ou locorégionale et à la surveillance extracorporelle réalisée par un médecin autre que celui qui assure le geste chirurgical. Ils ne concernent pas le champ de notre spécialité.

4.7.1.3. Code de phase de traitement

Il identifie les actes réalisés en plusieurs phases. Aucun acte rhumatologique n'est concerné par cela et il sera obligatoirement égal à « 0 ».

De plus, cette information n'est renseignée que sur le bordereau d'hospitalisation.

4.7.2 Codes facultatifs

On retrouve parmi les codes facultatifs le code remboursement exceptionnel, le code modificateur et le code association.

4.7.2.1. Code remboursement exceptionnel

Le code remboursement exceptionnel est à identifier par la lettre « X » sur la feuille de soins. Pour la télétransmission, il est nécessaire de cocher la case dédiée à ce remboursement exceptionnel. Cette précision indique que l'acte a été réalisé dans les conditions précisées.

Deux actes dans notre spécialité nécessitent la mention de la lettre « X » sur la feuille de soins si l'acte est réalisé dans les conditions de prise en charge par l'assurance maladie (voir les indications de prise en charge dans l'index décrit par la suite). Il s'agit des actes suivants : « Séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale » LHRP001 et de « Ostéodensitométrie (absorptiométrie osseuse) sur 2 sites, par méthode biphotonique » PAQK007.

Certains d'entre eux peuvent faire l'objet d'un accord préalable du contrôle médical ; ces actes étant repérés dans la liste par les lettres « AP » mentionnées dans la colonne Accord préalable. et ne sont pris en charge qu'après l'avis favorable du contrôle médical. Une entente préalable doit être remplie par le médecin sur un imprimé spécifique et transmise par le patient à sa caisse. L'absence de réponse dans les 15 jours qui suit l'envoi équivaut à un accord. En situation d'urgence, le médecin dispense l'acte et devra remplir la demande d'entente préalable en mentionnant « acte urgent ». À ce jour, aucun acte rhumatologique ne nécessite de demande d'une entente préalable pour sa réalisation.

4.7.2.2. Code modificateur

Définition

Il s'agit d'une information associée à un libellé indiquant un critère particulier pour la réalisation d'un acte ou pour sa valorisation. Il est autorisé pour une liste déterminée d'actes. Les modificateurs autorisés pour chaque acte sont identifiés par une lettre ou un chiffre et sont inscrits entre crochets, s'ils existent, sous le code principal de l'acte. Leur existence conduit à une majoration du tarif de l'acte.

Valeurs

Leurs valeurs sont exprimées soit en pourcentage du tarif de base de l'acte, soit en valeur monétaire s'ajoutant au tarif de l'acte. Les modificateurs ne pourront être facturés qu'avec les actes auxquels sont attribués des tarifs.

On retrouvera dans l'index rhumatologique tous les modificateurs concernant ou non notre spécialité. Seule la valeur des modificateurs intéressant le champ de notre spécialité est indiquée dans le tableau 4.

Tableau 4 – Valeur monétaire et pourcentage des modificateurs intéressants le champ de la rhumatologie

Code	Modificateur	Valeurs
B	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité de réanimation ou au lit du patient intransportable Facturation : ne peut être facturé avec - acte de radiologie vasculaire et interventionnelle, - radioscopie de longue durée avec amplificateur de brillance, - examen radiologique de la vésicule et des voies biliaires et/ou pancréatiques au cours d'un acte diagnostique ou thérapeutique	+ 49%
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%
E	Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans À l'exclusion de : - acte de radiographie du squelette entier, de l'hémisquelette, - actes de radiologie vasculaire et de radiologie interventionnelle	+ 49%
F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	+ 19,06€
J	Majoration transitoire de chirurgie	+ 6,5%
K	Majoration forfaits modulables pour chirurgiens en secteur 1 ou ayant opté pour l'option de coordination mentionnée à l'article 1.2.3 de la convention médicale du 03/02/05, pour les actes admettant la majoration transitoire de chirurgie	+ 11,5%
L	Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte Facturation : - en supplément de l'acte de réduction ou d'ostéosynthèse - la suture de plaie ne peut être facturée avec l'acte de réduction ou d'ostéosynthèse bénéficiant de ce supplément	+ 20%
U	Acte réalisé en urgence par les médecins, la nuit entre 20h et 08h À l'exclusion de : acte réalisé par pédiatre ou par omnipraticien	+ 25,15€
Y	Majoration de tarif pour acte de radiographie réalisé par un pneumologue ou un rhumatologue	+ 15,8%

Pour les autres modificateurs, se reporter aux dispositions générales.

Modificateurs d'urgence

La réalisation d'un acte en urgence correspond à un acte non prévu 8 heures avant, réalisé entre 20h et 8h (modificateur « U »), le dimanche ou un jour férié (modificateur « F »), pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en danger la vie du patient ou l'intégrité

de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles (à l'exclusion des forfaits de surveillance continue).

Association de modificateurs

Si plusieurs modificateurs concernent un acte et s'ils sont exprimés en pourcentage, chacun s'applique par rapport au tarif de base de l'acte indépendamment des autres. Dans le cas d'association d'actes, un seul modificateur d'urgence peut être facturé (U, P, S ou F). Pour information, les modificateurs « P » et « S » concernent respectivement à un « acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 20h à 00h et de 06h à 08h » et « acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens entre 00h à 06h ».

Quatre modificateurs au plus peuvent être tarifés par acte. Ces points seront revus dans le chapitre relatif au tarif de l'acte.

Par exemple, pour l'acte NEQK010 défini précédemment, seuls les modificateurs « B », « C », « D », « E », « F », « U », « Y » intéressent le champ de notre spécialité. Ils seront utilisés s'ils s'appliquent aux circonstances de réalisation de l'acte.

Le modificateur « Z » correspond à une majoration du tarif pour un acte de radiographie réalisé par un radiologue.

Cas particulier des actes identiques

Des modificateurs de bilatéralité avaient été décrits dans la version 1 de la CCAM et ont été supprimés dans la version 2. Les actes identiques ne concernent que ceux réalisés sur des organes ou des sites anatomiques pairs. La possibilité de pouvoir coder ou non deux actes identiques dépend de la précision du libellé.

- **Si le libellé mentionne un acte unilatéral** et qu'il existe un autre libellé avec un acte bilatéral, lorsqu'un acte bilatéral est réalisé, c'est ce libellé avec la mention bilatérale qu'il faut utiliser. On a ainsi, les actes :

LBQH001	« Arthrographie <u>unilatérale</u> de l'articulation temporomandibulaire »
LBQH003	« Arthrographie <u>bilatérale</u> de l'articulation temporomandibulaire ».

- Si le libellé porte la mention unilatérale ou bilatérale, le libellé est codé une seule fois qu'il s'agisse d'un acte uni ou bilatéral. C'est par exemple le cas de l'acte :

PBQM004	« Échographie <u>unilatérale ou bilatérale</u> de plusieurs articulations et de leur appareil capsuloligamentaire ».
---------	--

- Si le libellé ne précise pas de notion de latéralité, il concerne alors un acte unilatéral. En cas de réalisation d'un acte bilatéral et en l'absence d'incompatibilité, l'acte sera codé deux fois en respectant les règles d'association des actes qui seront vues ultérieurement.

4.7.2.3. Code association

Ce code 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. Cette information comme on le verra plus tard sera consignée sur la feuille de soins.

4.7.2.3.1. Association de la NGAP à la CCAM technique

- **Consultation et CCAM technique**

Les honoraires de la consultation ne peuvent être facturés avec ceux des actes techniques pris en charge de la CCAM, à l'exclusion de l'ostéodensitométrie et d'un patient vu pour la première fois dans un établissement de soins nécessitant la réalisation immédiatement après la consultation d'une intervention en urgence en hospitalisation.

- **Actes techniques de la NGAP et CCAM technique**

Certains actes de la NGAP existent encore et peuvent être facturés avec des actes de la CCAM. Ces actes NGAP concernent dans notre spécialité les actes communs aux médecins et auxiliaires médicaux. On les trouvera plus loin dans ce livret.

Il est possible de coder un acte de la NGAP et un acte de la CCAM dans la mesure où cette association est autorisée. Il n'y aura aucun code d'association à mentionner.

En revanche, pour la tarification, l'acte en NGAP sera tarifé à 50 % de sa valeur, hors association avec des radiographies (codées en CCAM) et quel que soit le nombre de ces dernières à 100 %.

4.7.2.3.2. Association impossible des actes de la CCAM technique dans les situations suivantes

- **Des actes composant une procédure, c'est-à-dire un regroupement usuel et pertinent d'actes isolés.** On a, avec exemple avec l'exemple ci-dessous, l'association de 3 actes qui sont décrits de façon isolée, mais qu'il faut coder avec la procédure ci-dessous s'ils sont réalisés ensemble :

AHQB032	« Electromyographie de 3 à 6 muscles striés au repos et à l'effort par électrode aiguille, avec mesure des vitesses de conduction motrice et de l'amplitude des réponses musculaires de 2 à 4 nerfs sans étude de la conduction proximale par électrode de surface, et mesure des vitesses de la conduction sensitive et de l'amplitude du potentiel sensitif de 2 à 4 nerfs ».
---------	---

• **Un acte incluant un autre acte et ce dernier.**

• **Un acte avec la mention « avec ou sans » un autre acte, et ce dernier.** Il s'agit par exemple de :

LFQK002	« Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 1 à 3 incidences <i>avec ou sans radiographie du sacrum et/ou du coccyx</i> » ;
LGQK001	« Radiographie du sacrum et/ou du coccyx ».

Seul l'acte LFQK002 devra être codé si une radiographie du sacrum a été faite en plus de celle du rachis.

• **Un acte dont le libellé précise qu'il est réalisé postérieurement à un autre acte, et ce dernier ;**

• **Des actes identiques :**

- réalisés sur le même site anatomique, à l'exception des actes réalisés sur la main ou sur le pied,
- dont les libellés comportent des informations numériques,
- dont les libellés précisent la mention bilatérale ;

• **Des actes d'échographie ou de scanographie (ou de remnographie) portant sur plusieurs sites anatomiques.** Les actes portant sur plusieurs régions anatomiques qu'il s'agisse d'échographie ou de scanographie (ou de remnographie) ne peuvent être codés et tarifés ensemble dans le champ de notre spécialité. Dans l'exemple ci-dessous un seul acte pourra donc être codé.

PBQM002	« Échographie unilatérale ou bilatérale d'une articulation » ;
PCQM001	« Échographie de muscle et/ou de tendon ».

• **Des actes avec guidage avec des libellés ne portant pas la mention de guidage.**

MZLB001	« Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage » ;
---------	---

MZLH002	« Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique » ;
YYYY033	« Guidage radiologique ».

Si une injection d'une articulation du membre supérieur est réalisée sous guidage radiologique, il faudra coder et tarifier MZLH002 et YYYY033.

Il sera possible de rajouter à l'acte de guidage radiologique (YYYY033) un acte dont le libellé porte le notion de guidage radiologique et un autre de radiologie diagnostique réalisé sur un site anatomique différent. Un exemple sera donné plus tard.

- **Des actes traduisant une même action ou une même finalité diagnostique ou thérapeutique sur le même site ;**

- **Des pansements, immobilisation ou appareillage éventuel et des actes portant sur les tissus** c'est-à-dire de la peau et 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.

NFFC002	« Synovectomie antérieure du genou, par arthroscopie » ;
NFMP002	« Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du genou ».

La confection de l'attelle est incluse dans l'acte thérapeutique par arthroscopie, son codage n'a pas lieu d'être. Par ailleurs, sous le libellé de l'acte NFMP002, il est mentionné

« Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée ».

- **Les incompatibilités qui s'appliquent à un acte inclus dans un autre s'appliquent aussi à ce dernier.**

- **De plus, à ces incompatibilités, s'ajoutent celles liées au contenu précis de l'acte explicité dans le libellé ou dans les notes explicatives.**

Les codes d'association sont les suivants :

- **« 1 » tarifé à 100 %.** Ce code correspond à l'acte ayant le tarif le plus élevé hors application des modificateurs. C'est aussi celui du geste complémentaire ou supplément associé à cet acte ;

- **« 2 » tarifé à 50 %.** Ce code correspond au 2^e acte autorisé avec le 1^{er} et dont le tarif est le moins élevé hors application des modificateurs. Il peut également correspondre au 3^e acte de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre ;

- **« 3 » tarifé à 75 %.** Il correspond au 2^e acte de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre. Ce type de code n'intéressera pas le rhumatologue ;

- **« 4 » tarifé à 100 % lorsqu'il s'agit d'une association d'actes tarifés à taux plein.** Il s'agit d'actes :

- de radiologie conventionnelle associés entre eux ou à un autre acte ne portant pas la mention de guidage radiologique dans son libellé quel que soit le nombre d'actes de radiologie,
- de guidage radiologique ou scanographique associé à un autre acte ayant un libellé mentionnant le guidage radiologique ou scanographique,
- de guidage radiologique associé un acte mentionnant le guidage radiologique et un acte diagnostique de radiologie conventionnelle réalisé sur un site anatomique distinct ;
- d'électrodiagnostic de stimulation et d'électromyogramme, associés entre eux ou avec un autre acte de la CCAM, quel que soit le nombre d'actes d'électrodiagnostic ou d'électromyographie.

- **« 5 » tarifé à 100 % lorsque, pour des raisons médicales et 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 de soins intensifs de 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 pleins. Ceci doit être justifié dans le dossier médical du patient tenu à disposition du contrôle médical.

4.7.3 Gestes complémentaires ou suppléments de rémunération

Les gestes complémentaires du chapitre 18 et les suppléments de rémunération du chapitre 19 sont des actes qui peuvent accompagner l'acte principal identifié dans les chapitres 1 à 17, mais ne peuvent être réalisés seuls. Il est possible de réaliser l'acte principal sans coder ce geste complémentaire ou ce supplément.

Par ailleurs, il faut signaler qu'il n'y a aucun geste complémentaire qui intéresse le rhumatologue.

Exemple d'un acte avec un supplément autorisé

NAQK015	« Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence » Qui a pour supplément autorisé :
YYYY030	« Supplément pour réalisation d'un examen radiographique à images numérisées ».

Le supplément, YYYY030 ne peut être facturé seul. De plus, il ne pourra être facturé qu'une seule fois si plusieurs actes de radiographie sont réalisés.

Il n'est pas utile en cas d'association de deux codes dont l'un est un geste complémentaire ou un supplément d'indiquer un code association, car cette association est répertoriée.

Exception : Parmi les gestes complémentaires, il y a les anesthésies complémentaires renseignées et facturées par les anesthésistes. Il peut être utile de savoir qu'il sera dorénavant possible d'associer à un acte de rhumatologie une anesthésie facultative (ZZLP025), même si cette dernière n'a pas été prévue comme pouvant être associée à l'acte qui sera codé. Par exemple, en cas de réalisation d'une infiltration de genou sans guidage (NZLB001) chez un enfant, une anesthésie locorégionale ou générale pourra être codée par l'anesthésiste, même si l'acte d'anesthésie facultative n'est pas décrit comme étant associée à cet acte.

4.7.4 Actes isolés

Les actes isolés ont été décrits pour permettre le passage de la tarification entre la NGAP et la CCAM. Il s'agit, comme indiqué dans l'exemple dans la section des codes d'association du code YYYY033 « Guidage radiologique » qui ne peut être tarifé seul. Pour cet acte, en particulier, il doit être associé à un acte dont le libellé porte la mention « guidage radiologique ». Ces deux actes doivent être tarifés à taux plein et auront un code d'association « 4 ».

4.8 Prise en charge des actes

Seuls sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie les actes effectués personnellement par le médecin :

- Sous réserve que ce dernier soit en règles avec les dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de sa profession ;
- Dans les conditions de prescription, d'utilisation ou de réalisation des actes et prestations. Les actes nécessitant l'utilisation d'un dispositif médical ou d'un médicament ne pourront être pris en charge que s'ils sont réalisés conformément aux conditions médicales figurant sur les listes mentionnées aux articles L.165-1 du code de la sécurité sociale pour les dispositifs médicaux et L.162-17 du même code pour les médicaments.

Quatre types de prise en charge sont décrits :

- Pris en charge et remboursable ;
- Pris en charge mais non affectés d'un honoraire (actes pris en charge sous forme de forfaits ou uniquement dans le secteur public) ;
- Pris en charge et remboursable sous conditions ;
- Non pris en charge

Il peut exister des actes à remboursement exceptionnel (X) déjà mentionné précédemment et des actes à remboursement pour pathologie inhabituelle. Pour cette dernière catégorie, il est important d'avoir une dérogation relative aux modalités de prise en charge de la liste. Dans ce cas précis, le médecin adresse au contrôle médical, une demande écrite et motivée. La prise en charge est subordonnée à l'avis favorable du contrôle médical. Le silence gardé pendant plus de 15 jours par un organisme d'assurance maladie vaut une décision d'acceptation.

L'index rhumatologique décrit dans ce livret comprend majoritairement des actes pris en charge et remboursés par l'assurance maladie.

4.9 Compte-rendu

4.9.1 Principe général

Chaque acte doit faire l'objet d'un compte rendu écrit et détaillé servant de document de liaison afin de faciliter la continuité des soins. Le compte rendu comprend :

- 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 peut être accompagné de tracé ou d'iconographie appropriée. Il est réalisé et signé par le médecin ayant pratiqué l'acte et peut être adressé au contrôle médical sur sa demande.

Il doit être rangé et disponible dans le dossier médical du patient, car il constitue une pièce importante du dossier médical dont le contenu a été entre autre défini par la loi du 4 mars 2002, même si cette dernière définissait plus particulièrement le contenu du dossier médical hospitalier.

4.9.2 Cas particulier des actes utilisant des rayonnements ionisants

Un arrêté du 22 septembre 2006 (publié au Journal Officiel le 29/09/06) indique que tout acte médical faisant appel aux rayonnements ionisants doit faire l'objet d'un compte-rendu établi par le médecin réalisant l'acte. Ce compte-rendu doit comporter au moins les informations suivantes :

- L'identification du patient et du médecin réalisateur ;
- La date de réalisation de l'acte ;
- Les éléments de justification de l'acte et la procédure réalisée, compte tenu des guides de prescription et de procédures mentionnées respectivement aux articles R. 1333-69 et R. 1333-70 du code de la santé publique ;
- Des éléments d'identification du matériel utilisé pour les techniques les plus irradiantes : radiologie interventionnelle, scanographie ;
- Les informations utiles à l'estimation de la dose reçue par le patient au cours de la procédure réalisée :
 - Pour les actes de radiologie diagnostique ou interventionnelle exposant la tête, le cou, le thorax, l'abdomen ou le pelvis, quelque soit le mode utilisé, radiologie ou radioscopie, l'information à renseigner est le Produit Dose.Surface (PDS) pour les appareils qui disposent de l'information.
 - A défaut, et seulement pour les examens potentiellement itératifs concernant les enfants (âge < 16 ans), pour les examens dont le champ comprend la région pelvienne chez les femmes en âge de procréer et pour les expositions abdomino-pelviennes justifiées chez une femme enceinte, les informations utiles prévues sont :

- la tension électrique
- et les éléments disponibles parmi les suivants :
 - la charge électrique,
 - la distance foyer-peau,
 - la durée de scopie
 - et le courant associé, pour chaque type de champ d'entrée et le nombre d'expositions faites en graphie.

4.10 Avis de la Haute Autorité de Santé

La Haute Autorité de Santé a été amenée à donner son avis sur certains actes de la CCAM et organise un programme d'évaluation de l'ensemble de cette dernière. Elle se substitue à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) qui répondait jusqu'à présent aux questions relatives à l'efficacité et à la sécurité de l'acte.

La méthodologie d'évaluation de l'ANAES était basée sur :

- L'inscription à la NGAP et son identification de l'acte dans les nomenclatures étrangères,
- L'analyse des données de la littérature sur l'efficacité (niveau de preuve, indication, principaux résultats) et la sécurité de l'acte ;
- Les données de fréquence de réalisation de l'acte en secteur ambulatoire (CNAMTS) et hospitalier (PMSI) ;
- Les résultats d'une enquête postale auprès des professionnels de santé ;
- L'avis rendu par le groupe de travail constitué à cette occasion et représentatif du mode d'exercice et de ou des spécialités concernées par cet acte.

Ainsi, l'avis rendu pouvait être un :

- Avis défavorable ;
- Acte en phase de recherche clinique nécessitant une réévaluation dans une période déterminée ;
- Avis favorable sans recommandations particulières ;
- Avis favorable avec recommandations particulières relatives aux :
 - Indications spécifiques ou résiduelles de l'acte,
 - Conditions d'exécution de l'acte :
- Nécessité d'une formation spécifique en plus de la formation initiale,
- À réaliser dans un environnement spécifique (personnel et/ou plateau technique)

- Nécessite un recueil prospectif de données (efficacité, sécurité)
 - Réévaluation de l'acte dont la période est précisée.

Par exemple, pour l'acte :

LHRP001	<p>« Séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale », le haut comité a émis un avis favorable avec recommandations d'indications et de formations.</p> <p><i>Indication : affection mécanique du rachis</i></p> <p><i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i></p>
---------	---

Les modalités de l'avis de la Haute Autorité de Santé

Depuis la publication du décret n°2004-1139 du 26 octobre 2004, l'avis mentionnera le service attendu de l'acte dans chacune de ses indications diagnostiques ou thérapeutiques et, le cas échéant, par groupe de population, en fonction des deux critères suivants :

- L'intérêt diagnostique ou thérapeutique en fonction de sa sécurité, de son niveau d'efficacité et des effets indésirables ou risques liés à sa pratique, de sa place dans la stratégie de prise en charge des pathologies concernées ;
- Son intérêt de santé publique attendu dont, notamment son impact sur la santé de la population en termes de mortalité, de morbidité et de qualité de vie, sa capacité à répondre à un besoin thérapeutique non couvert, eu égard à la gravité de la pathologie, son impact sur le système de soins et son impact sur les politiques et programmes de santé publique.

4.11 Tarif de l'acte

Les actes sont codés et tarifés selon les tarifs et les règles tarifaires permettant de réaliser la première étape de convergence vers les tarifs cibles de la CCAM.

Les tarifs cibles de la CCAM résultent de la hiérarchisation de chaque acte et sont égaux à la somme de :

- Prix du travail médical : score du travail multiplié par le facteur de conversion monétaire (valeur en euro du point travail) ;
- Coût de la pratique : score du travail multiplié par la valeur des charges par point travail propre à chaque spécialité.

Le score du travail médical est une combinaison de quatre critères : la durée, la compétence technique, le stress et l'effort mental nécessaire à la réalisation de l'acte.

En ce qui concerne le coût de la pratique, le montant total des charges a été évalué dans chaque spécialité. Ce montant a été actualisé pour chaque spécialité lors du passage entre

la NGAP et la CCAM. Certains actes non pratiqués par l'ensemble des spécialités peuvent faire l'objet d'une évaluation supplémentaire sous forme de surcoût. Dans la première étape, le coût de la pratique intégrée aux tarifs cibles ne comprend pas de surcoûts. Les forfaits techniques existants sont conservés (cas du scanner et de l'IRM). Le montant des charges est divisé par le nombre de points travail médical évalué globalement dans la spécialité, déterminant ainsi le montant des charges par point médical par spécialité ou groupe d'actes.

La convergence vers les tarifs cibles se fera progressivement sur une période de 5 à 8 ans. La première étape comprend l'utilisation d'un tarif de référence en euros apposé à chaque acte de la CCAM faisant l'objet d'un honoraire (équivalent au coefficient en NGAP multiplié par la valeur de la lettre-clé correspondante). Cette première étape est réalisée sur une enveloppe de 180 millions d'euros d'honoraires remboursés en année pleine. Cette enveloppe d'honoraires est exclusivement affectée aux actes dont le tarif cible CCAM est supérieur au tarif de référence (hors radiologie, médecine nucléaire, radiothérapie, cardiologie et radiologie interventionnelle). Le tarif cible de la CCAM est calculé sur la base d'un facteur de conversion monétaire (valeur en euro d'un point travail égal à 0,44 €).

Les tarifs des actes sont calculés selon la formule ci-dessous :

Tarif CCAM 2005 = tarif de référence + (∂ * taux de revalorisation)

où le tarif de référence correspond au transcodage NGAP, « ∂ » à la différence entre le tarif CCAM et le tarif de référence. Le taux de revalorisation est fixé à 33 %.

Par exemple, pour l'acte :

NZLB001	« Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage »
	<p>Cotation et tarif NGAP : K7.5, soit un acte tarifé à 14,40€ (K=1,92€)</p> <p>Cotation et tarif CCAM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Points travail : 46 (valeur du point travail de 0,44 €) - Tarif CCAM : $(46 \times 0,44) + (46 \times 0,230) = 30,82€$ où 0,230 correspond aux taux de charges pour la rhumatologie, hors radiologie, neurologie, acupuncture et chirurgie. <p>Tarif CCAM 2005 : $14,40 + (30,82 - 14,40) \times 0,33 = 19,82€$</p>

* En 2006, suite aux actions menées par le syndicat, cet acte a pu atteindre son tarif cible en cours de l'année 2006.

Les syndicats suivront l'évolution du tarif des actes de la CCAM et leur négociation portera sur la seule valeur du point travail et les modalités d'accession aux tarifs cibles.

5. EXEMPLE DE TARIFICATION SUR LA FEUILLE DE MALADIE ACTUELLE

La feuille de maladie actuelle comprend plusieurs rubriques :

- Date de l'acte ;
- Codes de l'acte ;
- Activité ;
- C, CS, CNPSY puis V, VS, VNPSY ;
- Autres actes, éléments de tarification de la CCAM qui comprendra pour la CCAM : 4 codes modificateurs au maximum, 1 code d'association et 1 code de remboursement exceptionnel (X) ;
- Montant des honoraires facturés ;
- Dépassement ;
- Frais de déplacements.

Des exemples seront donnés pour plusieurs contextes :

- Patient vu dans le cadre du parcours de soins, pour un avis non ponctuel :
 - pour un secteur 1 ;
 - pour un secteur 2 ayant opté pour l'option de coordination ;
- Patient vu en dehors du parcours de soins pour un secteur 1 ;
- Patient vu en dehors du parcours de soins pour un secteur 2 ayant opté pour la coordination ou pour un secteur 2 que le patient soit ou non dans le parcours de soins ;
- Cas particulier de l'ostéodensitométrie.

The diagram shows the layout of the 'ACTES EFFECTUES' and 'PAIEMENT' forms. The 'ACTES EFFECTUES' form is a table with columns for date, codes, activities, CCAM elements, amount, and expenses. The 'PAIEMENT' form is a smaller table below it. Callouts point to specific fields: 'Code principal' points to the first code column; 'Code Activité' points to the activity column; 'Modificateur(s)' points to the first four columns of the CCAM section; 'Code association' points to the fifth column of the CCAM section; and 'Remboursement exceptionnel' points to the sixth column of the CCAM section.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)											
date des actes	codes des actes	activités C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM				montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
			1	2	3	4			L.D. M, D	L.K. nbre	L.K. montant
J J J M M A A A A											
J J J M M A A A A											
J J J M M A A A A											
J J J M M A A A A											

PAIEMENT (à remplir par le médecin)	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	

5.1 Patient vu dans le cadre du parcours de soins, pour un avis non ponctuel, pour un secteur 1

Pour l'ensemble de ces exemples, il faudra renseigner sur la feuille de soins ci-dessous dans la rubrique destinée à la coordination des soins le nom du médecin traitant déclaré en position 2 (ou le code MTO pour la télétransmission).

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case ①				
si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous (s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante) nom et prénom du médecin traitant : ← ⑥				
accès direct spécifique ③	urgence ④	hors résidence habituelle ⑤	médecin traitant remplacé ⑥	accès hors coordination ⑦

5.1.1 Acte sans modificateur, sans geste complémentaire ou supplément de rémunération

En cas d'acte unilatéral: Infiltration du genou sans guidage

L'acte décrit est le suivant :

NZLB001	<p>« Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage »</p> <p><i>À l'exclusion de synoviorthèse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - chimique d'un membre (PBLB002) - isotopique d'un membre (PBLL001)
	<ul style="list-style-type: none"> • Code d'activité 1 • Modificateur : aucun • Geste complémentaire ou supplément de rémunération : aucun • Tarif : 30,82€

Sur la feuille de maladie, on renseigne la date de réalisation de l'acte, le code principal, le code activité et le tarif de l'acte comme indiqué sur la feuille de maladie ci-dessous.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. M.D.	nbre	I.K. montant
01092006	NZLB001	1			30,82€				
J,J M,M A,A A,A									
J,J M,M A,A A,A									
J,J M,M A,A A,A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					30,82€				

Un libellé qui ne porte pas la mention de latéralité est considéré comme un acte unilatéral s'il intéresse des organes ou des sites anatomiques pairs. Un acte est automatiquement un acte unilatéral, lorsque son libellé porte la mention unilatérale.

En cas d'acte bilatéral: Infiltration bilatérale du genou sans guidage

Si on réalise cette fois-ci une infiltration bilatérale du genou, il faudra coder deux fois l'acte, renseigner le code d'association « 1 » pour la première ligne sur la feuille de maladie et « 2 » pour la seconde ligne. La mention d'un code d'association « 1 » et « 2 » correspond, comme on l'a indiqué précédemment, à une tarification respective de 100 % et 50 %.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. M.D.	nbre	I.K. montant
01092006	NZLB001	1		1	30,82€				
01092006	NZLB001	1		2	15,41€				
J,J M,M A,A A,A									
J,J M,M A,A A,A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					46,23€				

Si le libellé de l'acte avait porté la mention « bilatérale » ou la mention « unilatérale ou bilatérale », l'acte n'aurait été codé qu'une seule fois.

5.1.2 Acte avec modificateur

Exemple 1 : infiltration du nerf tibial un dimanche

Dans l'exemple ci-dessous, on considère que l'infiltration du nerf tibial est réalisée un dimanche ou un jour férié.

AHLB004	<p>« Infiltration thérapeutique d'un nerf profond dans un canal ostéofibreux, sans guidage »</p> <p><i>Infiltration thérapeutique du nerf tibial dans le canal calcanéen</i></p> <p><i>Infiltration du nerf pudendal [honteux] dans le canal honteux [d'Alcock], sans guidage</i></p> <p>À l'exclusion de : infiltration thérapeutique du nerf médian dans le canal carpien (AHLB006)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Code activité 1 • Modificateur : [F, P, S, U] • Geste complémentaire ou supplément de rémunération : aucun • Tarif : 22,25€
---------	--

On note donc le modificateur « F » pour un acte réalisé un dimanche ou un jour férié sur la feuille de maladie comme indiqué ci-dessous. On inscrit le tarif final de l'acte qui tient compte de l'ajout de la valorisation du modificateur au tarif de base de l'acte. Le total de 41,31€ est obtenu par l'addition du tarif de base (22,25€) avec la valeur du modificateur (19,06€).

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. M.D.	nbre	L.K. montant
01092006	AHLB004	1		F	41,31€				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT (à remplir par le médecin)	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	41,31€

Si on avait infiltré les deux côtés, on aurait codé deux fois l'acte (le premier acte tarifé à 100 % avec un code d'association « 1 » et le second à 50 % avec un code d'association « 2 »); mais, le modificateur « F » n'aurait pas pu être rajouté qu'à un seul de ces actes.

Exemple 2 : Radiographie comparative de hanche

On va s'intéresser à un autre exemple, celui de la radiographie de hanche. On va coder et tarifier une radiographie comparative de hanche.

NEQK010	« Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences » <ul style="list-style-type: none"> • Code activité 1 • Modificateur : [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z] • Supplément de rémunération : YYYY030 • Tarif : 19,95€
---------	--

Dans cet autre exemple, on n'oubliera pas de renseigner les modificateurs « Y » (pour une radiographie réalisée par le rhumatologue) et « C » (pour une radiographie comparative). La somme de 32,88€ est obtenue en rajoutant au tarif de base 19,95€ la valeur des deux modificateurs « Y » (15,8 % du tarif de base) et « C » (49 % du tarif de base).

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. M.D.	nbre	I.K. montant
01092006	NEQK0101			CY	32,88€				
J,J M,M A,A A,A									
J,J M,M A,A A,A									
J,J M,M A,A A,A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					32,88€				

Exemple 3: Radiographie bilatérale de hanche

Dans le cas d'une radiographie bilatérale de hanche, on codera deux fois le code de l'acte en renseignant le code d'association de « 4 » comme indiqué ci-dessous. Il est rappelé que le code d'association « 4 » est le code à utiliser en cas d'association des actes de radiographies conventionnelles entre elles et il autorise une application du tarif à 100 %. On n'oubliera pas d'appliquer le modificateur « Y ».

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. M.D.	nbre	I.K. montant
01092006	NEQK0101			Y 4	23,10€				
01092006	NEQK0101			Y 4	23,10€				
J,J M,M A,A A,A									
J,J M,M A,A A,A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					46,20€				

5.1.3 Actes avec modificateur et supplément de rémunération

On trouvera uniquement un exemple d'un acte avec un supplément de rémunération. Le principe serait le même en cas de geste complémentaire qui, à ce jour, ne concerne pas le champ de la rhumatologie.

Si l'on reprend l'exemple précédent d'une radiographie de la hanche, on peut noter qu'elle est associée à un supplément YYYY030 pour supplément pour réalisation d'un examen radiographique à image numérisée. Ce dernier est associé aux modificateurs « Y » et « Z » et ne peut être facturé qu'une seule fois par 24h, par patient, quel que soit le nombre d'actes réalisés. Son tarif de base est de 6,65€.

Sur la feuille de maladie, on renseignera le code de la radiographie et celui de son supplément pour image numérisée comme indiqué ci-dessous. On n'oubliera pas à chacun de ces actes de rajouter le modificateur « Y » qui correspond au fait que c'est le rhumatologue qui réalise l'acte. Il n'y a pas lieu de mentionner de code d'association, car l'association entre l'acte et son supplément est une association répertoriée dans la CCAM.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement			
							I.D.	I.K.		
J, J	M, M	A, A	A, A				M, D.	nbre	montant	
01092006	NEQK0101			Y	23,10€					
01092006	YYYY0301			Y	7,70€					
J, J	M, M	A, A	A, A							
J, J	M, M	A, A	A, A							

PAIEMENT (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

30,80€

5.1.4 Association d'actes de la CCAM

Exemple 1 : Infiltration d'un genou et d'un canal carpien

Les informations relatives à ces actes sont les suivantes :

NZLB001	<p>« Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage »</p> <p>À l'exclusion de synoviorthèse : - chimique d'un membre (PBLB002)</p> <p>- isotopique d'un membre (PBL001)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Code activité 1 • Modificateur : aucun • Geste complémentaire ou supplément de rémunération : aucun • Tarif : 30,82€
---------	--

AHLB006	Infiltration thérapeutique du nerf médian dans le canal carpien <ul style="list-style-type: none"> • Code activité 1 • Modificateur : aucun • Geste complémentaire ou supplément de rémunération : aucun • Tarif : 29,48€
---------	---

On notera le code d'association « 1 » à l'acte dont le tarif CCAM (hors application des modificateurs) est le plus élevé et ce dernier sera tarifé à 100 %. L'acte dont le tarif CCAM est le plus petit se verra attribuer un code d'association « 2 » et sera tarifé à 50 % comme indiqué ci-dessous.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement			
							I.D.	M.D.	I.K.	
							nbre	montant		
01092006	NZLB001	1		1	30,82€					
01092006	AHLB006	1		2	14,74€					
J,J M,M A,A A,A										
J,J M,M A,A A,A										

PAIEMENT (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)

45,56€

Exemple 2: Ponction diagnostique suivie d'une infiltration du genou sans guidage

Ci-dessous un autre exemple comprenant une association d'un acte diagnostique et thérapeutique, avec les mêmes modalités d'application des codes d'association.

Il faudra consigner dans le dossier l'information quant à la quantité évacuée, le type de liquide articulaire. Une analyse du liquide articulaire sera bien évidemment réalisée.

NZHB002	« Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur par voie transcutanée sans guidage » <i>Avec ou sans examen du liquide synovial au microscope</i> <ul style="list-style-type: none"> • Code activité 1 • Modificateurs : aucun • Supplément de rémunération ou geste complémentaires : aucun • Tarif : 19,16€
---------	--

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	fraîs de déplacement		
							I.D. M.D.	nbre	I.K. montant
01092006	NZLB001	1		1	30,82€				
01092006	NZHB002	1		2	9,58€				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					40,40€				

Exemple 3 : Evacuation et infiltration du genou sans guidage.

Ci-dessous un autre exemple comprenant une association de deux actes thérapeutiques. Il s'agit d'une évacuation complétée d'une infiltration du genou sans guidage.

Il faudra consigner dans le dossier l'information quant à la quantité évacuée, le type de liquide articulaire. Une analyse du liquide articulaire sera bien évidemment réalisée.

NZJB001	« Évacuation d'une collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage » <i>A l'exclusion de l'articulation coxo-fémorale (ZZLP025)</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Code activité 1 • Modificateurs : [F, P, S, U] • Supplément de rémunération ou geste complémentaire : aucun • Anesthésie complémentaire : ZZLP025 • Tarif : 39,20€

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	fraîs de déplacement		
							I.D. M.D.	nbre	I.K. montant
01092006	NZJB001	1		1	39,20€				
01092006	NZLB001	1		2	15,41€				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					54,61€				

Exemple 4 : Association d'actes de radiologie conventionnelle

Les actes de radiographie conventionnelle peuvent être associés entre eux, quel que soit le nombre de radiographies réalisées. Le code d'association sera égal à « 4 » et les actes

seront tarifés à 100 %. On n’oubliera pas d’appliquer le modificateur « Y » pour chacun d’entre eux.

Un exemple d’association est décrit ci-dessous. On reprend notre exemple précédent de radiographie de la hanche et on réalise en plus une radiographie du rachis lombaire.

Les informations relatives à la radiographie du rachis lombaire sont les suivantes :

LFQK002	<p>« Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 1 à 3 incidences »</p> <p><i>Avec ou sans : radiographie du sacrum et/ou du coccyx</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Code activité 1 • Modificateurs : [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z] • Supplément de rémunération : YYYY030 • Geste complémentaire : ZZLP025 • Tarif : 51,87€
---------	--

Le codage et la tarification se font comme indiqués ci-dessous sur la feuille de maladie.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P.,...) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
								L.D. M.D.	nbre	I.K. montant
01092006	LFQK002	1		Y	4	60,07 €				
01092006	NEQK010	1		Y	4	23,10 €				
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										

PAIEMENT (à remplir par le médecin)	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	83,17 €

Pour la radiographie du segment lombal, nous n’avons pas utilisé le supplément de rémunération « YYYY030 » relatif à la réalisation d’une radiographie numérisée ni le geste complémentaire « ZZLP025 » relatif à l’anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 1. Ce geste complémentaire ne concerne pas le champ de la rhumatologie. Nous aurions pu utiliser en cas de réalisation de radiographie numérisée qu’une seule fois le code YYYY030.

Exemple 5: Association d’acte de radiologie conventionnelle avec un acte de la CCAM

Nous allons cette fois-ci réaliser une radiographie du bassin et comparative du genou suivie d’une infiltration du genou sans guidage. On utilisera les 3 actes ci-dessous :

NAQK015	<p>« Radiographie de la ceinture pelvienne (du bassin) selon 1 incidence »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Code d'association 1 • Modificateurs : [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z] • Supplément de rémunération : YYYY030 • Tarif : 19,95€
NFQK003	<p>« Radiographie du genou selon 3 ou 4 incidences »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Code activité 1 • Modificateurs : [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z] • Supplément de rémunération : YYYY030 • Geste complémentaire : ZZLP025 • Tarif : 22,61€
NZLB001	<p>« Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage »</p> <p><i>À l'exclusion de synoviorthèse :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - chimique d'un membre (PBLB002) - isotonique d'un membre (PBL001) <ul style="list-style-type: none"> • Code activité 1 • Modificateur : aucun • Geste complémentaire ou supplément de rémunération : aucun • Tarif : 30,82€

Les actes de radiographies peuvent s'associer entre eux quel que soit le nombre et avec un seul acte de la CCAM (ne portant pas la mention d'un guidage dans son libellé). Ils seront tous tarifés à taux plein et auront un code d'association « 4 » comme indiqué ci-dessous. On n'oubliera pas de mentionner le modificateur « Y » pour la réalisation d'une radiographie par le rhumatologue et le modificateur « C » pour la réalisation d'une radiographie comparative du genou.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. M.D.	nbre	I.K. montant
01092006	NAQK015	1		Y	4	23,10€			
01092006	NFQK003	1		YC	4	37,26€			
01092006	NZLB001	1			4	30,82€			
J J M M A A A A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					91,18€				

Si on avait fait une radiographie bilatérale du genou, on aurait codé deux fois le code de la radiographie du genou, rajouter pour chacun d'eux le modificateur « Y » et le code d'association « 4 ».

Cette tarification n'est valable dans la mesure où des radiographies ont été effectivement réalisées et suivies d'une infiltration sans guidage. Nous verrons ultérieurement ce qu'il en est lorsqu'un geste est réalisé sous guidage.

Exemple 6 : Association d'actes de radiologie conventionnelle avec deux actes de la CCAM

Dans l'hypothèse où l'on ferait deux actes de la CCAM hors radiographies avec des actes de radiologie conventionnelle, on ne pourrait tarifier au maximum que deux radiographies, ceci en raison de contrainte informatique.

Les actes non radiographiques auront un code d'association « 1 » et « 2 » respectivement pour celui ayant le tarif le plus élevé et le moins élevé (hors application des modificateurs). Les deux actes de radiographie n'auront pas dans ce contexte de code d'association « 4 » mais « 1 ».

Si l'on prend le cas d'une réalisation bilatérale de radiographie du genou suivie d'une infiltration bilatérale sans guidage de ces deux articulations, le codage sur la feuille de maladie se fera comme indiqué ci-dessous.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
date des actes	codes des actes	activités	C, CS, CNPSY V. VS VNPSY	autres actes (K, Gsc, F...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement			
							I.D.	M.D.	I.K.	
							nbre	montant		
01092006	N F Q K 0 0 3 1			Y 1	26,18 €					
01092006	N F Q K 0 0 3 1			Y 1	26,18 €					
01092006	N Z L B 0 0 1 1			1	30,82 €					
01092006	N Z L B 0 0 1 1			2	15,41 €					
PAIEMENT (à remplir par le médecin)										
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					98,59 €					

Exemple 7 : Association d'acte d'électrodiagnostic et d'électromyographie

Si l'on réalise des mesures de vitesse de conduction motrice et sensitive de 2 à 4 nerfs, on utilisera les actes suivants :

AHQP003	<p>« Mesure des vitesses de conduction motrice et de l'amplitude des réponses musculaires de 2 à 4 nerfs, sans étude de la conduction proximale »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Code d'activité 1 • Modificateurs : [F, P, S, U] • Geste complémentaire ou supplément de rémunération : aucun • Tarif : 41,40€
---------	---

AHQP011	<p>« Mesure des vitesses de conduction sensitive et de l'amplitude du potentiel sensitif de 2 à 4 nerfs »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Code d'activité 1 • Modificateur : aucun • Geste complémentaire ou supplément de rémunération : aucun • Tarif : 43,11€
---------	---

Le code d'association serait de « 4 » pour ces actes qui seront tarifés à 100 %.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	fraîs de déplacement			
							I.D. M.D.	nbre	I.K. montant	
01092006	AHQP003	1		4	41,40 €					
01092006	AHQP011	1		4	43,11 €					
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
PAIEMENT (à remplir par le médecin)										
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					84,51 €					

Exemple 8 : Association d'acte d'électrodiagnostic et d'électromyographie avec un acte de la CCAM

Si l'on réalise une exploration à la recherche d'un canal carpien et que l'on réalise dans les suites de l'examen une infiltration du canal carpien, on utilisera les codes ci-dessous :

AHQB032	<p>« Electromyographie de 3 à 6 muscles striés au repos et à l'effort par électrode aiguille, avec mesure des vitesses de conduction motrice et de l'amplitude des réponses musculaires de 2 à 4 nerfs, sans étude de la conduction proximale par électrode de surface et mesure des vitesses de la conduction sensitive et de l'amplitude du potentiel sensitif de 2 à 4 nerfs »</p> <p><i>Exploration électrophysiologique d'une atteinte du nerf médian au canal carpien</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Code d'activité 1 • Modificateur : aucun • Geste complémentaire ou supplément de rémunération : aucun • Tarif : 121,53€
---------	--

AHLB006	« Infiltration thérapeutique du nerf médian dans le canal carpien » <ul style="list-style-type: none"> • Code activité 1 • Modificateur : aucun • Geste complémentaire ou supplément de rémunération : aucun • Tarif : 16,16€
---------	---

Les actes d'exploration neurologique peuvent être associés entre eux et avec un acte de la CCAM. Ils auront un code d'association « 4 » et seront tarifés à 100 %.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P.,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement			
							I.D. M.D.	nbre	I.K. montant	
01092006	AHQB0321			4	121,53€					
01092006	AHLB0061			4	29,48€					
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
PAIEMENT (à remplir par le médecin)										
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					151,01€					

Exemple 9 : Association d'acte de guidage radiologique : Infiltration d'une hanche sous guidage radiologique

La réalisation d'un acte de guidage radiologique doit être associée avec un acte dont le libellé porte la mention de guidage radiologique. Le code d'association de chacun de ces actes est de « 4 » et ils sont tarifés à 100 %. On va prendre l'exemple d'une infiltration d'une articulation du membre inférieur sous guidage radiologique.

NZLH002	« Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée, avec guidage radiologique » <p><i>À l'exclusion de synoviorthèse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - chimique d'un membre (PBLB002) - isotopique d'un membre (PBL001) <ul style="list-style-type: none"> • Code activité 1 • Modificateur : aucun • Geste complémentaire ou supplément de rémunération : aucun • Tarif : 14,40€
---------	--

YYYY033	<p>« Guidage radiologique »</p> <p><i>Radioscopie de longue durée avec amplificateur de brillance</i></p> <p><i>Facturation : ne peut être facturé avec un autre examen radiographique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Code activité 1 • Modificateurs : [E, F, P, S, U, Y, Z] • Geste complémentaire ou supplément de rémunération : aucun • Tarif : 19,29€
---------	---

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	actifs	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							L.D. M.D.	nbre	L.K. monjant
01092006	NZLH002	1		4	14,40€				
01092006	YYYY033	1		Y 4	22,34€				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT (à remplir par le médecin)	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	36,74 €

Exemple 10: Association d'acte de guidage radiologique avec un acte de radiographie conventionnelle sur un site anatomique distinct: Infiltration d'une épaule sous guidage radiologique, couplée à une radiographie du rachis cervical

Il est possible de rajouter à l'acte sous guidage radiologique un autre acte de radiologie conventionnelle réalisé sur **un site anatomique distinct**. En revanche, il est interdit d'associer un acte sous guidage radiologique à une radiographie réalisée sur le même site anatomique.

On propose dans cet exemple la réalisation d'une radiographie du rachis cervical associée à une infiltration de l'épaule sous guidage radiologique. Un code d'association « 4 » sera indiqué pour chacun de ces actes qui seront tarifés à 100 %.

ZZLJ002	<p>« Radiographie du segment cervical de la colonne vertébrale selon 3 incidences ou plus »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Code activité 1 • Modificateur : [B,D,E,F,P, S,U, Y,Z] • Anesthésie complémentaire: ZZLP025 • Supplément de rémunération: YYYY030 • Tarif : 45,22€
---------	--

MZLH002	<p>« Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée, avec guidage radiologique »</p> <p>À l'exclusion de synoviorthèse</p> <ul style="list-style-type: none"> - chimique d'un membre (PBLB002) - isotopique d'un membre (PBL001) <ul style="list-style-type: none"> • Code activité 1 • Modificateur : aucun • Geste complémentaire ou supplément de rémunération : aucun • Tarif : 9,60€
---------	---

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
								I.D. M.D.	nbre	I.K. montant
01092006	LDQK0021			Y	4	52,36€				
01092006	MZLH0021				4	9,60€				
01092006	YYYY0331			Y	1	22,34€				
J J J M M A A A A										
PAIEMENT (à remplir par le médecin)										
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)						84,30€				

Exemple 11 : Association d'acte de guidage échographique

La réalisation d'un acte de guidage échographique doit être associée avec un acte dont le libellé porte la mention de guidage échographique. L'acte dont le tarif est le plus cher (hors modificateur) est tarifé à 100 % et a un code d'association « 1 ». Le second acte est tarifé à 50 % et porte le code association « 2 ».

Les codes sont les suivants :

ZZLJ002	<p>« Injection d'agent pharmacologique dans un organe superficiel, par voie transcutanée, avec guidage échographique »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Code activité 1 • Modificateur : aucun • Geste complémentaire ou supplément de rémunération : aucun • Tarif : 9,60€
---------	---

YYYY028	<p>« Guidage échographique »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Code activité 1 • Modificateur : [F, P, S, U] • Geste complémentaire ou supplément de rémunération : aucun • Tarif : 37,80€
---------	---

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
date des actes	codes des actes	activités	C, CS GNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement			
							I.D. M.D.	nbre	I.K. montant	
01092006	ZZLJ002	1		2	4,80€					
01092006	YYY028	1		1	37,80€					
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										

PAIEMENT (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)

Exemple 12: Association d'actes de la CCAM réalisés à des temps différents

Cette fois-ci, on décrit deux actes réalisés pour des raisons médicales et/ou dans l'intérêt du patient à des moments différents et discontinus dans la même journée, par le même médecin. Ceci doit être impérativement consigné dans le dossier médical.

Il s'agit de la réalisation, par exemple, d'une infiltration épidurale le matin, suivie de la confection d'une immobilisation par corset l'après-midi.

AFLB007	<p>« Injection thérapeutique péridurale d'agent pharmacologique sans guidage »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Code activité 1 • Modificateur : aucun • Tarif : 44,90€
LFMP001	<p>« Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la colonne vertébrale lombaire » (ZZLP025)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Code activité 1 • Modificateur : [F, P, S, U] • Tarif : 62,70€

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. M.D.	nbre	I.K. montant
01092006	AFLB007	1			1	44,90 €			
01092006	LFMP001	1			5	62,70 €			
J,J M,M A,A A,A									
J,J M,M A,A A,A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					107,60 €				

Comme indiqué ci-dessus sur la feuille de soins, on notera pour le premier acte le code d'association "1". Il sera tarifé à 100 %. Pour le second acte réalisé à un autre moment de la journée, le code d'association à renseigner dans ce contexte est le code "5", qui permet également une tarification à 100 % de l'acte.

5.1.5 Association entre un acte de la CCAM et de la NGAP

Exemple 1 : Association d'acte de radiologie conventionnelle avec un acte de la NGAP

Dans ce cas précis, on réalise un bilan ostéoarticulaire en plus des radiographies comparatives des genoux précédemment citées, NFQK003. Pour ce dernier, le codage persiste en NGAP, il s'agit par exemple du K8 pour bilan ostéoarticulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non pour deux membres.

Comme l'acte CCAM est une radiographie, l'acte NGAP est tarifé à 100 %, il n'y a pas lieu de renseigner pour ce dernier un code d'association.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. M.D.	nbre	I.K. montant
01092006	NFQK003	1		YC		37,26 €			
01092006			K8			15,36 €			
J,J M,M A,A A,A									
J,J M,M A,A A,A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					56,62 €				

Exemple 2 : Association d'acte de la CCAM non radiographique avec un acte de la NGAP

Dans l'exemple ci-dessous, on réalise un bilan ostéoarticulaire avant la réalisation d'une manipulation vertébrale. On utilisera les codes sous-jacents :

LHRP001	<p>« Séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale »</p> <p><i>Indication : affection mécanique du rachis</i></p> <p><i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Code activité 1 • Modificateur : aucun • Geste complémentaire ou supplément de rémunération : aucun • Tarif : 20,06€ • Remboursement sous condition
---------	---

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, Gsc, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D.	nbre	I.K.
J, J	M, M	A, A	A, A						
01092006	LHRP001	1		X	20,06€				
01092006			K8/2		7,68€				
J, J	M, M	A, A	A, A						
J, J	M, M	A, A	A, A						

PAIEMENT (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

27,74€

Le remboursement de la réalisation d'une manipulation vertébrale est conditionné par la réalisation de cet acte dans le cadre d'affection mécanique du rachis, c'est pourquoi il ne faut pas oublier de mentionner la lettre « X » sur la feuille de soins (case remboursement exceptionnel à cocher lors de la télétransmission) à l'endroit prévu pour cela. L'acte NGAP sera tarifé à 50 % car l'acte CCAM n'est pas une radiographie. Il n'y a pas lieu de mentionner de code d'association.

5.2 Patient vu dans le cadre du parcours de soins, pour un avis non ponctuel, pour un secteur 2 ayant opté pour l'option de coordination

Le rhumatologue, en secteur 2 ayant opté pour la coordination, qui reçoit un patient dans le parcours de soins, est en droit d'appliquer une majoration de 15% à l'acte CCAM réalisé et de mentionner dans la case relative au dépassement la lettre-clé, **DM**, pour dépassement maîtrisé. Il ne devra pas oublier de consigner sur la feuille de soins le nom du médecin traitant déclaré (ou le code MTO pour la télétransmission).

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. M.D.	nbre	I.K. montant
01092006	NZLB0011	1			35,44 €	DM			
J,J M,M A,A A,A									
J,J M,M A,A A,A									
J,J M,M A,A A,A									

PAIEMENT (à remplir par le médecin)	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	35,44 €

5.3 Patient vu hors parcours de soins pour un secteur 1

Dans le contexte d'un patient vu hors parcours de soins pour un secteur 1, un dépassement autorisé (DA) pourra être pratiqué jusqu'à une majoration maximale de 17,5 % du tarif de l'acte. Cependant, il faudra respecter un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires globaux égal ou supérieur à 70 %.

Pour l'ensemble des exemples, il faudra cocher l'accès hors coordination (7) sur la feuille de maladie ci-dessous) ou renseigner le code « HCS » dans le cadre d'une télétransmission.

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case ①

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous (s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)
 nom et prénom du médecin traitant : ← ⑥

accès direct spécifique urgence hors résidence habituelle médecin traitant remplacé accès hors coordination

③
④
⑤
⑥
⑦

5.3.1 Exemple 1 : Infiltration du genou sans guidage

On reprend l'exemple, précédemment cité, d'une infiltration du genou sans guidage « NZLB001 » dont le tarif de base est fixé à 30,82€. Dans notre contexte, une majoration maximale de 17,5 % sera appliquée ramenant le tarif à 36,21€. On n'oubliera pas de noter le dépassement « DA ».

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D.	nbre	I.K.
							M.D.		montant
01092006	NZLB001	1			36,21 €	DA			
J J M M A A A A A									
J J M M A A A A A									
J J M M A A A A A									

PAIEMENT (à remplir par le médecin)	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	36,21 €

5.3.2 Exemple 2 : Infiltration bilatérale du genou sans guidage

Pour une infiltration bilatérale des genoux, on a déjà vu qu'il fallait renseigner deux fois l'acte en ajoutant les codes d'association « 1 » pour le premier tarifé à 100 % et pour second « 2 » tarifé à 50 %. On suivra les mêmes consignes que précédemment en appliquant la majoration pour chacun des actes (ici de 17,5 %) en mentionnant le dépassement.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D.	nbre	I.K.
							M.D.		montant
01092006	NZLB001	1		1	36,21 €	DA			
01092006	NZLB001	1		2	18,11 €	DA			
J J M M A A A A A									
J J M M A A A A A									

PAIEMENT (à remplir par le médecin)	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	54,32 €

5.4 Patient vu en dehors du parcours de soins pour un secteur 2 ayant opté pour la coordination ou vu ou non dans le cadre du parcours de soins pour un secteur 2

Les rhumatologues installés en secteur 2 sont libres d'appliquer leur tarif (sauf dans les conditions où le tarif opposable s'applique) mais sans oublier la règle déontologique du tact et de la mesure dans l'application de ces derniers.

Ils renseigneront les conditions de la coordination ou non des soins comme indiqués précédemment et appliqueront leur tarif en respectant les règles de tarification en cas d'association d'actes.

Par exemple en cas de réalisation d'une infiltration bilatérale des genoux, chacun des codes est à renseigner deux fois, le premier acte sera facturé à 100 % du tarif pratiqué par le rhumatologue, le second sera tarifé à 50 % du tarif pratiqué. Si par exemple, son tarif est de 40€ pour une infiltration d'un genou, il notera sur la feuille de maladie l'infiltration bilatérale du genou les informations comme indiquées ci-dessous.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement			
							I.D.	M.D.	I.K.	
							nbre	montant		
01092006	NZLB001	1		1	40€					
01092006	NZLB001	1		2	20€					
J,J M,M A,A A,A										
J,J M,M A,A A,A										

PAIEMENT (à remplir par le médecin)	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	60€

5.5 Cas particulier de l'ostéodensitométrie

5.5.1. Description de l'acte

L'ostéodensitométrie est identifiée sous le code principal, PAQK007. Il s'agit du seul examen qui peut être associé à ce jour à la consultation, lorsqu'elle est réalisée dans le cadre d'indications prises en charge par l'assurance maladie (décision du 29/06/06 publiée au Journal Officiel le 30/06/06). Les caractéristiques de l'acte sont décrites ci-dessous :

PAQK007	<p>« Ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] sur 2 sites, par méthode biphotonique »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Code activité 1 • Modificateur : aucun • Geste complémentaire : aucun • Tarif : 39,96€ • Remboursement sous condition : voir ci-dessous • Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale, formation technique des opérateurs et formation à l'interprétation des résultats de l'examen. La compétence en radioprotection est obligatoire. • Environnement spécifique, respect des modalités de contrôle qualité des dispositifs d'ostéodensitométrie utilisant les radiations ionisantes (décision AFSSAPS du 20 avril 2005)
---------	--

Pour chacune de ces indications prises en charge par l'assurance maladie, l'ostéodensitométrie n'est indiquée que si le résultat de l'examen peut, a priori, conduire à une modification de la prise en charge thérapeutique du patient.

Pour un premier examen :

- dans la population générale, quels que soient l'âge et le sexe :
 - en cas de signes d'ostéoporose : découverte ou confirmation radiologique d'une fracture vertébrale (déformation du corps vertébral) sans contexte traumatique ni tumoral évident ; antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur (sont exclues de ce cadre les fractures du crâne, des orteils, des doigts, du rachis cervical) ;
 - en cas de pathologie ou traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose : lors d'une corticothérapie systémique (de préférence au début) prescrite pour une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose > 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone ; antécédent documenté de pathologie ou de traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose : hypogonadisme prolongé (incluant l'androgénoprivation chirurgicale [orchidectomie] ou médicamenteuse [traitement prolongé par un analogue de la Gn-Rh]), hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive et ostéogénèse imparfaite (liste non exhaustive) ;

- chez la femme ménopausée (y compris pour les femmes sous traitement hormonal de la ménopause à des doses utilisées inférieures aux doses recommandées pour la protection osseuse), indications supplémentaires (par rapport à la population générale) :
 - antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au 1^{er} degré ;
 - indice de masse corporelle < 19 kg/m² ;
 - ménopause avant 40 ans, quelle qu'en soit la cause ;
 - antécédent de prise de corticoïdes d'une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose > 7,5 mg/jour équivalent prednisone.

Pour un second examen

- à l'arrêt du traitement anti-ostéoporotique, en dehors de l'arrêt précoce pour effet indésirable, chez la femme ménopausée ;
- chez la femme ménopausée sans fracture, lorsqu'un traitement n'a pas été mis en route après une première ostéodensitométrie montrant une valeur normale ou une ostéopénie, une deuxième ostéodensitométrie peut être proposée 3 à 5 ans après la réalisation de la première en fonction de l'apparition de nouveaux facteurs de risque.

Code extension documentaire :

Pour distinguer :

- premier examen : coder A ;
- examen de suivi : coder B.

On n'oubliera pas de noter le code « X » pour indiquer que l'examen correspond à une indication prise en charge par l'assurance maladie (ou cocher la case relative au remboursement exceptionnel lors de la télétransmission). Il est prévu des codes d'extension documentaire « A » pour une première ostéodensitométrie et « B » pour un examen de suivi. Il n'y a pas de place dédiée à cette information sur la feuille de soins. Il est possible éventuellement de le rajouter à côté du « X ».

Il ne faudra pas oublier les règles de la tarification de la consultation en fonction des modalités du parcours de soins.

5.5.2 Codage pour un patient vu dans le parcours de soins, secteur 1, ostéodensitométrie prise en charge par l'assurance maladie.

La feuille de soins sera à compléter comme indiqué ci-dessous. On n'oubliera pas la mention du « X » pour indiquer que l'indication de l'examen est prise en charge. Concernant la facturation de la consultation, il dépend du contexte de la consultation : avis non ponctuel (CS + MPC + MCS) ou avis ponctuel (C2).

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. M.D.	nbre	I.K. montant
01092006	P A Q K 0 0 7 1			X	39,96 €				
01092006			CS+MPC+MCS		28,00 €				
J, J M, M A, A A, A			OU C2	42,00 €					
J, J M, M A, A A, A									

PAIEMENT (à remplir par le médecin)	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	67,96 ou 81,96 €

5.5.3 Codage pour un patient vu hors parcours de soins, secteur 1, ostéodensitométrie prise en charge par l'assurance maladie.

Ce qui change, par rapport à l'exemple précédent, est la majoration du tarif de l'acte jusqu'à un maximum de 17,5 % et le remplacement de la majoration pour la coordination des soins (MCS) par un dépassement autorisé (DA). Il est à noter que le C2 ne peut s'appliquer dans ce contexte hors parcours de soins.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. M.D.	nbre	I.K. montant
01092006	P A Q K 0 0 7 1			X	46,95 €	DA			
01092006			CS+MPC		33,00 €	DA			
J, J M, M A, A A, A									
J, J M, M A, A A, A									

PAIEMENT (à remplir par le médecin)	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	79,95 €

5.5.4 Codage pour un patient vu dans le parcours de soins, secteur 2 ayant opté pour la coordination, ostéodensitométrie prise en charge par l'assurance maladie.

Comme précédemment indiqué, le rhumatologue peut majorer l'acte CCAM de 15% et ajouter le «DM» pour dépassement maîtrisé comme indiqué sur la feuille de soins ci-dessous.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D.	I.K.	
							M.D.	nbre	montant
01092006	P A Q K 0 0 7	1		X	45,94€	DM			
01092006			CS+MPC+MCS		28,00€				
J,J M,M A,A A,A			O u C2		42,00€				
J,J M,M A,A A,A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					73,94 ou 87,94€				

5.5.5 Codage pour un patient vu en dehors du parcours de soins pour un secteur 2 ayant opté pour la coordination ou que le patient soit ou non dans le parcours de soins pour un secteur 2, ostéodensitométrie prise en charge par l'assurance maladie.

En fonction du contexte, un CS ou un C2 sera facturé. Il est rappelé que le C2 ne peut être facturé que dans le cadre d'un patient vu dans le parcours de soins et s'il s'agit d'un avis ponctuel. La seule consigne à respecter est l'application d'un tarif avec tact et mesure, à l'exception des patients sous couverture médicale universelle (CMU).

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D.	I.K.	
							M.D.	nbre	montant
01092006	P A Q K 0 0 7	1		X	39,96€	(tarif libre)			
01092006			CS ou C2		Tarif libre sauf CMU				
J,J M,M A,A A,A									
J,J M,M A,A A,A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					Libre avec « tact et mesure »				

5.5.6 Consultation et ostéodensitométrie non prise en charge par l'assurance maladie.

Il ne sera possible de consigner sur la feuille de soins que la consultation adaptée aux modalités du parcours de soins, car prise en charge par l'assurance maladie. L'ostéodensitométrie, réalisée dans une indication non prise en charge, ne doit pas être consignée sur la feuille de soins mais devra faire l'objet de la rédaction d'une note d'honoraires remise au patient.

6. INDEX RHUMATOLOGIQUE DE LA CCAM

L'index rhumatologique de la CCAM est présenté dans les pages suivantes sous forme de tableaux.

Signification des abréviations utilisées :

Exo : Exonération du ticket modérateur. Le code « 1 » correspond à un acte thérapeutique ou diagnostique « invasif ». Si des actes de cette catégorie sont associés et réalisés dans un établissement de santé et que la somme de leur tarif est supérieure au seuil de 91€, ils permettent l'exonération des frais de séjour et des autres actes réalisés durant ce séjour. Le code « 2 » correspond aux actes diagnostiques « non invasifs ». Ils ne peuvent être cumulés pour la comparaison au seuil de 91€ et entraîneront chacun une exonération si leur tarif est supérieur à ce seuil. S'ils sont réalisés en établissement de santé, ils n'exonéreront pas les autres actes ni les frais de séjours (sauf si ces autres actes codés « 2 » ont un tarif supérieur à 91€). L'exonération du ticket modérateur suit également le même raisonnement si les actes sont réalisés en consultation.

Rgpt : Regroupement (code destiné à la CNAM).

NB : En début de chaque ligne figure un nombre en rouge. Celui-ci permet d'identifier chaque code par un numéro unique que l'on retrouvera dans l'index alphabétique des codes d'actes figurant en fin de document.

A : Activité

P : Phase

6.1 Exploration neurologique

Cette section comprend l'ensemble des actes d'électromyographie, de mesure de vitesse de conduction motrice et sensitive et de mesure de latence.

Pour la facturation, les examens électromyographiques doivent être pratiqués avec un appareil comportant un système d'enregistrement permettant en, différé, une étude qualitative et quantitative. Il est rappelé que les actes d'électrodiagnostic de stimulation et d'électromyogramme peuvent être associés entre eux et tarifés à taux plein, quel que soit le nombre d'actes et auront donc un code association de « 4 ». Ils peuvent, comme on l'a vu être associés à un autre acte de la CCAM qui aura également un code d'association de « 4 » et qui sera tarifé à 100%.

Exploration neurologique - électromyographie

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
AHQP001	Électromyographie par électrode de surface, sans enregistrement vidéo	1	0	Non pris en charge		ATM
AHQP002	Électromyographie par électrode de surface, avec enregistrement vidéo	1	0	Non pris en charge		ATM
AHQB027 [F, P, S, U]	Électromyographie de 1 ou 2 muscles striés au repos et à l'effort sans stimulodétection, par électrode aiguille <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	1	0	51,84 €	2	ATM
AHQB025 [F, P, S, U]	Électromyographie de 1 ou 2 muscles striés au repos et à l'effort avec stimulodétection, par électrode aiguille <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	1	0	86,4 €	2	ATM
AHQB024 [F, P, S, U]	Électromyographie de 3 à 6 muscles striés au repos et à l'effort sans stimulodétection, par électrode aiguille <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	1	0	56,12 €	2	ATM
AHQB026 [F, P, S, U]	Électromyographie de 3 à 6 muscles striés au repos et à l'effort avec stimulodétection, par électrode aiguille <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	1	0	86,4 €	2	ATM
AHQB013	Électromyographie de 7 muscles striés ou plus au repos et à l'effort, par électrode aiguille <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	1	0	58,97 €	2	ATM
AHQB032	Électromyographie de 3 à 6 muscles striés au repos et à l'effort par électrode aiguille, avec mesure des vitesses de conduction motrice et de l'amplitude des réponses musculaires de 2 à 4 nerfs sans étude de la conduction proximale par électrode de surface, et mesure des vitesses de la conduction sensitive et de l'amplitude du potentiel sensitif de 2 à 4 nerfs <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Exploration électrophysiologique d'une atteinte du nerf médian au canal carpien</i>	1	0	121,53 €	2	ATM
AHQB033	Électromyographie de 7 muscles striés ou plus au repos et à l'effort par électrode aiguille, avec mesure des vitesses de conduction motrice et de l'amplitude des réponses musculaires de 5 nerfs ou plus avec étude de la conduction proximale par électrode de surface, et mesure des vitesses de conduction sensitive et de l'amplitude du potentiel sensitif de 5 nerfs ou plus <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Exploration électrophysiologique d'une polyneuropathie</i>	1	0	128,66 €	2	ATM
AHQB015	Électromyographie de fibre unique, par électrode aiguille <i>Indication : trouble de la transmission neuromusculaire, suivi de la réinnervation</i>	1	0	80,92 €	2	ATM

	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>					
AHQB006	Macroélectromyographie, par électrode aiguille <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	1	0	80,92 €	2	ATM
AHQB001 [F, P, S, U]	Électromyographie, au lit du malade <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	1	0	57,54 €	2	ATM

Exploration neurologique - vitesses de conduction motrice

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
AHQP003 [F, P, S, U]	Mesure des vitesses de conduction motrice et de l'amplitude des réponses musculaires de 2 à 4 nerfs, sans étude de la conduction proximale <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	1	0	41,4 €	2	ATM
AHQP008 [F, P, S, U]	Mesure des vitesses de conduction motrice et de l'amplitude des réponses musculaires de 2 à 4 nerfs, avec étude de la conduction proximale sur au moins 2 nerfs <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	1	0	44,82 €	2	ATM
AHQP010 [F, P, S, U]	Mesure des vitesses de conduction motrice et de l'amplitude des réponses musculaires de 5 nerfs ou plus, sans étude de la conduction proximale <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	1	0	45,39 €	2	ATM
AHQP009 [F, P, S, U]	Mesure des vitesses de conduction motrice et de l'amplitude des réponses musculaires de 5 nerfs ou plus, avec étude de la conduction proximale sur au moins 4 nerfs <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	1	0	48,53 €	2	ATM

Exploration neurologique - vitesses de conduction sensitive

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
AHQP011	Mesure des vitesses de la conduction sensitive et de l'amplitude du potentiel sensitif de 2 à 4 nerfs <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	1	0	43,11 €	2	ATM
AHQP012	Mesure des vitesses de la conduction sensitive et de l'amplitude du potentiel sensitif de 5 nerfs ou plus <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	1	0	46,82 €	2	ATM

Exploration neurologique - mesure de latence et des réflexes

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
ADQP014	Mesure du réflexe trigéminopalpébral [réflexe de clignement] et/ou du réflexe massétérin <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	1	0	39,69 €	2	ATM
AHQB019	Mesure des latences des réflexes sacraux <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	1	0	45,68 €	2	ATM
AHQD003	Mesure des latences distales du nerf pudendal [nerf honteux], par stimulation intrarectale <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	1	0	49,67 €	2	ATM
AHQP016	Mesure des réflexes H et/ou T	1	0			ATM
AHQP900	Mesure du réflexe nociceptif R III	1	0	Non pris en charge		ATM

6.2 Imagerie (geste exclu)

L'imagerie décrit l'ensemble des actes diagnostiques de l'appareil locomoteur sans geste. Sont décrits les actes de radiographie, d'arthrographie et autres, d'échographie et d'ostéodensitométrie.

Les actes sont ensuite déclinés selon la topographie : tête et cou, tronc, membre supérieur, membre inférieur, corps entier et sans mention de localisation.

Pour ce qui concerne la radiologie conventionnelle, on trouvera ci-dessous des précisions dans la définition des mots employés relatifs à :

- L'étage de la colonne vertébrale : hauteur occupée par 2 vertèbres adjacentes, le disque intervertébral et les formations capsulo-ligamentaires intermédiaires ;
- Segment de la colonne vertébrale : portion cervicale, portion thoracique, portion lombale ou portion sacrale de la colonne vertébrale ;
- Segment du membre supérieur : ceinture scapulaire, épaule, bras, coude, avant-bras, poignet ou main ;
- Segment du membre inférieur : bassin, hanche, cuisse, genou, jambe, cheville ou pied.

Par ailleurs, les radiographies d'un segment de colonne vertébrale et d'un segment du membre supérieur ou inférieur incluent respectivement l'étude des zones transitionnelles adjacentes ou des articulations adjacentes.

La radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] inclut la radiographie du sacrum, du coccyx et/ou d'articulation sacro-iliaque. En cas d'association d'acte de radiographie avec celui de la ceinture pelvienne [du bassin], seule le libellé portant la mention « selon 1 incidence » NAQK015, pourra être utilisé pour la facturation.

Pour les libellés de radiographie de 2 ou 3 segments de membres inférieurs ou supérieurs, ils ne sont utilisés que dans la mesure où les radiographies des segments sont réalisés selon 1 ou 2 incidences.

Il est rappelé que les actes de radiologie conventionnelle peuvent être associés entre eux quel que soit le nombre d'actes ou à un autre acte et que le code d'association est de « 4 » dans ce cas de figure.

Radiographie, Tête - Cou

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
LAQK003 [E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du crâne et/ou du massif facial selon 1 ou 2 incidences <i>Radiographie des sinus paranasaux</i> <i>Radiographie du maxillaire défilé</i> <i>Radiographie des os propres du nez</i> <i>À l'exclusion de : radiographie</i> <i>- unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire (LBQK005)</i> <i>- de la bouche (cf 07.01.04.01)</i> <i>(YYYY030)</i>	1	0	23,94 €	2	ADI
LAQK005 [E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du crâne et/ou du massif facial selon 3 incidences ou plus <i>À l'exclusion de : radiographie</i> <i>- unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire (LBQK005)</i> <i>- de la bouche (cf 07.01.04.01)</i> <i>(YYYY030)</i>	1	0	34,58 €	2	ADI
LBQK005 [E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire <i>Radiographie selon l'incidence de Zimmer</i> <i>(YYYY030)</i>	1	0	25,27 €	2	ADI
LBQK001 [Y, Z]	Tomographie unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire <i>(YYYY030, YYYY227)</i>	1	0	46,55 €	2	ADI

Radiographie, Tronc

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
ZBQK002 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du thorax Radiographie pulmonaire <i>À l'exclusion de : radiographie du squelette du thorax (LJQK001)</i> <i>(YYYY030, ZZLP025)</i>	1	0	21,28 €	2	ADI

LJQK001 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du squelette du thorax <i>Radiographie du gril costal</i> (YYYY030, ZZLP025)	1	0	23,94 €	2	ADI
LJQK002 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du thorax avec radiographie du squelette du thorax <i>Radiographie pulmonaire avec gril costal</i> (YYYY030, ZZLP025)	1	0	45,22 €	2	ADI
LJQK015 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du sternum et/ou des articulations sternoclaviculaires (YYYY030)	1	0	23,94 €	2	ADI
LDQK001 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du segment cervical de la colonne vertébrale selon 1 ou 2 incidences (YYYY030, ZZLP025)	1	0	31,92 €	2	ADI
LDQK002 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du segment cervical de la colonne vertébrale selon 3 incidences ou plus (YYYY030, ZZLP025)	1	0	45,22 €	2	ADI
LDQK004 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du segment cervical et du segment thoracique de la colonne vertébrale (YYYY030, ZZLP025)	1	0	74,48 €	2	ADI
LDQK005 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du segment cervical et du segment lombal de la colonne vertébrale <i>Avec ou sans : radiographie du sacrum et/ou du coccyx</i> (YYYY030, ZZLP025)	1	0	91,77 €	2	ADI
LEQK001 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du segment thoracique de la colonne vertébrale (YYYY030, ZZLP025)	1	0	31,92 €	2	ADI
LEQK002 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du segment thoracique et du segment lombal de la colonne vertébrale <i>Avec ou sans : radiographie du sacrum et/ou du coccyx</i> (YYYY030, ZZLP025)	1	0	74,48 €	2	ADI
LFQK002 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 1 à 3 incidences <i>Avec ou sans : radiographie du sacrum et/ou du coccyx</i> (YYYY030, ZZLP025)	1	0	51,87 €	2	ADI
LFQK001 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 4 incidences ou plus <i>Avec ou sans : radiographie du sacrum et/ou du coccyx</i> (YYYY030, ZZLP025)	1	0	51,87 €	2	ADI

LGQK001 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du sacrum et/ou du coccyx (YYYY030, ZZLP025)	1	0	19,95 €	2	ADI
LHQK007 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de la colonne vertébrale en totalité (YYYY030, ZZLP025)	1	0	101,08 €	2	ADI
LHQK004 [E, Y, Z]	Téléradiographie de la colonne vertébrale en totalité selon 1 incidence (YYYY030)	1	0	46,55 €	2	ADI
LHQK002 [E, Y, Z]	Téléradiographie de la colonne vertébrale en totalité selon 2 incidences (YYYY030)	1	0	57,19 €	2	ADI
LHQK003 [E, Y, Z]	Téléradiographie de la colonne vertébrale en totalité selon 2 incidences avec incidence segmentaire supplémentaire (YYYY030)	1	0	79,8 €	2	ADI

Radiographie, Membre supérieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
MAQK003 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 1 ou 2 incidences (YYYY030, ZZLP025)	1	0	22,61 €	2	ADI
MAQK001 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 3 ou 4 incidences (YYYY030, ZZLP025)	1	0	35,91 €	2	ADI
MAQK002 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 5 incidences ou plus (YYYY030, ZZLP025)	1	0	37,24 €	2	ADI
MBQK001 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du bras (YYYY030, ZZLP025)	1	0	19,95 €	2	ADI
MFQK002 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du coude selon 1 ou 2 incidences (YYYY030, ZZLP025)	1	0	19,95 €	2	ADI
MFQK001 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du coude selon 3 incidences ou plus (YYYY030, ZZLP025)	1	0	29,26 €	2	ADI
MCQK001 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de l'avant-bras (YYYY030, ZZLP025)	1	0	19,95 €	2	ADI
MGQK003 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du poignet selon 1 ou 2 incidences (YYYY030, ZZLP025)	1	0	19,95 €	2	ADI
MGQK001 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du poignet selon 3 incidences ou plus À l'exclusion de : bilan radiographique dynamique du poignet pour entorse non dissociative selon 7 incidences spécifiques (MGQK002) (YYYY030, ZZLP025)	1	0	29,26 €	2	ADI

MGQK002 [C, E, Y, Z]	Bilan radiographique dynamique du poignet pour entorse non dissociative selon 7 incidences spécifiques (YYYY030)	1	0	29,26 €	2	ADI
MDQK001 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de la main ou de doigt (YYYY030, ZZLP025)	1	0	19,95 €	2	ADI
MDQK002 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie bilatérale de la main et/ou du poignet, selon 1 incidence sur un seul cliché de face (YYYY030, ZZLP025)	1	0	19,95 €	2	ADI
MZQK003 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de 2 segments du membre supérieur (YYYY030, ZZLP025)	1	0	29,26 €	2	ADI
MZQK004 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de 3 segments du membre supérieur ou plus (YYYY030, ZZLP025)	1	0	39,9 €	2	ADI
MZQK001 [E, Y, Z]	Téléradiographie unilatérale ou bilatérale du membre supérieur en totalité, de face (YYYY030)	1	0	39,9 €	2	ADI
PAQK001 [E, Y, Z]	Radiographie comparative des cartilages de conjugaison des os longs des membres (YYYY030)	1	0	27,93 €	2	ADI

Radiographie, Membre inférieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
NAQK015 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence (YYYY030)	1	0	19,95 €	2	ADI
NAQK007 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 2 incidences (YYYY030)	1	0	33,25 €	2	ADI
NAQK023 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 3 incidences ou plus (YYYY030)	1	0	46,55 €	2	ADI
NEQK010 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences (YYYY030)	1	0	19,95 €	2	ADI
NEQK035 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 3 incidences (YYYY030)	1	0	33,25 €	2	ADI
NEQK012 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 4 incidences ou plus (YYYY030)	1	0	46,55 €	2	ADI

NBQK001 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de la cuisse (YYYY030, ZZLP025)	1	0	19,95 €	2	ADI
NFQK001 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie unilatérale du genou selon 1 ou 2 incidences (YYYY030, ZZLP025)	1	0	19,95 €	2	ADI
NFQK002 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie bilatérale du genou selon 1 ou 2 incidences par côté (YYYY030, ZZLP025)	1	0	39,9 €	2	ADI
NFQK003 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du genou selon 3 ou 4 incidences (YYYY030, ZZLP025)	1	0	22,61 €	2	ADI
NFQK004 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du genou selon 5 incidences ou plus (YYYY030, ZZLP025)	1	0	38,57 €	2	ADI
NCQK001 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de la jambe (YYYY030, ZZLP025)	1	0	19,95 €	2	ADI
NGQK001 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de la cheville selon 1 à 3 incidences (YYYY030, ZZLP025)	1	0	19,95 €	2	ADI
NGQK002 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de la cheville selon 4 incidences ou plus (YYYY030, ZZLP025)	1	0	29,26 €	2	ADI
NDQK001 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie unilatérale du pied selon 1 à 3 incidences (YYYY030, ZZLP025)	1	0	19,95 €	2	ADI
NDQK002 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie bilatérale du pied selon 1 à 3 incidences par côté (YYYY030, ZZLP025)	1	0	39,9 €	2	ADI
NDQK003 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du pied selon 4 incidences ou plus <i>À l'exclusion de : radiographie du pied selon 4 incidences ou plus, pour étude podométrique (NDQK004)</i> (YYYY030, ZZLP025)	1	0	19,95 €	2	ADI
NDQK004 [B, C, D, E, Y, Z]	Radiographie du pied selon 4 incidences ou plus, pour étude podométrique (YYYY030, ZZLP025)	1	0	29,26 €	2	ADI
NZQK005 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de 2 segments du membre inférieur (YYYY030, ZZLP025)	1	0	29,26 €	2	ADI
NZQK006 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de 3 segments du membre inférieur ou plus (YYYY030, ZZLP025)	1	0	39,9 €	2	ADI
NZQK001 [E, Y, Z]	Téléradiographie unilatérale ou bilatérale du membre inférieur en totalité, de face en appui bipodal (YYYY030)	1	0	39,9 €	2	ADI

NZQK003 [E, Y, Z]	Téléradiographie bilatérale du membre inférieur en totalité, de face en appui monopodal l'un après l'autre (YYYY030)	1	0	45,22 €	2	ADI
PAQK001 [E, Y, Z]	Radiographie comparative des cartilages de conjugaison des os longs des membres (YYYY030)	1	0	27,93 €	2	ADI

Radiographie, Corps entier

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
PAQK004	Radiographie du squelette complet, chez le nouveau-né décédé	1	0	Non pris en charge		ADI
PAQK005 [Y, Z]	Radiographie de l'hémisquelette pour calcul de l'âge osseux, avant l'âge de 2 ans (YYYY030)	1	0	19,95 €	2	ADI
PAQK002 [Y, Z]	Radiographie du squelette pour calcul de l'âge osseux, après l'âge de 2 ans (YYYY030)	1	0	19,95 €	2	ADI
PAQK003 [F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie du squelette complet, segment par segment, chez l'enfant (YYYY030, ZZLP025)	1	0	159,6 €	2	ADI
YYYY163	Radiographie de l'hémisquelette ou du squelette complet chez l'adulte	1	0	159,6 €	2	ADI

Arthrographie et autres, Tête - Cou

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
LBQH001 [E, Y, Z]	Arthrographie unilatérale de l'articulation temporomandibulaire (YYYY030, YYYY420)	1	0	57,19 €	2	ADI
LBQH003 [E, Y, Z]	Arthrographie bilatérale de l'articulation temporomandibulaire (YYYY030, YYYY420) <i>Avec ou sans : injection intraveineuse de produit de contraste</i>	1	0	114,38 €	2	ADI
LBQH002 [E, Y, Z]	Arthroscannographie unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire (YYYY030, YYYY420, ZZLP025)	1	0	57,19 €	2	ADI

Arthrographie et autres, Tronc

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
AEQH001 [E, F, P, S, U, Y, Z]	Myélographie dorsale et/ou lombale <i>Avec ou sans : sacroradiculographie (YYYY030, YYYY057)</i>	1	0	106,4 €	2	ADI
AFQH003 [E, F, P, S, U, Y, Z]	Myélographie avec scanographie de la colonne vertébrale [Myéloscanner] (YYYY030, YYYY057, ZZLP025, ZZQP004)	1	0	106,4 €	1	ADI

AFQH002 [E, F, P, S, U, Y, Z]	Saccoradiculographie (YYYY030, YYYY057)	1	0	106,4 €	2	ADI
AFQH001 [E, F, P, S, U, Y, Z]	Saccoradiculographie avec scanographie de la colonne vertébrale (YYYY030, YYYY057, ZZLP025, ZZQP004)	1	0	106,4 €	1	ADI
LHQH001 [E, Y, Z]	Arthrographie d'articulation vertébrale postérieure (YYYY030, YYYY420, ZZLP025)	1	0	46,55 €	2	ADI
LHQH003 [E, Y, Z]	Discographie intervertébrale unique, par voie transcutanée (YYYY030, YYYY070, ZZLP025)	1	0	106,4 €	2	ADI
LHQH005 [E, Y, Z]	Discographie intervertébrale unique par voie transcutanée, avec scanographie de la colonne vertébrale [Discoscaner] (YYYY070, ZZLP025, ZZQP004)	1	0	106,4 €	2	ADI
LHQH004 [E, Y, Z]	Discographie intervertébrale multiple, par voie transcutanée (YYYY030, YYYY318, ZZLP025)	1	0	106,4 €	2	ADI

Arthrographie et autres, Membre supérieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
MEQH001 [E, Y, Z]	Arthrographie de l'épaule (YYYY030, YYYY420, ZZLP025)	1	0	79,8 €	2	ADI
MFQH001 [E, Y, Z]	Arthrographie du coude (YYYY030, YYYY420, ZZLP025)	1	0	57,19 €	2	ADI
MGQH001 [E, Y, Z]	Arthrographie du poignet (YYYY030, YYYY420, ZZLP025)	1	0	69,16 €	2	ADI
MHQH001 [E, Y, Z]	Arthrographie métacarpophalangienne ou interphalangienne de doigt (YYYY030, YYYY420, ZZLP025)	1	0	39,9 €	2	ADI
MZQH001 [E, Y, Z]	Arthrographie du membre supérieur avec scanographie [Arthroscaanner du membre supérieur] (YYYY030, YYYY420, ZZLP025)	1	0	79,8 €	2	ADI

Arthrographie et autres, Membre inférieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
NEQH002 [E, Y, Z]	Arthrographie de la hanche (YYYY019, YYYY030, YYYY420, ZZLP025)	1	0	69,16 €	2	ADI
NFQH001 [E, Y, Z]	Arthrographie du genou (YYYY030, YYYY420, ZZLP025)	1	0	106,4 €	2	ADI
NGQH001 [E, Y, Z]	Arthrographie de la cheville (YYYY030, YYYY420, ZZLP025)	1	0	57,19 €	2	ADI
NHQH001 [E, Y, Z]	Arthrographie du pied et/ou des orteils (YYYY030, YYYY420, ZZLP025)	1	0	39,9 €	2	ADI
NZQH002 [E, Y, Z]	Arthrographie du membre inférieur avec scanographie [Arthroscaanner du membre inférieur] (YYYY030, YYYY420, ZZLP025)	1	0	93,1 €	2	ADI

Échographie

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
NEQM001	Échographie unilatérale ou bilatérale de la hanche du nouveau-né	1	0	37,8 €	2	ADE
PBQM002 [F, P, S, U]	Échographie unilatérale ou bilatérale d'une articulation <i>À l'exclusion de : échographie unilatérale ou bilatérale de la hanche du nouveau-né (NEQM001)</i>	1	0	37,8 €	2	ADE
PBQM001 [F, P, S, U]	Échographie unilatérale ou bilatérale de plusieurs articulations	1	0	37,8 €	2	ADE
PBQM003 [F, P, S, U]	Échographie unilatérale ou bilatérale d'une articulation et de son appareil capsuloligamentaire <i>À l'exclusion de : échographie unilatérale ou bilatérale de la hanche du nouveau-né (NEQM001)</i>	1	0	37,8 €	2	ADE
PBQM004 [F, P, S, U]	Échographie unilatérale ou bilatérale de plusieurs articulations et de leur appareil capsuloligamentaire	1	0	37,8 €	2	ADE
PCQM001 [F, P, S, U]	Échographie de muscle et/ou de tendon <i>(ZZQM005)</i>	1	0	37,8 €	2	ADE

Ostéodensitométrie

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
NDQM900	Ostéodensitométrie du calcaneus par échographie	1	0	Non pris en charge		ADE
PAQK007	Ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] sur 2 sites, par méthode biphotonique *	1	0	39,96 €	RC	ADI
PAQK008	Ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] du corps entier par méthode biphotonique, pour affection osseuse constitutionnelle chez l'enfant Ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] du corps entier par méthode biphotonique, pour ostéogénèse imparfaite [maladie des os de verre]	1	0	Non pris en charge		ADI
PAQK900	Ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] du corps entier par méthode biphotonique, pour affection osseuse autre que constitutionnelle	1	0	Non pris en charge		ADI

*** Pour chacune de ces indications l'ostéodensitométrie n'est indiquée que si le résultat de l'examen peut, a priori, conduire à une modification de la prise en charge thérapeutique du patient.**

Pour un premier examen :

– dans la population générale, quels que soient l'âge et le sexe :

- en cas de signes d'ostéoporose : découverte ou confirmation radiologique d'une fracture vertébrale (déformation du corps vertébral) sans contexte traumatique ni tumoral évident ; antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur (sont exclues de ce cadre les fractures du crâne, des orteils, des doigts, du rachis cervical) ;
- en cas de pathologie ou traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose : lors d'une corticothérapie systémique (de préférence au début) prescrite pour une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose > 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone ; antécédent documenté de pathologie ou de traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose : hypogonadisme prolongé (incluant l'androgénoprivation chirurgicale [orchidectomie] ou médicamenteuse

[traitement prolongé par un analogue de la Gn-Rh]), hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive et ostéogénèse imparfaite ;

- chez la femme ménopausée (y compris pour les femmes sous traitement hormonal de la ménopause à des doses utilisées inférieures aux doses recommandées pour la protection osseuse), indications supplémentaires (par rapport à la population générale) :
 - antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au 1er degré ;
 - indice de masse corporelle < 19 kg/m² ;
 - ménopause avant 40 ans, quelle qu'en soit la cause ;
 - antécédent de prise de corticoïdes d'une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose > 7,5 mg/jour équivalent prednisone.

Pour un second examen :

- à l'arrêt du traitement anti-ostéoporotique, en dehors de l'arrêt précoce pour effet indésirable, chez la femme ménopausée ;
- chez la femme ménopausée sans fracture, lorsqu'un traitement n'a pas été mis en route après une première ostéodensitométrie montrant une valeur normale ou une ostéopénie, une deuxième ostéodensitométrie peut être proposée 3 à 5 ans après la réalisation de la première en fonction de l'apparition de nouveaux facteurs de risque.

Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale, formation technique des opérateurs et formation à l'interprétation des résultats de l'examen. La compétence en radioprotection est obligatoire.

Environnement : spécifique ; respect des modalités de contrôle qualité des dispositifs d'ostéodensitométrie utilisant les radiations ionisantes (décision AFSSAPS du 20 avril 2005).

Code extension documentaire, pour distinguer :

- premier examen : coder A ;
- examen de suivi : coder B.

6.3 Bilan fonctionnel

Ce chapitre regroupe le bilan fonctionnel d'articulation réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale et les explorations fonctionnelles des flux lacrymaux, l'électrocardiogramme et l'évaluation de la qualité de vie.

Bilan Fonctionnel, Membre supérieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
MZQP001 [A]	Bilan fonctionnel de l'articulation de l'épaule, du coude et/ou du poignet, sous anesthésie générale ou locorégionale anesthésie (GELE001)	1	0	19,3 €	1	ATM
		4	0	49,47 €	1	ADA
MHQP001 [A]	Bilan fonctionnel des articulations de la main, sous anesthésie générale ou locorégionale anesthésie (GELE001)	1	0	20 €	1	ATM
		4	0	50,3 €	1	ADA

Bilan Fonctionnel, Membre inférieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
NEQP002	Bilan fonctionnel de l'articulation coxofémorale, sous anesthésie générale ou locorégionale <i>Avec ou sans : confection d'un appareillage rigide d'immobilisation externe</i>	1	0	25,15 €	1	ATM
[A]	anesthésie <i>À l'exclusion de : bilan fonctionnel de hanche instable non traumatique (NEQP001, NEQH001) (GELE001)</i>	4	0	48 €	1	ADA
NEQP001	Bilan fonctionnel de hanche instable non traumatique avec confection d'un appareillage rigide d'immobilisation externe, sous anesthésie générale	1	0	47,61 €	1	ATM
[A]	anesthésie <i>(GELE001)</i>	4	0	62,72 €	1	ADA
NEQH001	Bilan fonctionnel de hanche instable non traumatique avec arthrographie et confection d'un appareillage rigide d'immobilisation externe, sous anesthésie générale	1	0	69,16 €	1	ATM
[A, Z]	anesthésie <i>(GELE001, YYYY030, YYYY420)</i>	4	0	70,85 €	1	ADA
NFQP001	Bilan fonctionnel de l'articulation du genou, sous anesthésie générale ou locorégionale <i>Avec ou sans : ponction articulaire</i>	1	0	26,79 €	1	ATM
[A, 7]	anesthésie <i>(GELE001)</i>	4	0	48 €	1	ADA
NFQP002	Bilan fonctionnel de l'articulation du genou avec confection d'un appareillage rigide d'immobilisation externe, sous anesthésie générale ou locorégionale <i>Avec ou sans : ponction articulaire</i>	1	0	34,74 €	1	ATM
[A, 7]	anesthésie <i>(GELE001)</i>	4	0	48 €	1	ADA
NGQP001	Bilan fonctionnel de l'articulation de la cheville, sous anesthésie générale ou locorégionale <i>Avec ou sans : confection d'un appareillage rigide d'immobilisation externe</i>	1	0	20,94 €	1	ATM
[A]	anesthésie <i>(GELE001)</i>	4	0	49,05 €	1	ADA

Bilan Fonctionnel, Autre

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
BBQP001	Exploration fonctionnelle des flux lacrymaux <i>Tests de Schirmer, épreuves aux colorants vitaux</i>	1	0	19,2 €	2	ATM
ZFQP003	Test d'évaluation de la qualité de vie	1	0	Non pris en charge		ATM
DEQP003	Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020) (YYYY490)</i>	1	0	13,07 €	2	ATM
[F, P, S, U]						

6.4 Ponction, biopsie

La cible de la ponction et/ou biopsie peut être :

- Un liquide : articulaire, céphalorachidien, pleural, péritonéal ;
- La peau : dermo-épidermique, tissus sous-cutanés sus fasciaux (c'est-à-dire l'épiderme, le derme et/ou le tissu cellulaire sous-cutané sans dépassement du fascia superficiel), tissus mous sous fasciaux (atteinte ou dépassement du fascia superficiel) ;
- L'artère temporale ;
- Les glandes salivaires accessoires ;
- La moelle osseuse ;
- Un nerf, muscle ;
- Un os, le disque, l'articulation ;
- Un organe superficiel défini notamment pour les gestes sous échographie par toute structure non vasculaire de localisation non intrathoracique, non intra-abdominale, comprenant donc l'articulation, l'appareil capsuloligamentaire, muscle et tendon

Ponction - Biopsie, Tête / cou

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
EBHA001	Biopsie unilatérale ou bilatérale de l'artère temporale superficielle, par abord direct (ZZLP025)	1	0	52,25 €	2	ADC
HCHA002	Biopsie des petites glandes salivaires [glandes salivaires mineures] [glandes salivaires accessoires] (ZZLP025)	1	0	17,61 €	2	ADC
LAHH004 [F, J, K, P, S, U]	Ponction ou cytoponction du crâne et/ou du massif facial, par voie transcutanée avec guidage radiologique (ZZLP025)	1	0	104,5 €	1	ATM
LAHH005 [F, J, K, P, S, U]	Ponction ou cytoponction du crâne et/ou du massif facial, par voie transcutanée avec guidage scanographique (ZZLP025)	1	0	104,5 €	1	ATM
LAHH002	Biopsie du crâne et/ou du massif facial, par voie transcutanée avec guidage radiologique (ZZLP025)	1	0	76,8 €	1	ATM
LAHH006	Biopsie du crâne et/ou du massif facial, par voie transcutanée avec guidage scanographique (ZZLP025)	1	0	76,8 €	1	ATM

Ponction - Biopsie, Tronc

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
AFHB001 [F, P, S, U]	Ponction de liquide cébrospinal, par voie infraoccipitale ou latérocervicale transcutanée [Ponction sousoccipitale]	1	0	31,39 €	2	ATM
AFHB002 [F, P, S, U]	Ponction de liquide cébrospinal, par voie lombale transcutanée [Ponction lombaire]	1	0	21,7 €	2	ATM
LJHB001	Biopsie osseuse du sternum et/ou des côtes, par voie transcutanée	1	0	30,06 €	2	ATM
FDHB001 [F, P, S, U]	Ponction de moelle osseuse pour myélogramme dans un territoire, par voie transcutanée <i>(ZZLP025)</i>	1	0	9,6 €	2	ATM
FDHB005 [A, F, P, S, U]	Ponction de moelle osseuse pour myélogramme dans plusieurs territoires sous anesthésie générale, par voie transcutanée anesthésie <i>(GELE001)</i>	1 4	0 0	14,4 € 51,97 €	1 1	ATM ADA
FDHB006	Ponction de moelle osseuse pour myélogramme et analyses biologiques dans un territoire, par voie transcutanée <i>(ZZLP025)</i>	1	0	9,6 €	2	ATM
FDHB004 [J, K]	Ponction de moelle osseuse pour myélogramme et analyses biologiques avec biopsie ostéomédullaire dans le même territoire, par voie transcutanée <i>(ZZLP025)</i> <i>Le prélèvement de sang, par voie vasculaire transcutanée inclut le guidage angiographique.</i>	1	0	67,5 €	1	ATM
FDHB003 [A]	Ponction de moelle osseuse pour myélogramme et analyses biologiques dans plusieurs territoires sous anesthésie générale, par voie transcutanée anesthésie <i>(GELE001)</i>	1 4	0 0	14,4 € 53,85 €	1 1	ATM ADA
FDHB002 [J, K]	Biopsie ostéomédullaire, par voie transcutanée <i>(ZZLP025)</i>	1	0	62,7 €	1	ATM
GGHB001 [F, P, S, U]	Ponction d'un épanchement pleural, sans guidage	1	0	27,73 €	2	ATM
GGHB002	Biopsie de la plèvre, par voie transcutanée sans guidage	1	0	45,38 €	2	ATM
HPHB003 [F, P, S, U]	Ponction d'un épanchement péritonéal, par voie transcutanée <i>Ponction d'ascite, par voie transcutanée</i> <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015,YYYY020)</i>	1	0	22,22 €	2	ATM

LHHH001	Ponction ou cytoponction osseuse et/ou discale de la colonne vertébrale, par voie transcutanée avec guidage scanographique (ZZLP025) <i>Ponction-biopsie de l'articulation sternoclaviculaire</i> (ZZLP025)	1	0	9,6 €	2	ATM
LHHH003	Biopsie osseuse et/ou discale de la colonne vertébrale, par voie transcutanée avec guidage radiologique (ZZLP025)	1	0	76,8 €	1	ATM
LHHH002	Biopsie osseuse et/ou discale de la colonne vertébrale, par voie transcutanée avec guidage scanographique (YYYY120, ZZLP025)	1	0	41,8 €	1	ATM

Ponction - Biopsie, Membre supérieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
MZHB002	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage <i>Avec ou sans : examen du liquide synovial au microscope</i>	1	0	15,94 €	2	ATM
MZHH001	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique <i>Avec ou sans : examen du liquide synovial au microscope</i>	1	0	9,6 €	2	ATM
ZZHJ007	Ponction ou cytoponction d'un organe superficiel sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique <i>À l'exclusion de : ponction ou cytoponction, par voie transcutanée avec guidage échographique</i> <i>- d'une lésion de la glande thyroïde (KCHJ001)</i> <i>- d'une lésion de la glande mammaire (QEHJ003)</i>	1	0	19,2 €	2	ATM
ZZHJ016	Ponction ou cytoponction d'organe superficiel sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique <i>À l'exclusion de : ponction ou cytoponction, par voie transcutanée avec guidage échographique</i> <i>- de plusieurs lésions de la glande thyroïde (KCHJ004)</i> <i>- de plusieurs lésions de la glande mammaire (QEHJ002)</i>	1	0	19,2 €	2	ATM
MZHH002	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée avec guidage scanographique <i>Avec ou sans : examen du liquide synovial au microscope</i>	1	0	9,6 €	2	ATM
MZHB001	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage (ZZLP025)	1	0	22,47 €	2	ATM
MZHH003	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique (ZZLP025)	1	0	76,8 €	2	ATM

ZZHJ001	Biopsie d'un organe superficiel sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique <i>À l'exclusion de : biopsie, par voie transcutanée avec guidage échographique</i> <i>- d'une lésion de la glande thyroïde (KCHJ003)</i> <i>- d'une lésion de la glande mammaire (QEHJ001)</i>	1	0	76,8 €	2	ATM
ZZHJ022	Biopsie d'organe superficiel sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique <i>À l'exclusion de : biopsie, par voie transcutanée avec guidage échographique</i> <i>- de plusieurs lésions de la glande thyroïde (KCHJ002)</i> <i>- de plusieurs lésions de la glande mammaire (QEHJ005)</i>	1	0	115,2 €	2	ATM
MZHH004	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée avec guidage scanographique <i>(ZZLP025)</i>	1	0	76,8 €	2	ATM

Ponction - Biopsie, Membre inférieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
NAHB001 [J, K]	Biopsie unicorticale de l'os coxal, par voie transcutanée <i>(ZZLP025)</i>	1	0	63,23 €	2	ATM
NAHB002 [J, K]	Biopsie bicorticale de la crête iliaque, par voie transcutanée <i>Biopsie de la crête iliaque pour étude histomorphométrique</i> <i>(ZZLP025)</i>	1	0	66,77 €	2	ATM
NZHB002	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage <i>Avec ou sans : examen du liquide synovial au microscope</i>	1	0	19,16 €	2	ATM
NZHH004 [F, P, S, U]	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique <i>Avec ou sans : examen du liquide synovial au microscope</i>	1	0	14,4 €	2	ATM
ZZHJ007	Ponction ou cytoponction d'un organe superficiel sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique <i>À l'exclusion de : ponction ou cytoponction, par voie transcutanée avec guidage échographique</i> <i>- d'une lésion de la glande thyroïde (KCHJ001)</i> <i>- d'une lésion de la glande mammaire (QEHJ003)</i>	1	0	19,2 €	2	ATM
ZZHJ016	Ponction ou cytoponction d'organe superficiel sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique <i>À l'exclusion de : ponction ou cytoponction, par voie transcutanée avec guidage échographique</i> <i>- de plusieurs lésions de la glande thyroïde (KCHJ004)</i> <i>- de plusieurs lésions de la glande mammaire (QEHJ002)</i>	1	0	19,2 €	2	ATM
NZHH001	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée avec guidage scanographique <i>Avec ou sans : examen du liquide synovial au microscope</i>	1	0	14,4 €	2	ATM

NZHB001	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage <i>À l'exclusion de : biopsie de l'os coxal, par voie transcutanée (NAHB001, NAHB002) (ZZLP025)</i>	1	0	30,33 €	2	ATM
NZHH003	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique <i>À l'exclusion de : biopsie de l'os coxal, par voie transcutanée (NAHB001, NAHB002) (ZZLP025)</i>	1	0	76,8 €	2	ATM
ZZHJ001	Biopsie d'un organe superficiel sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique <i>À l'exclusion de : biopsie, par voie transcutanée avec guidage échographique - d'une lésion de la glande thyroïde (KCHJ003) - d'une lésion de la glande mammaire (QEHJ001)</i>	1	0	76,8 €	2	ATM
ZZHJ022	Biopsie d'organe superficiel sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique <i>À l'exclusion de : biopsie, par voie transcutanée avec guidage échographique - de plusieurs lésions de la glande thyroïde (KCHJ002) - de plusieurs lésions de la glande mammaire (QEHJ005)</i>	1	0	115,2 €	2	ATM
NZHH002	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée avec guidage scanographique <i>(ZZLP025)</i>	1	0	76,8 €	2	ATM

Ponction - Biopsie, sans mention de localisation

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
QZHA001	Biopsie dermoépidermique, par abord direct <i>À l'exclusion de : biopsie de la plaque aréolomamelonnaire (QEHA001) (ZZLP025)</i>	1	0	19,65 €	2	ADC
QZHA005	Biopsie des tissus souscutanés susfasciaux, par abord direct <i>Avec ou sans : biopsie dermoépidermique (ZZLP025)</i>	1	0	17,43 €	2	ADC
AHHB001	Biopsie de nerf périphérique, par voie transcutanée	1	0	43,4 €	2	ATM
AHHA001	Biopsie de nerf périphérique, par abord direct <i>(ZZLP025)</i>	1	0	45,09 €	1	ADC
PCHB001	Biopsie musculaire, par voie transcutanée <i>(ZZLP025)</i>	1	0	41,8 €	2	ATM

PDHA001	Biopsie des tissus mous sous-fasciaux, par abord direct <i>Biopsie musculaire chirurgicale</i> <i>Avec ou sans : biopsie de la peau et/ou des tissus sous-cutanés sus-fasciaux</i> <i>À l'exclusion de : biopsie, par abord direct</i> <i>- de nerf périphérique (AHHA001)</i> <i>- neuromusculaire (AHHA002)</i> <i>- d'artère des membres ou du cou (EBHA002)</i> <i>- unilatérale ou bilatérale de l'artère temporale superficielle (EBHA001)</i> <i>(ZZLP025)</i>	1	0	41,8 €	1	ADC
AHHA002	Biopsie neuromusculaire, par abord direct <i>Avec ou sans : pose de cathéter</i> <i>(ZZLP025)</i>	1	0	49,77 €	1	ADC
FCHB001	Ponction ou cytoponction de nœud [ganglion] lymphatique, par voie transcutanée sans guidage <i>(ZZLP025)</i>	1	0	5,76 €	2	ATM
FEHB001 [F, P, S, U]	Prélèvement de sang artériel, par voie transcutanée	1	0	9,6 €	2	ATM

6.5 Arthroscopie

Il s'agit d'acte diagnostique d'exploration ou thérapeutique à type de synovectomie, d'évacuation, de libération mobilisatrice [arthrolyse], de nettoyage articulaire [débridement], d'arthroplastie, d'acromioplastie, de capsuloplastie, de réparation, de résection, de réinsertion, d'exérèse ou de ménisectomie.

Pour l'arthroscopie diagnostique, cet acte inclut ou non la réalisation d'une biopsie et/ou d'un prélèvement pendant le geste.

Pour l'arthroscopie thérapeutique :

- Tout acte thérapeutique inclut le nettoyage de l'articulation traitée.
- La synovectomie de l'articulation scapulo-humérale comprend ou non la réalisation d'une bursectomie subacromiale.
- L'évacuation d'une collection articulaire inclut le lavage articulaire avec ou sans drainage.

- La libération mobilisatrice d'une articulation [arthrolyse] inclut la capsulotomie articulaire, la libération de tendon péri-articulaire et la résection d'ostéophyte et de butoir osseux.
- Le nettoyage articulaire comprend la résection localisée de la synoviale, de replis synoviaux et/ou d'ostéophytes, l'ablation de corps étrangers intra-articulaires, de fragments fibrocartilagineux et/ou d'autres chondropathies localisées.
- La ménisectomie inclut le nettoyage de l'articulation.
- L'arthroplastie inclut la réparation de l'appareil capsuloligamentaire par suture ou plastie, la stabilisation de l'articulation [arthrorise] par matériel et/ou contention par appareillage rigide externe.
- La suture de muscle ou de tendon inclut l'immobilisation par appareillage externe ou par arthrorise.

Arthroscopie, Membre supérieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
MEQC001 [A, 7]	Exploration de la bourse séreuse subacromiale, par arthroscopie [Bursoscopie sousacromiale] anesthésie (GELE001)	1	0	142,51 €	1	ADC
		4	0	58,44 €	1	ADA
MEQC002 [A, 7]	Exploration de l'articulation de l'épaule, par arthroscopie <i>Avec ou sans : exploration de la bourse séreuse subacromiale, par arthroscopie</i> anesthésie (GELE001)	1	0	152,34 €	1	ADC
		4	0	60,32 €	1	ADA
MFQC001 [A, 7]	Exploration de l'articulation du coude, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	151,87 €	1	ADC
		4	0	49,47 €	1	ADA
MGQC001 [A, 7]	Exploration de l'articulation du poignet, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	161,7 €	1	ADC
		4	0	51,56 €	1	ADA
MEMC001 [A, J, K, 7]	Arthroplastie acromioclaviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	153,27 €	1	ADC
		4	0	84,89 €	1	ADA
MEJC001 [A, F, P, S, U, 7]	Nettoyage de l'articulation scapulohumérale, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	179,24 €	1	ADC
		4	0	72,2 €	1	ADA

MEMC003 [A, J, K, 7]	Acromioplastie sans prothèse, par arthroscopie <i>Avec ou sans : arthroscopie scapulohumérale</i> anesthésie <i>(GELE001)</i>	1	0	263,05 €	1	ADC
		4	0	97,39 €	1	ADA
MEPC001 [A, 7]	Libération mobilisatrice de l'articulation scapulohumérale et/ou subacromiale, par arthroscopie anesthésie <i>(GELE001)</i>	1	0	189,7 €	1	ADC
		4	0	82,6 €	1	ADA
MEFC002 [A, 7]	Synovectomie totale de l'articulation scapulohumérale, par arthroscopie anesthésie <i>(GELE001)</i>	1	0	216,14 €	1	ADC
		4	0	85,31 €	1	ADA
MEMC002 [A, J, K, 7]	Capsuloplastie antérieure ou postérieure de l'articulation scapulohumérale, par arthroscopie anesthésie <i>(GELE001)</i>	1	0	268,71 €	1	ADC
		4	0	79,68 €	1	ADA
MEMC004 [A, J, K, 7]	Réparation du bourrelet glénoïdal scapulohuméral, par arthroscopie anesthésie <i>(GELE001)</i>	1	0	243,21 €	1	ADC
		4	0	90,11 €	1	ADA
MEFC001 [A, J, K, 7]	Résection du bourrelet glénoïdal scapulohuméral, par arthroscopie anesthésie <i>(GELE001)</i>	1	0	219,35 €	1	ADC
		4	0	85,94 €	1	ADA
MJEC001 [A, J, K, 7]	Réinsertion ou suture d'un tendon de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie anesthésie <i>(GELE001)</i>	1	0	323,9 €	1	ADC
		4	0	122,44 €	1	ADA
MJEC002 [A, J, K, 7]	Réinsertion et/ou suture de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie anesthésie <i>(GELE001)</i>	1	0	363,85 €	1	ADC
		4	0	134,63 €	1	ADA
MJFC001 [A, J, K, 7]	Exérèse de calcification intratendineuse de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie anesthésie <i>(GELE001)</i>	1	0	199,67 €	1	ADC
		4	0	93,88 €	1	ADA
MFJC001 [A, F, P, S, U, 7]	Nettoyage de l'articulation du coude, par arthroscopie anesthésie <i>(GELE001)</i>	1	0	155,85 €	1	ADC
		4	0	75,33 €	1	ADA
MFPC001 [A, 7]	Libération mobilisatrice de l'articulation du coude, par arthroscopie anesthésie <i>(GELE001)</i>	1	0	223,63 €	1	ADC
		4	0	83,02 €	1	ADA
MFFC001 [A, 7]	Synovectomie totale du coude, par arthroscopie anesthésie <i>(GELE001)</i>	1	0	218,01 €	1	ADC
		4	0	88,02 €	1	ADA

Arthroscopie, Membre inférieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
NEQC001 [A, 7]	Exploration de l'articulation coxofémorale, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	158,19 €	1	ADC
		4	0	75,54 €	1	ADA
NFQC001 [A, 7]	Exploration de l'articulation du genou, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	125,4 €	1	ADC
		4	0	60,11 €	1	ADA
NGQC001 [A, 7]	Exploration de l'articulation de la cheville, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	137,13 €	1	ADC
		4	0	69,49 €	1	ADA
NEJC001 [A, F, P, S, U, 7]	Nettoyage de l'articulation coxofémorale, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	151,87 €	1	ADC
		4	0	74,5 €	1	ADA
NEFC001 [A, 7]	Synovectomie coxofémorale, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	254,68 €	1	ADC
		4	0	110,03 €	1	ADA
NFJC002 [A, F, P, S, U, 7]	Évacuation de collection de l'articulation du genou, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	147,42 €	1	ADC
		4	0	64,07 €	1	ADA
NFJC001 [A, F, P, S, U, 7]	Nettoyage de l'articulation du genou, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	141,81 €	1	ADC
		4	0	70,12 €	1	ADA
NFPC002 [A, 7]	Libération mobilisatrice de l'articulation du genou, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	210,76 €	1	ADC
		4	0	70,71 €	1	ADA
NFFC002 [A, 7]	Synovectomie antérieure du genou, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	188,06 €	1	ADC
		4	0	68,62 €	1	ADA
NFFC001 [A, 7]	Synovectomie du genou, par arthroscopie antérieure et par arthroscopie postérieure anesthésie (GELE001)	1	0	220,35 €	1	ADC
		4	0	75,51 €	1	ADA
NFPC001 [A, 7]	Section du rétinaculum patellaire latéral [aileron rotulien externe], par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	128,24 €	1	ADC
		4	0	57,81 €	1	ADA

NFFC004 [A, 7]	Ménisectomie latérale ou médiale du genou, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	175,2 €	1	ADC
		4	0	69,25 €	1	ADA
NFFC003 [A, 7]	Ménisectomies latérale et médiale du genou, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	257,18 €	1	ADC
		4	0	95,22 €	1	ADA
NFEC002 [A, 7]	Réinsertion ou suture d'un ménisque du genou, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	205,61 €	1	ADC
		4	0	69,08 €	1	ADA
NFEC001 [A, 7]	Réinsertion ou suture des 2 ménisques du genou, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	303,97 €	1	ADC
		4	0	105,65 €	1	ADA
NGJC002 [A, F, P, S, U, 7]	Évacuation de collection de l'articulation tibiotaliennne ou d'une articulation du pied, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	131,47 €	1	ADC
		4	0	63,86 €	1	ADA
NGJC001 [A, F, P, S, U, 7]	Nettoyage de l'articulation tibiotaliennne, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	154,21 €	1	ADC
		4	0	75,12 €	1	ADA
NGPC001 [A, 7]	Libération mobilisatrice de l'articulation tibiotaliennne et/ou synovectomie tibiotaliennne, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	1	0	179,01 €	1	ADC
		4	0	73,45 €	1	ADA

6.6 Réduction orthopédique

Sont décrites les réductions orthopédiques progressives ou non du rachis, de luxations et/ou de fractures d'articulation ou d'os des membres.

La réduction orthopédique extemporanée d'une fracture inclut la contention par confection d'un appareillage rigide externe et comprend la réduction orthopédique itérative de fracture, avec gypsotomie de réaxation.

La réduction orthopédique extemporanée d'une luxation inclut la contention par confection d'un appareillage rigide externe, ou la stabilisation interne [arthrorise] temporaire.

Réduction orthopédique, Tête - Cou

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
LBEP005 [F, P, S, U]	Réduction orthopédique d'une luxation temporomandibulaire unilatérale ou bilatérale (HBDD007, HBDD008, HBDD014, ZZLP025)	1	0	13,32 €	1	ATM

Réduction orthopédique, Tronc

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
LDEP002 [F, P, S, U]	Réduction orthopédique extemporanée de lésion traumatique de la colonne vertébrale cervicale par traction (ZZLP025)	1	0	205,95 €	1	ATM
LDEP003 [F, P, S, U]	Réduction orthopédique progressive de lésion traumatique de la colonne vertébrale cervicale par traction continue (ZZLP025)	1	0	140,21 €	1	ATM
LFEP001	Réduction orthopédique progressive d'un spondylolisthésis lombal, par hamac et/ou traction bipolaire (ZZLP025)	1	0	146,76 €	1	ATM
LHEB001	Réduction orthopédique progressive d'une scoliose ou d'une cyphose, par traction continue de la colonne vertébrale par halo crânien (ZZLP025)	1	0	140,36 €	1	ATM
LHEB002	Réduction orthopédique progressive d'une scoliose ou d'une cyphose, par traction continue bipolaire de la colonne vertébrale par halo crânien et contrappui thoracique, pelvien ou fémoral (ZZLP025)	1	0	168,44 €	1	ATM
LHEP002 [F, P, S, U]	Réduction orthopédique extemporanée d'une scoliose ou d'une cyphose par manœuvres externes, avec confection d'un corset rigide	1	0	145 €	1	ATM
LHEP003 [F, M, P, S, U]	Réduction orthopédique extemporanée de lésion traumatique de la colonne vertébrale par manœuvres externes À l'exclusion de : réduction orthopédique extemporanée de lésion traumatique de la colonne vertébrale cervicale par traction (LDEP002) (ZZLP025)	1	0	124,3 €	1	ATM

Réduction orthopédique, Membre supérieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
MEEP001 [F, M, P, S, U]	Réduction orthopédique d'une luxation ou luxation-fracture acromioclaviculaire ou sternoclaviculaire (YYYY012, ZZLP025)	1	0	32,7 €	1	ATM
MEEP002 [A, F, L, M, P, S, U, 7]	Réduction orthopédique d'une luxation scapulohumérale anesthésie (GELE001, YYYY012)	1	0	34,11 €	1	ADC
		4	0	55,73 €	1	ADA
MFEP001 [F, P, S, U]	Réduction orthopédique d'une pronation douloureuse du coude <i>Indication : pronation douloureuse chez l'enfant</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> (YYYY012)	1	0	31,35 €	1	ATM
MFEP002 [A, F, L, M, P, S, U, 7]	Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture du coude anesthésie (GELE001, YYYY012)	1	0	62,83 €	1	ADC
		4	0	57,81 €	1	ADA
MGEP002 [A, F, L, M, P, S, U, 7]	Réduction orthopédique de fracture du carpe et/ou d'une luxation du poignet anesthésie (GELE001, YYYY012)	1	0	46,04 €	1	ADC
		4	0	56,14 €	1	ADA
MHEP003 [F, M, P, S, U]	Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture trapézométacarpienne (YYYY012, ZZLP025)	1	0	51,64 €	1	ATM
MHEP004 [F, M, P, S, U]	Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture carpométacarpienne <i>À l'exclusion de : réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture trapézométacarpienne (MHEP003)</i> (YYYY012, ZZLP025)	1	0	51,64 €	1	ATM
MHEP002 [F, M, P, S, U]	Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt (YYYY012, ZZLP025)	1	0	33,44 €	1	ATM
MHEP001 [A, F, L, M, P, S, U, 7]	Réduction orthopédique de plusieurs luxations et/ou luxations-fractures métacarpophalangiennes et/ou interphalangiennes de doigt anesthésie (GELE001, YYYY012)	1	0	64,7 €	1	ADC
		4	0	83,6 €	1	ADA

Réduction orthopédique, Membre inférieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
NAEP001 [F, P, S, U]	Réduction orthopédique progressive de fracture et/ou de luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], par traction continue ou suspension (YYYY012, ZZLP025)	1	0	86,21 €	1	ATM
NAEP002 [A, F, L, M, P, S, U, 7]	Réduction orthopédique extemporanée de fracture et/ou de luxation de la ceinture pelvienne [du bassin]	1	0	93,46 €	1	ADC
	anesthésie (GELE001, YYYY012)	4	0	48,84 €	1	ADA
NEEP003	Réduction orthopédique progressive d'une hanche instable non traumatique par traction, avant l'âge de 12 mois (ZZLP025)	1	0	273,16 €	1	ATM
NEEP001	Réduction orthopédique progressive d'une hanche instable non traumatique par traction, après l'âge de 12 mois (ZZLP025)	1	0	299,83 €	1	ATM
NEEP002 [A, F, L, M, P, S, U, 7]	Réduction orthopédique d'une luxation de prothèse de l'articulation coxofémorale	1	0	83,6 €	1	ADC
	anesthésie (GELE001, YYYY012)	4	0	57,81 €	1	ADA
NEEP004 [A, F, L, M, P, S, U, 7]	Réduction orthopédique d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale, avec contention par appareillage rigide pelvipédieux	1	0	114,95 €	1	ADC
	anesthésie (GELE001, YYYY012)	4	0	64,7 €	1	ADA
NEEP005 [A, F, L, M, P, S, U, 7]	Réduction orthopédique d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale, avec fracture ou décollement épiphysaire de la tête du fémur	1	0	209 €	1	ADC
	anesthésie (GELE001, YYYY012)	4	0	84,29 €	1	ADA
NEEP006	Réduction orthopédique progressive d'une hanche instable non traumatique par harnais (ZZLP025)	1	0	266,14 €	1	ATM
NEEP007 [A, F, L, P, S, U, 7]	Réduction orthopédique d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale, avec pose de traction continue	1	0	83,6 €	1	ADC
	anesthésie (GELE001, YYYY012)	4	0	58,23 €	1	ADA
NFEP001 [F, M, P, S, U]	Réduction orthopédique d'une luxation de la patelle (YYYY012, ZZLP025)	1	0	35,74 €	1	ATM

NFEP002 [A, F, L, M, P, S, U, 7]	Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture de l'articulation fémorotibiale	1	0	59,13 €	1	ADC
	anesthésie <i>(GELE001, YYYY012)</i>	4	0	55,52 €	1	ADA
NGEP001 [A, F, L, M, P, S, U, 7]	Réduction orthopédique d'une luxation tibiotaliennne ou d'une luxation-fracture du tarse	1	0	43,93 €	1	ADC
	anesthésie <i>(GELE001, YYYY012)</i>	4	0	55,94 €	1	ADA
NDEP001 [A, F, L, M, P, S, U, 7]	Réduction orthopédique de fracture et/ou de luxation de l'avant-pied	1	0	51,64 €	1	ADC
	anesthésie <i>(GELE001, YYYY012)</i>	4	0	58,02 €	1	ADA

6.7 Mobilisation articulaire

Ce chapitre comprend l'ensemble des actes de mobilisation articulaire réalisés sous anesthésie générale ou locorégionale.

Mobilisation articulaire, Membre supérieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
MERP001 [A, 7]	Mobilisation de l'articulation scapulohumérale à visée thérapeutique, sous anesthésie générale ou locorégionale	1	0	33,22 €	1	ADC
	anesthésie <i>(GELE001)</i>	4	0	55,73 €	1	ADA
MFRP001 [A]	Mobilisation de l'articulation du coude à visée thérapeutique, sous anesthésie générale ou locorégionale	1	0	31,35 €	1	ADC
	anesthésie <i>(GELE001)</i>	4	0	49,68 €	1	ADA
MGRP001 [A, 7]	Mobilisation d'articulation du poignet et/ou de la main à visée thérapeutique, sous anesthésie générale ou locorégionale	1	0	31,35 €	1	ADC
	anesthésie <i>(GELE001)</i>	4	0	48 €	1	ADA

Mobilisation articulaire, Membre inférieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
NFRP001	Mobilisation de l'articulation du genou à visée thérapeutique, sous anesthésie générale ou locorégionale	1	0	31,82 €	1	ADC
[A]	anesthésie (GELE001)	4	0	48 €	1	ADA
NGRP001	Mobilisation de l'articulation de la cheville à visée thérapeutique, sous anesthésie générale ou locorégionale	1	0	27,37 €	1	ADC
[A]	anesthésie (GELE001)	4	0	48 €	1	ADA
NHRP002	Mobilisation d'articulation du pied à visée thérapeutique, sous anesthésie générale ou locorégionale	1	0	27,37 €	1	ADC
[A]	anesthésie (GELE001)	4	0	48 €	1	ADA

6.8 Traction, élévation, manipulations vertébrales

Traction - Élévation - Manipulation, Tronc

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
LDEB002	Traction d'attente de la colonne vertébrale cervicale par halo crânien ou étrier	1	0	104,5 €	1	ATM
[F, P, S, U]	(ZZLP025)					
LHEP005	Traction continue unipolaire de la colonne vertébrale par sangle ou collier	1	0	110,73 €	1	ATM
[F, P, S, U]	(ZZLP025)					
LHEP004	Traction continue bipolaire de la colonne vertébrale par sangles	1	0	140,21 €	1	ATM
[F, P, S, U]	(ZZLP025)					
LDEP001	Séance d'élévation de la colonne vertébrale cervicale par traction sur table	1	0	18,73 €	1	ATM
	<i>Avec ou sans : massage</i>					
LFEP002	Séance d'élévation de la colonne vertébrale lombale par traction sur table	1	0	18,95 €	1	ATM
	<i>Avec ou sans : massage</i>					
LHRP001	Séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale*	1	0	20,06 €	1	ATM
	<i>Indication : affection mécanique du rachis</i>					
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>					

* Cet acte est remboursable sous conditions, à savoir le respect de l'indication (et/ou formation).

Traction - Élongation - Manipulation, Membre inférieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
NHRP001	Manipulation de pied pour déformation congénitale, avec confection d'un appareil rigide externe de réduction progressive <i>À l'exclusion de : manipulation de pied bot varus équin ou de pied convexe, avec confection d'un appareil rigide externe de réduction progressive (NHRP003)</i> (ZZLP025)	1	0	45,97 €	1	ATM
NHRP003	Manipulation de pied bot varus équin ou de pied convexe, avec confection d'un appareil rigide externe de réduction progressive (ZZLP025)	1	0	49,48 €	1	ATM

6.9 Évacuation, drainage, exérèse, perforation, aponévrotomie

La cible de l'ensemble de ces actes peut être :

- Un liquide : articulaire, céphalorachidien, pleural, péritonéal ;
- Un os, articulation ;
- Une calcification ;
- Une Aponévrose palmaire ;
- Un organe superficiel défini notamment pour les gestes sous échographie par toute structure non vasculaire de localisation non intrathoracique, non intra-abdominale, comprenant donc l'articulation, l'appareil capsuloligamentaire, muscle et tendon.

Le geste peut-être réalisé sans guidage ou avec guidage radiologique, échographique ou scanographique. L'abord peut être transcutané ou direct.

L'évacuation d'une collection articulaire inclut le lavage de l'articulation avec ou sans drainage.

L'exérèse d'un disque intervertébral par voie transcutanée inclut la manométrie et la discographie peropératoires.

La fasciotomie palmaire comprend le traitement de la rétraction palmaire [maladie de Dupuytren).

Évacuation, Tronc

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
AFJB002 [F, P, S, U]	Évacuation de liquide cérebrospinal, par voie transcutanée lombale <i>Ponction lombaire évacuatrice</i>	1	0	27,68 €	1	ATM
GGJB002 [F, P, S, U]	Évacuation d'un épanchement de la cavité pleurale, par voie transcutanée sans guidage <i>Exsufflation de pneumothorax à l'aiguille Ponction pleurale évacuatrice</i>	1	0	31,24 €	1	ATM
HPJB001 [F, P, S, U]	Évacuation d'un épanchement intrapéritonéal, par voie transcutanée <i>Ponction évacuatrice d'une ascite Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015,YYYY020)</i>	1	0	19,2 €	1	ATM

Évacuation, Membre supérieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
MZJB001 [F, J, K, P, S, U]	Évacuation de collection articulaire du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage <i>(ZZLP025)</i>	1	0	83,6 €	1	ATM
ZZJJ003 [F, P, S, U]	Évacuation d'une collection d'un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique <i>À l'exclusion de : évacuation de collection de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique (QEJH001) (ZZLP025)</i>	1	0	20,9 €	1	ATM
ZZJJ002 [F, P, S, U]	Évacuation de plusieurs collections d'un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique <i>À l'exclusion de : évacuation de collection de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique (QEJH001) (ZZLP025)</i>	1	0	20,9 €	1	ATM
PBJH001	Évacuation de calcification articulaire d'un membre, par voie transcutanée avec guidage radiologique <i>(YYYY120, YYYY300, ZZLP025)</i>	1	0	41,8 €	1	ATM
NEJB001 [F, P, S, U]	Évacuation de collection de l'articulation coxofémorale, par voie transcutanée <i>Avec ou sans : guidage radiologique (YYYY105, YYYY300, ZZLP025)</i>	1	0	28,8 €	1	ATM

Évacuation, Membre inférieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
NZJB001 [F, P, S, U]	Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage <i>À l'exclusion de : évacuation d'une collection de l'articulation coxo-fémorale, par voie transcutanée (NEJB001) (ZZLP025)</i>	1	0	39,2 €	1	ATM

Évacuation, sans mention de localisation

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
ZZJJ003 [F, P, S, U]	Évacuation d'une collection d'un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique <i>À l'exclusion de : évacuation de collection de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique (QEJH001) (ZZLP025)</i>	1	0	20,9 €	1	ATM
ZZJJ002 [F, P, S, U]	Évacuation de plusieurs collections d'un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique <i>À l'exclusion de : évacuation de collection de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique (QEJH001) (ZZLP025)</i>	1	0	20,9 €	1	ATM
PBJH001	Évacuation de calcification articulaire d'un membre, par voie transcutanée avec guidage radiologique <i>(YYYY120, YYYY300, ZZLP025)</i>	1	0	41,8 €	1	ATM
QZJB002 [F, P, S, U]	Évacuation de collection superficielle et/ou profonde de la peau et des tissus mous, par voie transcutanée sans guidage <i>(ZZLP025)</i>	1	0	22,43 €	1	ATM

Drainage, Tronc

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
GGJB001 [F, P, S, U]	Drainage d'un épanchement de la cavité pleurale, par voie transcutanée sans guidage <i>Drainage de pneumothorax Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020) (ZZLP025)</i>	1	0	53,32 €	1	ATM

Drainage, sans mention de localisation

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
ZZJJ007 [F, P, S, U]	Drainage d'une collection d'un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique <i>À l'exclusion de : drainage de collection du sein, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique (QEJH002) (ZZLP025)</i>	1	0	19,2 €	1	ATM
ZZJJ010 [F, P, S, U]	Drainage de plusieurs collections d'un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique <i>À l'exclusion de : drainage de collection du sein, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique (QEJH002) (ZZLP025)</i>	1	0	19,2 €	1	ATM

Exérèse

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
LHPH001	Exérèse d'un disque intervertébral, par voie transcutanée avec guidage radiologique [Nucléotomie transcutanée] <i>L'exérèse de hernie discale de la colonne vertébrale inclut - l'exérèse de calcifications discales - l'exérèse du listel marginal - l'ouverture du récessus latéral ou du foramen intervertébral. (YYYY170, YYYY300, ZZLP025)</i>	1	0	83,6 €	1	ATM

Perforation

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
PACB001	Perforation ou forage d'un os, ou injection intraosseuse, par voie transcutanée <i>À l'exclusion de : - injection intraosseuse de moelle (PALB001) - injection dans la tête fémorale (NBCB003) - spondyloplastie (cf 12.02.01.01) - cimentoplastie intraosseuse extrarachidienne, par voie transcutanée avec guidage radiologique (PAMH001) (ZZLP025)</i>	1	0	35,18 €	1	ATM

Aponévrotomie

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
MJPB001	Fasciotomie [Aponévrotomie] palmaire, par voie transcutanée	1	0	37,15 €	1	ATM
[A]	anesthésie <i>(GELE001)</i>	4	0	48,22 €	1	ADA

NJPA007 [A, J, K, 7]	Aponévrotomie ou aponévrectomie plantaire, ou désinsertion de l'aponévrose plantaire	1	0	114,24 €	1	ADC
	<i>Aponévrectomie pour aponévrosite plantaire de Ledderhose</i> anesthésie (GELE001)	4	0	69,91 €	1	ADA

6.10 Destruction, thermocoagulation

La cible de ces actes peut être un nerf, une facette articulaire vertébrale, un disque intervertébral.

La destruction d'un disque intervertébral par voie transcutanée inclut la manométrie et la discographie peropératoires.

Destruction - Thermocoagulation, Tête / Cou

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
ADNB001 [F, P, S, U]	Destruction sélective de branche terminale du nerf trijumeau, par voie transcutanée ou transmuqueuse sans guidage <i>Destruction du nerf alvéolaire inférieur, sans guidage</i> (ZZLP025)	1	0	17,66 €	1	ATM
ADNH002 [F, J, K, P, S, U]	Destruction sélective de branche terminale du nerf trijumeau, par voie transcutanée avec guidage radiologique <i>Thermocoagulation, microcompression, alcoolisation du nerf trijumeau, par voie transcutanée avec guidage radiologique</i> (ZZLP042)	1	0	209 €	1	ATM
AHNB002	Destruction sélective unilatérale ou bilatérale du nerf grand occipital [grand nerf occipital d'Arnold], par voie transcutanée <i>À l'exclusion de : exérèse de tumeur de nerf crânien</i> (ZZLP025)	1	0	83,6 €	1	ATM

Destruction - Thermocoagulation, Tronc

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
AHNB001	Destruction de nerf de la paroi du tronc, par voie transcutanée (ZZLP025)	1	0	33,09 €	1	ATM
AHNH001	Destruction du rameau dorsal d'un nerf spinal, par voie transcutanée avec guidage radiologique (ZZLP025)	1	0	28,8 €	1	ATM

AHNN002	Destruction du rameau dorsal d'un nerf spinal, par voie transcutanée avec guidage scanographique (ZZLP025)	1	0	28,8 €	1	ATM
LHNN003	Destruction d'un disque intervertébral par injection d'agent pharmacologique [Chémonucléolyse], par voie transcutanée avec guidage radiologique (YYYY170, YYYY300, ZZLP025)	1	0	83,6 €	1	ATM
LHNN002	Destruction d'un disque intervertébral par injection d'agent pharmacologique [Chémonucléolyse], par voie transcutanée avec guidage scanographique (ZZLP025)	1	0	83,6 €	1	ATM
LHNN001	Thermocoagulation de facettes articulaires de vertèbre, par voie transcutanée avec guidage radiologique <i>Avec ou sans : stimulodétection électrique</i> <i>À l'exclusion de : ostéosynthèse ou arthrolyse de spondylolisthésis lombal (cf 12.02.01.06)</i> (ZZLP025)	1	0	83,6 €	1	ATM

6.11 Injection, infiltration, synoviorthèse et cimentoplastie

La cible de ces gestes peut être :

- Une articulation, os, ligament, bourse séreuse ;
- Un nerf : superficiel (sus fascial, sus aponévrotique), profond (sous fascial, sous aponévrotique) ;
- Une zone déclic ;
- Un organe superficiel défini notamment pour les gestes sous échographie par toute structure non vasculaire de localisation non intrathoracique, non intra-abdominale, comprenant donc l'articulation, l'appareil capsuloligamentaire, muscle et tendon.

Le geste peut-être réalisé sans guidage ou avec guidage radiologique, échographique ou scanographique.

Par intrathécal, on entend dans l'espace subarachnoïdien.

L'infiltration d'un nerf pelvien profond inclut la stimulation électrique.

La cimentoplastie peut intéresser une vertèbre (spondyloplastie [vertébroplastie]) ou non.

Injection, Tronc

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
AFLB007 [F, P, S, U]	Injection thérapeutique péridurale [épidurale] d'agent pharmacologique, sans guidage <i>Injection péridurale par le hiatus sacral</i>	1	0	44,90 €	1	ATM
AFLH001 [F, P, S, U]	Injection thérapeutique péridurale [épidurale] d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage radiologique <i>Injection péridurale de substances neurolytiques</i>	1	0	28,8 €	1	ATM
AFLB006 [F, P, S, U]	Injection thérapeutique intrathécale d'agent pharmacologique, par voie transcutanée sans guidage <i>À l'exclusion de : - rachianesthésie - séance d'injection intrathécale d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie transcutanée (AFLB003)</i>	1	0	21,97 €	1	ATM
AFLH002 [F, P, S, U]	Injection thérapeutique intrathécale d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage radiologique <i>Injection intrathécale de substances neurolytiques</i>	1	0	28,8 €	1	ATM
AFLB001 [F, P, S, U]	Injection péridurale [épidurale] de sang autologue [Blood patch]	1	0	26,98 €	1	ATM
AFLB003	Séance d'injection intrathécale d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie transcutanée <i>Avec ou sans : pose de cathéter intrathécal</i>	1	0			ATM
AFLB013	Séance d'administration intrathécale d'agent pharmacologique anticancéreux, par un dispositif implanté	1	0			ATM

Injection, Membre supérieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
MELH001	Injection sous pression d'un agent pharmacologique dans l'articulation scapulohumérale pour libération capsulaire, par voie transcutanée avec guidage radiologique, avec mobilisation articulaire sous anesthésie locale <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale À l'exclusion de : synoviorthèse - chimique d'un membre (PBLB002) - isotopique d'un membre (PBL001)</i>	1	0	19,2 €	1	ATM
MZLB001	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage <i>À l'exclusion de : synoviorthèse - chimique d'un membre (PBLB002) - isotopique d'un membre (PBL001)</i>	1	0	26,13 €	1	ATM

MZLH002	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique <i>À l'exclusion de : synoviorthèse - chimique d'un membre (PBLB002) - isotopique d'un membre (PBLLO01)</i>	1	0	9,6 €	1	ATM
ZZLJ002	Injection d'agent pharmacologique dans un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique	1	0	9,6 €	1	ATM
MZLH001	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée avec guidage scanographique <i>À l'exclusion de : synoviorthèse - chimique d'un membre (PBLB002) - isotopique d'un membre (PBLLO01)</i>	1	0	9,6 €	1	ATM
PBLB001	Injection d'agent pharmacologique dans l'appareil capsuloligamentaire d'une articulation, par voie transcutanée sans guidage	1	0	13,29 €	1	ATM

Injection, Membre inférieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
NZLB001	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage <i>À l'exclusion de : synoviorthèse - chimique d'un membre (PBLB002) - isotopique d'un membre (PBLLO01)</i>	1	0	30,82 €	1	ATM
NZLH002	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique <i>À l'exclusion de : synoviorthèse - chimique d'un membre (PBLB002) - isotopique d'un membre (PBLLO01)</i>	1	0	14,4 €	1	ATM
ZZLJ002	Injection d'agent pharmacologique dans un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique	1	0	9,6 €	1	ATM
NZLH001	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée avec guidage scanographique <i>À l'exclusion de : synoviorthèse - chimique d'un membre (PBLB002) - isotopique d'un membre (PBLLO01)</i>	1	0	14,4 €	1	ATM
PBLB001	Injection d'agent pharmacologique dans l'appareil capsuloligamentaire d'une articulation, par voie transcutanée sans guidage	1	0	13,29 €	1	ATM

Injection, sans mention de localisation

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
PALB900	Injection intraosseuse de moelle	1	0	Non pris en charge		ATM

Infiltration, Tête / Cou

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
LBLB002	Infiltration périarticulaire temporomandibulaire, par voie transcutanée	1	0	12,05 €	1	ATM
LBLB001	Infiltration et/ou lavage de l'articulation temporomandibulaire, par voie transcutanée	1	0	17,19 €	1	ATM
ADLB001 [F, P, S, U]	Infiltration thérapeutique de branche terminale du nerf trijumeau	1	0	18,13 €	1	ATM
AHLB003	Infiltration thérapeutique unilatérale ou bilatérale du nerf grand occipital [grand nerf occipital d'Arnold]	1	0	24,13 €	1	ATM

Infiltration, Tronc

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
LJLH001	Infiltration thérapeutique d'articulation costovertébrale, par voie transcutanée avec guidage radiologique	1	0	9,6 €	1	ATM
LJLH002	Infiltration thérapeutique d'articulation costovertébrale, par voie transcutanée avec guidage scanographique <i>À l'exclusion de : évacuation de collection superficielle de la peau et des tissus mous (cf 16.03.01)</i> <i>(ZZLP025)</i>	1	0	9,6 €	1	ATM
LHLB001	Infiltration thérapeutique d'articulation vertébrale postérieure, par voie transcutanée sans guidage	1	0	34,17 €	1	ATM
LHLH003	Infiltration thérapeutique d'articulation vertébrale postérieure, par voie transcutanée avec guidage radiologique	1	0	9,6 €	1	ATM
LHLH002	Infiltration thérapeutique d'articulation vertébrale postérieure, par voie transcutanée avec guidage scanographique <i>(ZZLP025)</i>	1	0	9,6 €	1	ATM
LHLB002	Infiltration thérapeutique des ligaments périvertébraux, par voie transcutanée	1	0	13,51 €	1	ATM
AHLB011 [F, P, S, U]	Infiltration thérapeutique de nerf spinal à l'émergence rachidienne, sans guidage Bloc paravertébral sans guidage	1	0	25,17 €	1	ATM
AHLH014 [F, P, S, U]	Infiltration thérapeutique de nerf spinal à l'émergence rachidienne, avec guidage radiologique	1	0	28,8 €	1	ATM
AHLH017	Infiltration thérapeutique de rameau dorsal de nerf spinal, avec guidage scanographique <i>À l'exclusion de : destruction du nerf grand occipital (AHNB002)</i>	1	0	28,8 €	1	ATM

AHLH018 [F, P, S, U]	Infiltration thérapeutique de rameau dorsal de nerf spinal, avec guidage radiologique	1	0	28,8 €	1	ATM
AHLH007	Infiltration thérapeutique de nerf spinal à l'émergence rachidienne, avec guidage scanographique	1	0	28,8 €	1	ATM
AHLB015	Infiltration thérapeutique de nerf de la paroi du tronc, sans stimulodétection	1	0	20,16 €	1	ATM
AHLB010	Infiltration thérapeutique de nerf de la paroi du tronc, avec stimulodétection	1	0	25,79 €	1	ATM

Infiltration, Membre supérieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
AHLB006	Infiltration thérapeutique du nerf médian dans le canal carpien <i>Voir aussi :</i> - 13.04.03.02 Réparation de lésion traumatique multitissulaire palmaire du poignet et de la main - 13.04.03.03 Réparation de lésion traumatique multitissulaire dorsale du poignet et de la main <i>Avec ou sans : libération de nerf</i>	1	0	29,48 €	1	ATM

Infiltration, sans mention de localisation

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
AHLB014 [F, P, S, U]	Infiltration thérapeutique de nerf superficiel d'un membre, sans stimulodétection électrique	1	0	19,2 €	1	ATM
AHLB002	Infiltration thérapeutique de nerf superficiel d'un membre, avec stimulodétection électrique	1	0	28,8 €	1	ATM
AHLB012 [F, P, S, U]	Infiltration thérapeutique de nerf profond d'un membre, sans guidage <i>À l'exclusion de : infiltration thérapeutique</i> - du nerf médian dans le canal carpien (AHLB006) - d'un nerf profond dans un canal ostéofibreux, sans guidage (AHLB004)	1	0	33,09 €	1	ATM
AHLH006 [F, P, S, U]	Infiltration thérapeutique de nerf profond d'un membre, avec guidage radiologique	1	0	19,2 €	1	ATM
AHLH010 [F, P, S, U]	Infiltration thérapeutique de nerf pelvien profond, avec guidage radiologique	1	0	28,8 €	1	ATM
AHLH004	Infiltration thérapeutique de nerf pelvien profond, avec guidage scanographique <i>À l'exclusion de : infiltration du nerf pudendal [honteux] dans le canal honteux [d'Alcock], avec guidage scanographique (AHLH015)</i>	1	0	28,8 €	1	ATM

AHLB004 [F, P, S, U]	Infiltration thérapeutique d'un nerf profond dans un canal ostéofibreux, sans guidage <i>Infiltration du nerf tibial dans le canal calcanéen</i> <i>Infiltration du nerf pudendal [honteux] dans le canal honteux [d'Alcock], sans guidage</i> <i>À l'exclusion de : infiltration thérapeutique du nerf médian dans le canal carpien (AHLB006)</i>	1	0	22,25 €	1	ATM
AHLH015	Infiltration thérapeutique d'un nerf profond dans un canal ostéofibreux, avec guidage scanographique <i>Infiltration du nerf pudendal [honteux] dans le canal honteux [d'Alcock], avec guidage scanographique</i>	1	0	28,8 €	1	ATM
PCLB001	Infiltration de zone déclic [point gachette] par voie transcutanée, pour syndrome myofascial	1	0	13,73 €	1	ATM

Synoviorthèse

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
PBLB002	Synoviorthèse chimique d'un membre <i>Facturation : la synoviorthèse à l'hexacétone de triamcinolone (Hexatrione®) ne peut pas être facturée.</i>	1	0	29,89 €	1	ATM
PBLL001	Synoviorthèse isotopique d'un membre <i>Activité 2 : injection intraarticulaire du produit radio-isotopique</i> <i>Activité 1 : préparation du produit radio-isotopique</i>	2	0	19,2 €	1	ATM
		1	0	15,3 €	1	ATM

Cimentoplastie

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
LHMH002	Spondyloplastie unique, par voie transcutanée avec guidage radiologique <i>(YYYY140, YYYY300, ZZLP025)</i>	1	0	125,4 €	1	ATM
LHMH005	Spondyloplastie unique, par voie transcutanée avec guidage scanographique <i>(ZZLP025)</i>	1	0	125,4 €	1	ATM
LHMH006	Spondyloplastie de 2 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage radiologique <i>(YYYY140, YYYY300, ZZLP054)</i>	1	0	188,1 €	1	ATM
LHMH003	Spondyloplastie de 2 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage scanographique <i>(ZZLP054)</i>	1	0	188,1 €	1	ATM
LHMH004	Spondyloplastie de 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage radiologique <i>(YYYY140, YYYY300, ZZLP054)</i>	1	0	188,1 €	1	ATM
LHMH001	Spondyloplastie de 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage scanographique <i>(ZZLP054)</i>	1	0	188,1 €	1	ATM

PAMH001 [A, 7]	Cimentoplastie intraosseuse extrarachidienne, par voie transcutanée avec guidage radiologique <i>Indication : affection tumorale</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i>	1	0	125,4 €	1	ATM
	anesthésie <i>(GELE001, YYYY140, YYYY300)</i>	4	0	62,4 €	1	ADA

6.12 Algologie

Le chapitre algologie comprend les actes relatifs aux infiltrations anesthésiques avec ou sans évaluation et autres actes d'algologie.

La cible des infiltrations anesthésiques peut être un nerf, l'espace intrathécal ou péri-dural ou une articulation.

Par infiltration anesthésique d'un nerf, on entend injection d'un agent pharmacologique au contact d'un nerf par voie transcutanée.

Infiltration anesthésique, Tête/Cou

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
ADLH002	Infiltration anesthésique d'une branche de division du nerf trijumeau avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	1	0	9,6 €	2	ATM
AHLH008	Infiltration anesthésique unilatérale ou bilatérale du nerf grand occipital [d'Arnold] avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	1	0	19,2 €	2	ATM

Infiltration anesthésique, Tronc

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
AGLB001	Injection péri-durale [épidurale] d'agent pharmacologique à visée antalgique, avec évaluation diagnostique et pronostique	1	0	60,28 €	2	ATM
ANLB004	Injection intrathécale d'agent pharmacologique à visée antalgique, avec évaluation diagnostique et pronostique	1	0	57,6 €	2	ATM
LHLH001	Infiltration anesthésique d'articulation vertébrale postérieure avec guidage radiologique, avec évaluation diagnostique et pronostique <i>Facturation : ne peuvent pas être facturés avec les actes du sous chapitre 01.03 (ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL SPINAL [RACHIDIEN]) ni avec les actes du paragraphe 12.02.02</i>	1	0	9,6 €	2	ATM

AHLH001	Infiltration anesthésique de nerf spinal à son émergence rachidienne avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	1	0	19,2 €	2	ATM
AHLH011	Infiltration anesthésique de branche dorsale de nerf spinal avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique <i>À l'exclusion de : infiltration anesthésique unilatérale ou bilatérale du nerf grand occipital [d'Arnold] avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique (AHLH008)</i>	1	0	19,2 €	2	ATM

Infiltration anesthésique, sans mention de localisation

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
AHLB007	Infiltration anesthésique de tronc nerveux superficiel avec évaluation diagnostique et pronostique, sans stimulodétection électrique	1	0	21,41 €	2	ATM
AHLB017	Infiltration anesthésique de tronc nerveux superficiel avec évaluation diagnostique et pronostique, avec stimulodétection électrique	1	0	30,14 €	2	ATM
AHLB005	Infiltration anesthésique de tronc nerveux profond avec évaluation diagnostique et pronostique, sans guidage	1	0	32,89 €	2	ATM
AHLH009	Infiltration anesthésique de tronc nerveux profond avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	1	0	19,2 €	2	ATM
AHLH020	Infiltration anesthésique de tronc nerveux profond avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage scanographique	1	0	19,2 €	2	ATM

Autres actes d'algologie

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
ANLB003	Séance de mésothérapie à visée antalgique	1	0	Non pris en charge		ATM
ANLP002	Pose d'un stimulateur électrique externe à visée antalgique <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>À l'exclusion de : analgésie postopératoire</i>	1	0			ATM
ANRP001	Séance d'hypnose à visée antalgique	1	0	Non pris en charge		ATM
QZRB001	Séance d'acupuncture <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> <i>Indication : nausées et vomissements : curatif postopératoire (traitement de seconde intention), préventif postopératoire chez l'adulte, induit par la chimiothérapie (traitement de seconde intention), gravidique (cf. dossier 2001); à visée antalgique : c</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	1	0	11,54 €	1	ATM

AJLF001	<p>Bloc sympathique médicamenteux périphérique, par injection intraveineuse transcutanée sous garrot ischémique</p> <p><i>Indication : syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie), syndrome de Raynaud.</i></p> <p><i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i></p> <p><i>Environnement : spécifique ; la pratique de cet acte nécessite le respect de certaines conditions de bonne pratique, notamment des conditions de sécurité anesthésique, avec limitation du nombre de blocs (maximum 6) et la mobilisation éventuelle pendant le bloc.</i></p>	1	0	57,6 €	1	ATM
---------	---	---	---	--------	---	-----

6.13 Appareillage

L'appareillage est soit :

- Un appareil de posture ou de mobilisation, d'immobilisation (appareil d'immobilisation externe non amovible et ne permettant pas de réglage) et rigide d'immobilisation
- Une orthèse (appareil externe amovible dont le port peut être intermittent, permettant des adaptations, des soins locaux et des actes de rééducation. À l'exclusion de l'utilisation ou pose d'orthèse et d'orthoprothèse inscrites à la liste des produits et prestations remboursables par la sécurité sociale [LPP –Titre II -) statique, articulée, non articulée et dynamique.

Appareillage, Tronc

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
LDMP001 [F, M, P, S, U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la colonne vertébrale cervicale sans appui occipitomentonnier ou fronto-occipito-mentonnier (ZZLP025)	1	0	63,07 €	1	ATM
LDMP002 [F, M, P, S, U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la colonne vertébrale cervicale avec appui occipitomentonnier ou fronto-occipito-mentonnier (ZZLP025)	1	0	67,75 €	1	ATM
LDMP003 [F, M, P, S, U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la colonne vertébrale cervicale et thoracique (ZZLP025)	1	0	74,3 €	1	ATM
LEMP001 [F, M, P, S, U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la colonne vertébrale thoracique et lombale (ZZLP025)	1	0	62,7 €	1	ATM
LFMP001 [F, M, P, S, U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la colonne vertébrale lombale (ZZLP025)	1	0	62,7 €	1	ATM

MADP001 [F, M, P, S, U]	Contention orthopédique unilatérale ou bilatérale de fracture de la clavicule Avec ou sans : réduction Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée. <i>(ZZLP025)</i>	1	0	41,8 €	1	ATM
PZMP001	Modification d'un appareillage de contention ou d'une orthèse des membres ou de la colonne vertébrale	1	0		1	ATM

Appareillage, Membre supérieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
MZMP001 [F, M, P, S, U]	Confection d'une contention souple d'une articulation du membre supérieur <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i>	1	0	31,35 €	1	ATM
MEMP001 [F, P, S, U]	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation de l'épaule <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i>	1	0	41,8 €	1	ATM
MFMP001 [F, P, S, U]	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du coude <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i>	1	0	33,61 €	1	ATM
MGMP001 [F, P, S, U]	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du poignet et/ou de la main <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i> <i>Par orthèse, on entend : appareil externe amovible dont le port peut être intermittent, permettant des adaptations, des soins locaux et des actes de rééducation.</i> <i>À l'exclusion de : utilisation ou pose d'orthèse et d'orthoprothèse inscrites à la liste des produits et prestations remboursables par la Sécurité Sociale [LPP] - Titre II</i>	1	0	28,82 €	1	ATM
ZDMP013 [F, M, P, S, U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation thoracobrahial <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i>	1	0	63,3 €	1	ATM
ZDMP017 [F, M, P, S, U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation brachio-antébrachio-palmaire <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i> <i>(ZZLP025)</i>	1	0	34,57 €	1	ATM
ZDMP014 [F, M, P, S, U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation antébrachio-palmaire <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i> <i>(ZZLP025)</i>	1	0	25,23 €	1	ATM

MGMP002 [F, M, P, S, U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation du poignet et/ou de la main <i>À l'exclusion de : confection d'un appareil rigide d'immobilisation des doigts (MHMP005)</i> <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i> <i>(ZZLP025)</i>	1	0	23,36 €	1	ATM
MHMP005 [F, M, P, S, U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation des doigts <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i> <i>(ZZLP025)</i>	1	0	23,6 €	1	ATM
ZDMP015	Confection unilatérale ou bilatérale de coussin d'abduction thoracobrachial	1	0	62,7 €	1	ATM
ZDMP001 [F, P, S, U]	Confection d'une orthèse statique antébrachiophalangienne	1	0	38,4 €	1	ATM
ZDMP007 [F, P, S, U]	Confection d'une orthèse statique de posture antébrachiométacarpienne	1	0	38,4 €	1	ATM
ZDMP016 [F, P, S, U]	Confection d'une orthèse statique carpométacarpienne et/ou métacarpophalangienne	1	0	38,4 €	1	ATM
MHMP007 [F, P, S, U]	Confection d'une orthèse statique d'un doigt	1	0	38,4 €	1	ATM
MHMP002 [F, P, S, U]	Confection d'une orthèse statique de 2 doigts	1	0	38,4 €	1	ATM
MHMP003 [F, P, S, U]	Confection d'une orthèse statique de 3 doigts ou plus	1	0	38,4 €	1	ATM
ZDMP002 [F, P, S, U]	Confection d'une orthèse non articulée brachioantébrachiale	1	0	31,84 €	1	ATM
ZDMP004	Confection d'une orthèse articulée brachioantébrachiale	1	0	35,6 €	1	ATM
ZDMP008	Confection d'une orthèse dynamique antébrachiométacarpienne avec 1 élément moteur	1	0	76,8 €	1	ATM
ZDMP009	Confection d'une orthèse dynamique antébrachiométacarpienne avec 2 éléments moteurs	1	0	76,8 €	1	ATM
ZDMP012	Confection d'une orthèse dynamique antébrachiométacarpienne avec 3 éléments moteurs ou plus	1	0	76,8 €	1	ATM
ZDMP010	Confection d'une orthèse dynamique antébrachiophalangienne avec 1 élément moteur	1	0	76,8 €	1	ATM
ZDMP011	Confection d'une orthèse dynamique antébrachiophalangienne avec 2 éléments moteurs	1	0	83,6 €	1	ATM
ZDMP018	Confection d'une orthèse dynamique antébrachiophalangienne avec 3 éléments moteurs ou plus	1	0	76,8 €	1	ATM
ZDMP006	Confection d'une orthèse dynamique carpométacarpienne et/ou métacarpophalangienne avec 1 élément moteur	1	0	76,8 €	1	ATM

ZDMP003	Confection d'une orthèse dynamique carpométacarpienne et/ou métacarpophalangienne avec 2 éléments moteurs	1	0	76,8 €	1	ATM
ZDMP005	Confection d'une orthèse dynamique carpométacarpienne et/ou métacarpophalangienne avec 3 éléments moteurs ou plus	1	0	76,8 €	1	ATM
MHMP004	Confection d'une orthèse dynamique d'un doigt avec un élément moteur	1	0	76,8 €	1	ATM
MHMP001	Confection d'une orthèse dynamique de 2 doigts avec 2 éléments moteurs	1	0	76,8 €	1	ATM
MHMP006	Confection d'une orthèse dynamique de 3 doigts ou plus avec 3 éléments moteurs <i>À l'exclusion de : amputation de doigt surnuméraire (cf 13.04.03.08)</i>	1	0	76,8 €	1	ATM
PZMP001	Modification d'un appareillage de contention ou d'une orthèse des membres ou de la colonne vertébrale	1	0		1	ATM
PZMP002	Adaptation d'une orthèse modulaire articulée d'un membre	1	0		1	ATM

Appareillage, Membre inférieur

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
NFMP001 [F, M, P, S, U]	Confection d'une contention souple du genou	1	0	41,8 €	1	ATM
NGMP001 [F, M, P, S, U]	Confection d'une contention souple de la cheville et/ou du pied, ou confection d'une semelle plâtrée	1	0	20,9 €	1	ATM
NFMP002 [F, P, S, U]	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du genou <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i>	1	0	36,7 €	1	ATM
NGMP002 [F, P, S, U]	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation de la cheville <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i> <i>Par orthèse, on entend : appareil externe amovible dont le port peut être intermittent, permettant des adaptations, des soins locaux et des actes de rééducation.</i> <i>À l'exclusion de : utilisation ou pose d'orthèse et d'orthoprothèse inscrites à la liste des produits et prestations remboursables par la Sécurité Sociale [LPP] - Titre II</i> -	1	0	27,49 €	1	ATM
ZEMP010 [F, M, P, S, U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation pelvifémoral, pelvicrural [pelvijambier] ou pelvipédieux <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i> (ZZLP025)	1	0	64,47 €	1	ATM

ZEMP002 [F, M, P, S, U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation pelvibifémoral, pelvibicrural [pelvibijambier] ou pelvibipédieux <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée. (ZZLP054)</i>	1	0	94,05 €	1	ATM
ZEMP005 [F, M, P, S, U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation fémorocrural [fémorojambier], fémoropédieux ou cruropédieux [jambopédieux] <i>Confection d'une botte plâtrée Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée. (ZZLP025)</i>	1	0	27,57 €	1	ATM
ZEMP009 [F, M, P, S, U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation solidaire bifémorocrural [bifémorojambier] ou bifémoropédieux <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée. (ZZLP054)</i>	1	0	94,05 €	1	ATM
ZEMP007	Confection d'une orthèse non articulée fémorocrurale [fémorojambière]	1	0	32,5 €	1	ATM
ZEMP003	Confection d'une orthèse non articulée cruropédieuse [jambopédieuse]	1	0	32,5 €	1	ATM
ZEMP001	Confection d'une orthèse articulée fémorocrurale [fémorojambière]	1	0	36,92 €	1	ATM
ZEMP006	Confection d'une orthèse articulée cruropédieuse [jambopédieuse]	1	0	36,92 €	1	ATM
ZEMP008	Confection d'une orthèse pour correction d'une déformation et/ou protection des orteils <i>À l'exclusion de : réduction orthopédique progressive d'une hanche instable non traumatique par traction (cf 14.03.02.02)</i>	1	0		1	ATM
ZEMP004	Confection d'une orthèse plantaire	1	0		1	ATM
PZMP001	Modification d'un appareillage de contention ou d'une orthèse des membres ou de la colonne vertébrale	1	0		1	ATM
PZMP002	Adaptation d'une orthèse modulaire articulée d'un membre	1	0		1	ATM

6.14 Gestes complémentaires et suppléments de rémunération

Ces actes ne peuvent être codés seuls et ne sont autorisés qu'avec les actes auxquels ils sont associés.

Ils ne sont tarifés que s'ils sont réalisés par le rhumatologue.

Gestes complémentaires

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
HBDD007	Contention peropératoire des arcades dentaires par moyen autre qu'un arc vestibulaire continu	1	0		1	ADC
	Pose peropératoire de ligature d'Ivy, de ligature péridentaire, de grille, de collage sur les arcades dentaires	4	0			ADA
HBDD008	Contention peropératoire des arcades dentaires par arc vestibulaire continu	1	0		1	ADC
	anesthésie	4	0			ADA
HBDD014	Contention peropératoire des arcades dentaires par un arc vestibulaire continu sur l'une, par autre moyen sur l'autre	1	0		1	ADC
	anesthésie	4	0			ADA
GELE001	Intubation trachéale par fibroscopie ou dispositif laryngé particulier, au cours d'une anesthésie générale	1	0		1	ADA
	anesthésie	4	0			ADA
ZZLP025 [A, F, P, R, S, U, 7, 8]	Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 1	1	0			ADA
	<i>À l'exclusion de : anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse (AFLB010)</i> <i>Facturation : doit être facturé lors de la réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale pour un acte diagnostique ou thérapeutique qui, dans la classification, ne comporte pas de tarif propre à l'anesthésie, mais comporte ce code au dessous du libellé de l'acte</i>	4	0	48 €	1	ADA
ZZLP054 [A, F, P, R, S, U, 7]	Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 3	1	0			ADA
	<i>À l'exclusion de : anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse (AFLB010)</i> <i>Facturation : doit être facturé lors de la réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale pour un acte diagnostique ou thérapeutique qui, dans la classification, ne comporte pas de tarif propre à l'anesthésie, mais comporte ce code au dessous du libellé de l'acte</i>	4	0	72 €	1	ADA
	anesthésie	4	0			ADA

ZZLP042 [A, F, P, S, U, 7]	Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 4 <i>À l'exclusion de : anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse (AFLB010)</i> <i>Facturation : doit être facturé lors de la réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale pour un acte diagnostique ou thérapeutique qui, dans la classification, ne comporte pas de tarif propre à l'anesthésie, mais comporte ce code au dessous du libellé de l'acte</i> anesthésie	1	0				ADA
ZZQP004	Restitution tridimensionnelle des images acquises par scanographie	1	0				ADI
ZZQM005	Etude de la vascularisation du parenchyme d'un organe au cours d'une échographie	1	0			83,6 €	ADA

Suppléments de rémunération

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
YYYY030 [Y, Z]	Supplément pour réalisation d'un examen radiographique à images numérisées <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec</i> <i>- technique de numérisation secondaire des images,</i> <i>- radiographie intra-buccale,</i> <i>- radiographie thoracique effectuée en fluorographie numérique</i> <i>- radiographie des extrémités osseuses effectuée en fluorographie</i> <i>Facturation : une seule fois par 24h et par patient, quel que soit le nombre d'actes réalisés</i>	1	0	6,65 €	2	ADI
YYYY019	Supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour arthrographie de la hanche	1	0	19,2 €	2	ADI
YYYY420	Supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour arthrographie <i>A l'exclusion de : supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour arthrographie de la hanche</i>	1	0	9,6 €	2	ADI
YYYY070	Supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour discographie intervertébrale	1	0	38,4 €	2	ADI
YYYY318	Supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour discographie intervertébrale multiple	1	0	57,6 €	2	ADI
YYYY057	Supplément pour injection intrathécale de produit de contraste radiologique	1	0	15,36 €	2	ADI
YYYY012	Supplément pour radiographie per opératoire au cours d'un acte de chirurgie orthopédique ou traumatologique <i>Facturation : par le chirurgien</i>	1	0	19,29 €	2	ADI
YYYY227 [Z]	Supplément pour tomographie avec plan non parallèle au premier plan de coupe <i>Facturation : une fois, quel que soit le nombre de plan</i>	1	0	33,25 €	2	ADI

YYYY300 [F, P, S, U, Z]	Supplément pour imagerie pour acte de radiologie interventionnelle, réalisée au bloc opératoire <i>Facturation : amplificateur de brillance numérisée avec soustraction ne peut être facturé avec les actes d'imagerie pour radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle du 19.01.09.02</i>	1	0	106,4 €	2	ADI
----------------------------	--	---	---	---------	---	-----

6.15 Actes isolés

Il s'agit d'actes transitoires pouvant être codés seuls et décrits pour la transition entre la NGAP et la CCAM

Actes isolés

Code	Texte	A	P	tarif	Exo	Rgpt
YYYY105 [F, P, S, U, Z]	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 1, réalisée en salle d'imagerie	1	0	19,29 €	2	ADI
YYYY120 [F, P, S, U, Z]	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 3, réalisée en salle d'imagerie	1	0	39,9 €	2	ADI
YYYY140 [F, P, S, U, Z]	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 4, réalisée en salle d'imagerie	1	0	66,5 €	2	ADI
YYYY170 [F, P, S, U, Z]	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 7, réalisée en salle d'imagerie	1	0	106,4 €	2	ADI
YYYY308 [E, F, P, S, U, Y, Z]	Tomographie de l'appareil ostéoarticulaire premier plan en coupe <i>A l'exclusion de : Tomographie unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire (LBQK001) Facturation : tomographie de segment ostéoarticulaire porteur de matériel d'ostéosynthèse ou de prothèse (YYYY030, YYYY227)</i>	1	0	46,55 €	2	ADI
YYYY033 [E, F, P, S, U, Y, Z]	Guidage radiologique Radioscopie de longue durée avec amplificateur de brillance <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un autre examen radiographique</i>	1	0	19,29 €	2	ADI
YYYY028 [F, P, S, U]	Guidage échographique	1	0	37,8 €	2	ADE

YYYY115 [E, F, P, S, U, Y, Z]	Guidage scanographique	1	0	25,27 €	2	ADI
YYYY163 [F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de l'hémisquelette ou du squelette complet chez l'adulte <i>Facturation : comprend au moins l'association de radiographies du crâne, du rachis entier, du bassin, d'un membre inférieur, quel que soit le nombre d'incidences (YYYY030)</i>	1	0	159,6 €	2	ADI

6.16 Actes de la NGAP

Il s'agit d'actes communs aux médecins et masseur-kinésithérapeute.

Tableau 3 – Liste des actes de la NGAP pouvant être codés avec la CCAM technique

<i>Désignation de l'acte</i>	<i>Cotation</i>	<i>Tarif</i>
Bilan ostéo-articulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non * :		
Pour un membre	K5	9,60€
Pour deux membres ou un membre et le tronc	K8	15,36€
Pour tout le corps	K10	19,20€
Bilan musculaire (avec tests) des conséquences motrices des affections neurologiques		
Pour un membre	K5	9,60€
Pour deux membres	K10	19,20€
Pour tout le corps	K20	38,40€

* Le bilan doit préciser l'état orthopédique et notamment l'essentiel des déformations constatées, le degré de liberté des articulations avec mesures, éventuellement la dimension des segments des membres. Il peut être appuyé par des examens complémentaires et, éventuellement, par une iconographie photographique

Conception/Réalisation :
Elixir - 05 61 84 52 09

Imprimé par :
Imprimerie Escourbiac - 05 63 42 84 00

Date de parution :
16/11/06