

COTER SON ACTIVITÉ EN RHUMATOLOGIE

(Juillet 2013)



1. AVANT-PROPOS

Plus de 50% des actes en rhumatologie se font en CCAM (le restant étant bien sûr des consultations cotées CS ou C2), ce qui nous classe dans les spécialités médico-techniques.

Une des priorités de votre syndicat, le **SNMR**, est de faire évoluer cette CCAM en particulier avec la création de nouveaux actes spécifiques, car dans le contexte actuel les tutelles sont réticentes à augmenter la valeur des actes présents.

Nous avons donc proposé à l'HAS, avec l'aide scientifique de la SFR, de valider des actes d'évaluation comme le DAS 28, le BASDAI, l'ASAS, l'HAQ, le FRAX, le LEQUESNE, avant transmission à la Commission de Hiérarchisation des Actes.

Conjointement, nous soutenons les Centrales Syndicales pour obtenir une indexation du prix des actes sur le coût de la vie et le poids des charges.

Mais l'emploi de cette CCAM est parfois complexe ce qui peut être source de sous-évaluation et de contentieux. C'est la raison pour laquelle le **SNMR** a souhaité pour la deuxième fois mettre à votre disposition un livret que nous espérons pratique pour optimiser vos cotations. Celui-ci intègre les nouvelles dispositions conventionnelles concernant l'emploi du C2.

Cette entreprise a été possible grâce au dynamisme et à l'expertise de Milka MARAVIC qui a dirigé la rédaction de cet ouvrage. Nous remercions également le laboratoire Roche - Chugai pour son soutien institutionnel.

Bernard **MORAND**
Président du SNMR

2. SOMMAIRE

1.	Avant-propos.....	P.2
2.	Sommaire.....	P.3
3.	Parcours de soins.....	P.6
4.	Acte intellectuel.....	P.10
4.1	Introduction.....	P.10
4.2	Acte ponctuel (C2/C3).....	P.10
4.3	Facturation de l'acte intellectuel.....	P.13
4.3.1	Sujet > 16 ans.....	P.13
4.3.2	Sujet < 16 ans.....	P.15
4.3.3	Cas particulier du rhumatologue médecin traitant du patient.....	P.16
4.4	Cas particulier des actes communs aux médecins et auxiliaires médicaux.....	P.16
4.5	Cas particulier de la médecine thermique.....	P.17
5.	Acte technique.....	P.18
	(Classification commune des actes médicaux, CCAM)	
5.1	Présentation.....	P.18
5.2	Notion d'acte global.....	P.19
5.3	Convention d'écriture des libellés.....	P.19
5.4	Cas particulier des actes identiques.....	P.21
5.5	Incompatibilités.....	P.22
5.6	Différents codes d'un acte.....	P.23
5.6.1	Code principal.....	P.25
5.6.2	Code activité.....	P.25
5.6.3	Code phase.....	P.25
5.6.4	Code remboursement exceptionnel.....	P.26
5.6.5	Modificateurs.....	P.26
5.6.6	Code association.....	P.28
5.7	Gestes complémentaires, suppléments de rémunération et actes isolés.....	P.30
5.7.1	Gestes complémentaires et suppléments de rémunération.....	P.30
5.7.2	Actes isolés.....	P.30

2. SOMMAIRE

5.8	Compte-rendu.....	P.30
5.10	Participation forfaitaire de 18€.....	P.32
5.11	Mise en oeuvre de procédures concernant les actes radiographie diagnostiques.....	P.35
6.	Impact de l'avenant 8 de la convention médicale.....	P.36
6.1	Changement du délai concernant l'avis de consultant.....	P.36
6.2	Baisse tarifaire en plusieurs temps de certains actes d'échographie.....	P.36
6.3	Augmentation tarifaire via l'application des modificateurs de convergence.....	P.36
6.4	Autres forfaits ou majorations.....	P.38
7.	Exemples de facturation de la CCAM.....	P.41
7.1	Acte sans modificateur, sans geste complémentaire ou supplément de rémunération.....	P.42
7.1.1	Acte unilatéral.....	P.42
7.1.2	Acte bilatéral.....	P.42
7.2	Acte avec modificateurs.....	P.43
7.3	Association d'actes hors radiologie ou exploration neurologique.....	P.44
7.4	Association d'actes d'exploration neurologique avec un autre acte.....	P.46
7.5	Association d'actes d'imagerie conventionnelle entre eux ou avec d'autres actes de la CCAM.....	P.48
7.6	Association autorisée d'actes intellectuel et technique.....	P.54
7.6.1	Acte commun aux médecins et auxiliaires médicaux.....	P.54
7.6.2	Consultation et ostéodensitométrie.....	P.54
8.	Index rhumatologique de la CCAM.....	P.58
8.1	Exploration neurologique.....	P.58
8.2	Evaluation neuropsychologique.....	P.62
8.3	Imagerie diagnostique (hors geste).....	P.63
8.4	Bilan fonctionnel.....	P.80
8.5	Ponction/biopsie avec ou sans guidage.....	P.82
8.6	Arthroscopie.....	P.90

8.7 Réduction orthopédique.....	P.95
8.8 Mobilisation articulaire.....	P.100
8.9 Evacuation, drainage.....	P.101
8.10 Injection, infiltration, synoviorthèse.....	P.104
8.11 Destruction, exérèse, thermocoagulation.....	P.111
8.12 Aponévrotomie.....	P.113
8.13 Cimentoplastie.....	P.114
8.14 Traction, élongation, manipulation.....	P.115
8.15 Autres actes algologiques.....	P.116
8.16 Appareillage.....	P.117
8.17 Suppléments de rémunération et actes isolés.....	P.125
9. Devis et affichage des honoraires.....	P.127
10. Créer votre listing d'actes CCAM.....	P.129
11. Références.....	P.130
12. Mise en garde du lecteur.....	P.131
13. Remerciements.....	P.132

3. PARCOURS DE SOINS

Depuis sa mise en place en juillet 2005, chaque citoyen de plus de 16 ans, est invité à déclarer son médecin traitant, généraliste ou spécialiste, auprès de sa caisse d'assurance maladie.

Le patient consulte le rhumatologue :

- via le parcours de soins s'il a déclaré un médecin traitant dans le cadre d'un avis ponctuel, d'un plan de soins prédéfinis avec le médecin traitant dans le cadre ou non d'un protocole affection de longue durée ou d'une séquence de soins avec plusieurs intervenants en concertation avec le médecin traitant ;
- directement le rhumatologue si ce dernier est son médecin traitant déclaré ;
- ou en dehors du parcours de soins.

Les règles d'application du parcours de soins diffèrent selon :

- La déclaration ou non du médecin traitant ;
- Le fait d'être ou non le médecin traitant déclaré du patient ;
- L'âge du patient (<16 ans ou non) ;
- Le type de couverture sociale (aide médicale d'état, migrants de passage) ;

- La typologie de la consultation : acte intellectuel, acte intellectuel associé à un ou plusieurs actes techniques ;
- Le type d'avis donné : avis ponctuel ou non ;
- Le secteur conventionnel du médecin (secteur 1 ou secteur à honoraires opposables, secteur 2 ou secteur à honoraires différents, médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins en vigueur à partir du 1er décembre 2013) ;
- Certaines situations spécifiques, telles l'urgence, le médecin traitant remplacé ou patient consultant hors de sa résidence habituelle.

Les règles de parcours de soins ne s'appliquent pas pour les sujets de moins de 16 ans, les migrants de passage et les bénéficiaires de l'aide médicale d'état.

L'information relative à la coordination est à renseigner dans la partie dédiée à cet effet sur la feuille de soins **(Figure 1)**.

Figure 1

– Informations relatives aux modalités du parcours de soins à renseigner sur la feuille 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 : ②

accès direct spécifique ③ urgence ④ hors résidence habituelle ⑤ médecin traitant remplacé ⑥ accès hors coordination ⑦

① A renseigner uniquement lors de la consultation où l'on devient le médecin traitant du patient, le patient devant envoyer le formulaire complété et signé à son centre d'assurance maladie (formulaire S3704 Déclaration du choix du médecin traitant). Code **MTN** en cas de télétransmission.

② Renseigner le nom et prénom du médecin traitant déclaré par le patient si le patient est vu dans le cadre du parcours de soins. Code **MTO** en cas de télétransmission.

③ Accès direct spécifique, situation ne concernant pas le rhumatologue.

④ Patient vu en urgence (actes et consultations de nuit, dimanche et jours fériés, soins non prévus 8h avant, mettant en jeu la vie du patient ou son intégrité physique et nécessitant la mobilisation rapide du médecin). Code **MTU** en cas de télétransmission.

⑤ Patient en déplacement, donc hors résidence habituelle. Code **MTH** en cas de télétransmission.

⑥ Patient vu par le remplaçant du médecin traitant déclaré (donc du rhumatologue). Code **MTR** en cas de télétransmission.

⑦ Accès hors coordination ou en dehors du parcours de soins. Code **HCS** en cas de télétransmission.

Le dispositif du parcours de soins s'applique à tous les actes, sauf notamment pour ce qui concerne les campagnes nationales de dépistage organisé, les soins palliatifs, les expertises et les soins d'urgence (se référer à la définition donnée précédemment).

Dans ce livret, on appelle « **acte intellectuel** » un acte qui sera facturé avec la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et « **acte technique** » un acte qui sera facturé avec la classification commune des actes médicaux (CCAM).

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

- 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 d'une association non autorisée ;
- 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 des actes techniques ;
- réalisation d'actes intellectuel et technique dont l'association est autorisée.

Dans le cadre du parcours de soins, un compte-rendu de consultation, après accord du patient, doit être transmis au médecin traitant déclaré par le patient. Ce dernier, d'une manière générale, est nécessaire à la continuité, sécurité et qualité des soins.

4. ACTE INTELLECTUEL

4.1 Introduction

Le contexte est celui de la facturation d'un acte intellectuel, même si un acte technique (ou plusieurs) est réalisé, mais ce dernier ne peut être facturé car son tarif est inférieur à celui de l'acte intellectuel ou ne fait pas partie d'une association autorisée.

Les règles de la cotation de l'acte intellectuel relèvent de la NGAP auxquelles se rajoutent les modalités du parcours de soins.

En dehors de la consultation, les actes communs aux médecins et aux auxiliaires médicaux relèvent de la NGAP et peuvent être facturés selon des modalités qui seront définies plus loin.

L'acte intellectuel peut être de deux types : un **acte ponctuel** (ou encore « C2/C3 ») ou un **acte non ponctuel**.

4.2 Acte ponctuel (C2/C3)

L'avis ponctuel est un avis de consultant donné par le médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant déclaré par le patient.

Le médecin consultant :

- Adresse au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques, s'engage à ne pas donner au patient des soins continus et à laisser au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions ;

- Ne doit pas avoir reçu le patient pour le même motif dans les 4 mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas programmer de le revoir dans les 4 mois suivants.

Pour facturer un avis ponctuel, le médecin spécialiste peut se retrouver dans l'une des situations suivantes :

- Lorsqu'il a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis de consultant, il peut revoir le patient lors d'une nouvelle consultation. Dans ce cas, la première consultation est cotée «**C2**» et la seconde «**CS**». Aucun acte technique ne sera facturé dans le cadre de cet avis.
- Lorsqu'il a besoin d'actes techniques complémentaires pour élaborer son avis de consultant, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic. Dans ce cas, la première consultation est cotée «**C2**» et les actes techniques sont facturés selon les règles en vigueur. Il n'y aura pas dans ce contexte de facturation d'un «**CS**».

Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec d'autres actes réalisés dans le même temps sauf pour ce qui concerne l'ostéodensitométrie pour le rhumatologue.

La prise en charge protocolisée (protocole affection de longue durée, soins itératifs comme les trois injections de viscosupplémentation) ou les séquences de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants, sans passage par le médecin traitant, ne rentrent pas dans les conditions d'application de l'acte ponctuel.

Dans les deux situations précédemment citées, les résultats du bilan complémentaire ou des actes techniques devront éclairer l'avis ponctuel du consultant. Ces résultats seront transmis dans les conclusions à destination du médecin traitant.

4. SUITE

Si les conditions sont réunies, l'avis ponctuel est facturé « **C2** », en cas de consultation au cabinet du spécialiste, ou « **V2** » en cas de visite au domicile du malade. Les professeurs des universités-praticiens des hôpitaux agissant à titre de consultant à la demande du médecin traitant ou d'un correspondant de ce dernier cotent leur avis ponctuel « **C3** ».

Les valeurs du « **C2** » et du « **C3** » sont à ce jour respectivement de 46€ et de 69€.

4.3 Facturation de l'acte intellectuel

4.3.1 Sujet > 16 ans

Selon le secteur d'installation et le lieu d'exercice (hôpital public ou cabinet libéral/clinique privée), selon la typologie de l'avis (ponctuel ou non) et selon le fait que le patient soit dans le parcours de soins ou non, les modalités de facturation de l'acte intellectuel sont décrites dans le **tableau 1**.

La **majoration forfaitaire transitoire (MPC)** ne peut être mentionnée qu'avec une consultation réalisée par un praticien exerçant dans un cabinet libéral ou dans un établissement de santé privé en secteur 1 et par ceux ayant adhéré au contrat d'accès aux soins.

Le dépassement autorisé (DA) ne peut s'appliquer que pour un patient vu en dehors du parcours de soins pour un secteur à honoraires opposables (secteur 1). Ce montant est plafonné à hauteur de 17,5% de la valeur de l'acte, qu'il s'agisse d'un acte clinique ou technique.

Le « **DA** » ne peut être associé avec **un dépassement exceptionnel « DE »** (circonstance exceptionnelle de temps ou de lieu due à une exigence particulière du patient non liée à un motif médical) et ne peut être appliqué pour les situations d'urgence ou d'éloignement occasionnel, pour les patients sous couverture médicale universelle complémentaire et pour les patients consultant un praticien en secteur à honoraires différents.

Quel que soit la nature du dépassement, le patient devra être mis au courant de cette part non remboursable par l'assurance maladie et des raisons de son application.

4. SUITE

Tableau 1 : Modalités de facturation de l'acte intellectuel chez les plus de 16 ans

	Parcours de soins	En dehors du parcours de soins
Secteur 1	Avis ponctuel : C2 : 46€ ou C3 (PUPH) : 69€ Avis non ponctuel CS (+ MPC) + MCS : 26 ou 28€	Secteur 1 CS (+ MPC) + DA : 31 ou 33€ <i>Sauf pour CMU :</i> CS (+ MPC) + MCS : 26 ou 28€ Secteur 2 : voir ci-dessous
Secteur 2 (Tarif avec tact et mesure)	Avis ponctuel : C2 Avis non ponctuel : CS <i>Sauf CMU =</i> CS (+MPC) + MCS : 26 ou 28€	CS <i>Sauf CMU =</i> CS (+ MPC) + MCS : 26 ou 28€

C : consultation, CMU : couverture médicale universelle, CS : consultation spécialisée, DA : dépassement autorisé (jusqu'à 17,5% du tarif de l'acte), MCS : majoration de coordination (3€), MPC : majoration forfaitaire applicable qu'en secteur libéral (2€), PUPH : professeur des universités, praticien hospitalier

4.3.2 Sujet < 16 ans

Selon le secteur d'installation et le lieu d'exercice (hôpital public ou cabinet libéral/clinique privée) et selon la typologie de l'avis (ponctuel ou non), les modalités de facturation de l'acte intellectuel sont décrites dans le **tableau 2**.

Comme pour la MPC, la majoration applicable pour les moins de 16 ans (MPJ) ne peut être mentionnée qu'avec une consultation réalisée par un praticien exerçant dans un cabinet libéral ou dans un établissement de santé privé en secteur 1 et par ceux ayant adhéré au contrat d'accès aux soins.

Tableau 2 : Modalités de facturation de l'acte intellectuel chez les moins de 16 ans

Modalités de facturation	
Secteur 1	Avis ponctuel : C2 : 46€ ou C3 (PUPH) : 69€
	Avis non ponctuel : CS (+ MPJ) : 23 ou 28€
Secteur 2	Avis ponctuel : C2 (Tarif avec tact et mesure)
	Avis non ponctuel : CS
	<i>Sauf pour CMU</i> : CS + (MPJ) : 23 ou 28€

C : consultation, CMU : couverture médicale universelle, CS : consultation spécialisée, MPJ : majoration applicable pour les moins de 16 ans (applicable qu'en secteur libéral 5€), PUPH : professeur des universités, praticien hospitalier

4.3.3 Cas particulier du rhumatologue médecin traitant du patient

Dans le cas du rhumatologue qui est le médecin traitant déclaré du patient, certaines majorations ne sont pas applicables, telles la majoration pour la coordination (**MCS**), la majoration application pour les moins de 16 ans (**MPJ**) et le dépassement autorisé (**DA**).

Dans le cas d'un patient relevant d'une affection de longue durée (ALD), la demande sera renseignée par le rhumatologue traitant. Il percevra à ce titre une rémunération spécifique de 40€ par an et par patient en affection de longue durée. Pour un patient non en ALD, il percevra 5€ dans le cadre de l'amélioration de la prévention et du suivi du patient.

4.4 Cas particulier des actes communs aux médecins et auxiliaires médicaux

Les actes communs aux médecins et auxiliaires médicaux sont décrits dans **le tableau 3**. La valeur du K est à 1,92€.

L'un de ces actes peut être facturé avec un seul acte de la CCAM. Il sera facturé à 100% si l'acte CCAM est un acte de radiographie conventionnelle sinon à 50%. Il n'y aura pas de code d'association à renseigner (se référer à l'exemple page 50).

Tableau 3 : Actes communs aux médecins et auxiliaires médicaux

Désignation de l'acte	Cotation	Tarif
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

Dans l'éventualité d'un contrôle réalisé par l'assurance maladie, il est primordial que ce bilan puisse être retrouvé dans le dossier médical.

4.5 Cas particulier de la médecine thermique

Les honoraires de surveillance médicale des cures thermales se présentent sous la forme d'un forfait « **STH** » (pour forfait de surveillance thermique) et incluent l'ensemble des actes réalisés pendant la durée normale de la cure et en rapport directement avec l'affection ayant provoqué la cure. Son cahier des charges comprend 3 consultations pendant la cure et le compte-rendu de fin de cure. Son montant est de 70€ du 01/01/13 au 07/12/13, de 90€ du 08/12/13 au 31/12/13 et enfin de 80€ à partir du 01/01/14.

5. ACTE TECHNIQUE (CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX, CCAM)

5.1 Présentation

La CCAM décrit les actes médicaux techniques. Elle est utilisée aussi bien pour coder l'activité réalisée en consultation, sur un plateau technique ou en hospitalisation. Elle permet ainsi la description de l'activité réalisée et sa tarification sous la forme de versement d'honoraires ou de paiement à l'activité d'hospitalisation.

La CCAM est organisée en différents chapitres :

- **1-17** chapitres correspondant aux différents systèmes anatomiques (système nerveux central, périphérique et autonome, œil et ses annexes, oreille, système cardiaque et vasculaire, système immunitaire et hématopoïétique, système respiratoire, système digestif, système urogénital, actes concernant la procréation et la grossesse, système endocrine, système ostéo-articulaire et musculaire de la tête, système ostéo-articulaire et musculaire du membre supérieur, système ostéo-articulaire et musculaire du membre inférieur, système ostéo-articulaire et musculaire du corps entier, système tégumentaire, actes « sans localisation ») où les actes sont classés en actes diagnostiques (selon la technique de la plus simple à la plus compliquée et selon la topographie craniocaudale, proximodistale, sens du flux) et thérapeutiques selon la topographie et l'action (de la moins à la plus invasive ou de complexité croissante).
- **18** : chapitre relatif aux anesthésies complémentaires et gestes complémentaires associés à une liste définie d'actes ;
- **19** : chapitre correspondant aux actes isolés et suppléments de rémunération créés lors de la transition entre la NGAP et la CCAM, ainsi qu'aux modificateurs qui sont définis par la suite.

5.2 Notion d'acte global

Chaque libellé de la CCAM décrit un acte global comprenant 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.

L'acte ne pourra être codé qu'à l'issue de sa réalisation complète dans le cadre d'un acte isolé ou d'une procédure (association d'actes usuels et pertinents regroupés), sinon on ne codera que ce qui aura été réalisé. Il ne pourra être facturé qu'une seule fois même si plusieurs médecins interviennent dans sa réalisation (sauf situation où l'acte est identifié par différents intervenants, se référer à la notion de code activité). Les gestes complémentaires, les actes de guidage et les suppléments de rémunération ne peuvent être tarifés que si les actes qu'ils complètent sont réalisés.

En cas de chirurgie pour un acte non répétitif réalisé sur un plateau technique lourd ou d'un acte interventionnel réalisé en établissement de santé, le tarif couvre les actes habituels en lien avec l'intervention lors de la phase pré-interventionnelle à l'exclusion de la consultation de pose de l'indication, la période pré-interventionnelle et post-interventionnelle (15 jours après la réalisation de l'acte), pour un suivi hors complication en rapport avec l'acte réalisé que le patient soit hospitalisé ou non.

5.3 Convention d'écriture des libellés

Ces conventions sont importantes à connaître pour l'utilisation pertinente des actes.

L'emploi de l'article partitif « **de** » veut dire quel que soit le nombre. Ainsi, pour l'acte LHLB001 – Infiltration thérapeutique d'articulation vertébrale postérieure, par voie transcutanée sans

guidage – que l'on fasse une ou plusieurs infiltrations de ces articulations, l'acte ne sera utilisé qu'une seule fois.

L'emploi de « **un** » comme adjectif numéral veut dire « **un seul** » et est à opposer à l'**indication numérique** présente dans certains libellés. Par exemple, la CCAM décrit différents actes de confection d'une orthèse statique d'un doigt (MHMP007), de 2 doigts (MHMP002), de 3 doigts ou plus (MHMP003). On choisira l'acte correspondant selon ce qui aura été réalisé.

Les conjonctions « **et** », « **ou** » et l'expression « **et / ou** » indiquent respectivement une **association obligatoire** (AHQP003 – Mesure des vitesses de conduction motrice et de l'amplitude des réponses musculaires de 2 à 4 nerfs, sans étude de la conduction proximale), une **proposition alternative** (PBQM002 – Echographie unilatérale ou bilatérale d'une articulation) ou l'**association d'une ou de plusieurs actions** existant dans un même libellé (MZMP006 – Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de l'avant-bras, du poignet et/ou de la main ne prenant pas le coude). De plus, la virgule placée entre les termes d'une énumération remplace « **et, ou, et / ou** » employé entre les deux termes de cette énumération.

Les **notes d'utilisation** précisent le contenu technique des actes ou leur condition d'utilisation. Elles sont situées en italique sous le libellé de l'acte ou en tête de chapitre ou de subdivision si elles sont de nature générale. Elles sont soit **explicatives** (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) ; soit **indicatives** donnant ainsi des exemples non limitatifs de l'acte (AFLP007 – Injection thérapeutique périurale [épidurale] d'agent pharmacologique sans guidage – *Injection périurale par le hiatus sacral*) ; soit **d'exclusion donc limitatives** (AHLB012 – Infiltration thérapeutique du nerf profond d'un membre sans guidage - *A l'exclusion de l'infiltration thérapeutique du nerf médian dans le canal carpien, d'un*

*nerf profond dans un canal ostéofibreux sans guidage) ; **soit associées avec l'expression avec ou sans** indiquant que leur réalisation éventuelle au cours de l'acte est incluse sans codage en sus (NEJB001 – Evacuation de collection de l'articulation coxofémorale, par voie transcutanée avec ou sans guidage radiologique) ; **soit de prise en charge** (LHRP001 – Séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale. *Indication : affection mécanique du rachis. Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale*).*

5.4 Cas particulier des actes identiques

Il s'agit d'actes décrits par le même libellé et identifiés par le même code. Les actes bilatéraux sont des actes identiques réalisés sur des organes ou des sites anatomiques pairs.

Soit il existe un libellé avec un acte unilatéral (NFQK001 – Radiographie unilatérale du genou selon 1 ou 2 incidences) ou avec un acte bilatéral (NFQK002 – Radiographie bilatérale du genou selon 1 à 2 incidences par côté), il convient d'utiliser celui qui correspond à l'acte réalisé.

Soit il existe un acte comportant la mention unilatéral ou bilatéral dans le libellé ou les notes, l'acte n'est codé qu'une seule fois même en cas de réalisation bilatérale (PBQM002 – Echographie unilatérale ou bilatérale d'une articulation).

Soit il existe un libellé sans précision de latéralité, l'acte est un acte unilatéral. En cas de réalisation bilatérale sauf incompatibilité, l'acte peut être codé deux fois (NZLB001 – Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage).

5.5 Incompatibilités

En cas d'association d'actes, il est important de s'assurer de l'absence d'incompatibilité.

Les incompatibilités sont les suivantes :

- Actes composant une procédure (se référer aux explorations neurologiques) ;
- Acte incluant un autre acte et ce dernier ;
- Un acte comportant la mention « avec ou sans » un autre acte et ce dernier ;
- Un acte dont le libellé mentionne qu'il est réalisé postérieurement à un autre acte et ce dernier ;
- Des actes identiques réalisés sur le même site anatomique sauf ceux réalisés sur la main ou le pied, dont les libellés comportent des informations numériques, précisent la mention bilatérale ;
- Des actes traduisant une même action ou une même finalité diagnostique ou thérapeutique sur le même site ;
- Des actes d'échographie ou de scanographie ou de remnographie portant sur plusieurs sites anatomiques ;
- Des actes avec guidage avec des libellés ne portant pas la mention de guidage ;
- Des pansements, immobilisation ou appareillage et des actes portant sur les tissus (peau et tissu cellulaire sous cutané, muscles, tendons, synoviales, os, articulations, vaisseaux ou nerfs) sur le même site anatomique ;
- Celles mentionnées dans les notes.

5.6 Différents codes d'un acte

Chaque acte de la CCAM est identifié par des codes obligatoires (code principal, code activité, code phase) et parfois des codes facultatifs (remboursement exceptionnel, modificateur, code d'association).

Par exemple, l'acte d'arthrographie de hanche est identifié sous le code principal NEQH002. À cet acte sont associés trois modificateurs (E, Y, Z), un geste complémentaire (ZZLP025 correspondant à un acte d'anesthésie qui sera codé par un anesthésiste) et un supplément de rémunération (YYYY019 correspondant au supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour arthrographie de hanche). Son code activité et son code phase sont respectivement « 1 » et « 0 ».

Ces différentes informations sont renseignées comme indiquées dans **la figure 2**. Pour la version papier, on n'oubliera pas de renseigner la date de réalisation de l'acte. La transmission électronique des feuilles de soins est sensée être la règle pour la grande majorité de l'activité de consultation.

Figure 2 – Modalités de renseignement de la feuille de soins lorsqu'il s'agit d'un acte CCAM

Code principal

Code activité

Tarif

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)													
date des actes		codes des actes	actes	C.C.S. C.N.S.Y VS N.P.S.Y	autres actes (K, CeC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépense		fraux de déplacement				
J	J	M	M	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
J	J	M	M	A	A	A	A						
J	J	M	M	A	A	A	A						
J	J	M	M	A	A	A	A						
J	J	M	M	A	A	A	A						

Modificateurs

Code association

Remboursement exceptionnel

PAIEMENT (à remplir par le médecin)	
MONTANT TOTAL en euros (1/100€)	

5.6.1 Code principal

Il s'agit d'un code alphanumérique décrivant l'acte. Les deux premières lettres correspondent à la topographie, la 3ème à l'action, la 4ème au mode d'accès ou à la technique. Elles sont suivies de 3 chiffres qui correspondent à un compteur aléatoire permettant de différencier les actes débutant par les 4 mêmes premières lettres.

Pour l'acte NEQK010 – Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences, les lettres « N », « E », « Q » et « K » veulent dire système ostéo-articulaire et musculaire du membre inférieur, articulation coxofémorale, 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 appareil approprié, acquisition de données, enregistrement, image, -graphie) et réalisation d'un acte par rayons X sans accès.

5.6.2 Code activité

Il permet d'identifier les gestes réalisés par des médecins différents au cours du même acte. On peut citer l'acte PBLL001 – Synoviorthèse isotopique d'un membre pour lequel l'activité « 1 » correspond à la préparation du produit radio-isotopique et l'activité « 2 » à l'injection intra-articulation du produit radio-isotopique. Le rhumatologue renseignera dans ce contexte le code activité « 2 ».

5.6.3 Code phase

Il identifie des actes réalisés en plusieurs phases et ne concerne pas à ce jour le rhumatologue.

5.6.4 Code remboursement exceptionnel

Il identifie les actes remboursés sous certaines conditions fixées par l'assurance maladie avec le renseignement de la lettre «X» sur la feuille de soins ou lors de la télétransmission.

Deux actes concernent le rhumatologue.

- LHRP001 – Séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale. *Indication : affection mécanique du rachis. Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale.*
- PAQK007 – Ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] sur deux sites par méthode biphotonique (*critères d'indication, de formation, de qualité*).

5.6.5 Modificateurs

Il s'agit d'une information associée à un acte précisant un critère particulier pour sa réalisation ou pour sa valorisation. Il ne peut être renseigné que s'il est autorisé avec l'acte qui sera facturé. Il est identifié sous la forme d'une lettre ou d'un chiffre entre crochets sous le code principal de l'acte. Son utilisation conduit à une majoration tarifaire, soit en pourcentage à appliquer au tarif de l'acte, soit en valeur monétaire à additionner au tarif de l'acte. Si plusieurs modificateurs sont renseignés, chacun d'entre eux s'applique par rapport au tarif de l'acte indépendamment des autres.

Au maximum, quatre modificateurs peuvent être renseignés. Nous ne décrivons que les modificateurs concernant l'exercice rhumatologique, pour les autres modificateurs se référer aux dispositions générales et à la dernière version en cours de la CCAM.

Le **tableau 4** décrit les modificateurs pouvant concerner l'exercice rhumatologique.

On rappelle la définition de l'urgence : réalisation d'un acte non prévu 8h auparavant, entre 20h et 8h, le dimanche et jour férié, pour une affection aiguë ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles.

Tableau 4 - Les modificateurs

Code	Modificateur	Valeurs
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 d'actes de radiographie du squelette entier, de l'hémisquelette et d'actes de radiologie vasculaire et de radiologie interventionnelle	+49%
F	Acte réalisé un dimanche ou un jour férié	+19,06€
U	Acte réalisé en urgence par les médecins et les chirurgiens-dentistes et les pédiatres, la nuit entre 20h et 08h	+25,15€
Y	Majoration de tarif pour acte de radiographie réalisée par un pneumologue ou un rhumatologue	+15,8%

Les modificateurs de convergence applicables pour certains actes seront présentés au chapitre 6.

5.6.6 Code association

Il s'agit d'une information qui sera renseignée lorsque plusieurs actes sont réalisés dans le même temps, pour le même patient, par le même médecin hors incompatibilité d'association entre les actes.

Pour ce qui concerne l'association entre un acte NGAP et un acte CCAM, elle est en général non autorisée sauf pour les circonstances décrites ci-dessous intéressant le rhumatologue :

- L'association de la consultation avec la réalisation d'une ostéodensitométrie (PAQK007) ;
- L'association d'une consultation donnée par un médecin pour un patient vu pour la première fois dans un établissement de soins avec ceux de l'intervention qu'il réalise et qui lui fait immédiatement suite, lorsque cette intervention est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du patient ;
- L'association d'un des actes communs aux médecins et auxiliaires médicaux (se référer à la section 4.4.) avec un acte CCAM. Il n'y aura pas de code d'association à renseigner dans ce cas précis. Si un acte de radiologie conventionnelle CCAM est réalisé avec un acte commun, chacun des actes est tarifé à 100%. Si l'acte CCAM n'est pas une radiographie conventionnelle, l'acte commun est tarifé à 50%.

Pour ce qui concerne l'association d'actes CCAM, la règle générale est l'association de deux actes au plus. L'acte dont le tarif est le plus élevé hors modificateur est tarifé à taux plein, y compris les gestes complémentaires ou supplément de rémunération et le second à 50%. Pour le premier et le second acte, on renseignera respectivement le code d'association « 1 » et « 2 ».

Comme pour toute règle générale, il y a des exceptions :

- Les actes d'électromyographie, de mesures des vitesses de conduction, d'études des latences et des réflexes peuvent être associés à taux plein entre eux quel que soit le nombre d'actes (hors procédure) et avec un seul autre acte CCAM. On mentionnera dans ce cas précis, le codage d'association « 4 » pour chacun de ces actes tarifés à taux plein.
- Les actes de radiologie conventionnelle peuvent être associés entre eux, quel que soit leur nombre, et à d'autres actes. En cas de plusieurs actes de radiologie conventionnelle, l'acte dont le tarif est le plus élevé hors modificateur sera tarifé à taux plein et les autres à 50%. En cas d'association des actes de radiographie à d'autres actes non radiographiques, l'acte non radiographique dont le tarif est le plus élevé hors modificateur sera tarifé à taux plein et le second acte non radiographique à 50%. On utilisera le code d'association « 1 » et « 2 » respectivement pour les actes tarifés à taux plein et à 50%.
- Le guidage radiologique est considéré comme un acte de radiologie conventionnelle.
- Il existe un code d'association « 5 », ce dernier correspond à la tarification d'un acte à 100% lorsque pour des raisons médicales et dans l'intérêt du patient, un médecin réalise des actes CCAM à des moments différents et discontinus de la même journée sur un même patient. Le dossier patient doit retrouver l'information quant à la justification de cette réalisation.

5.7 Gestes complémentaires, suppléments de rémunération et actes isolés

5.7.1 Gestes complémentaires et suppléments de rémunération

Les gestes complémentaires et les suppléments de rémunération sont décrits respectivement dans les chapitres 18 et 19 de la CCAM. Comme on l'a déjà vu, ils sont associés à des actes et ne peuvent être facturés seuls s'ils sont réalisés.

Si des gestes complémentaires sont décrits avec les actes pouvant être réalisés par le rhumatologue, telles certaines anesthésies, ces gestes complémentaires ne seront pas facturés par le rhumatologue car non réalisés par lui.

En revanche, les suppléments de rémunération pourront être facturés, tels ceux décrits avec certains actes d'arthrographie, YYY019 – Supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour arthrographie de hanche.

5.7.2 Actes isolés

Il s'agit également d'actes décrits dans le chapitre 19 de la CCAM pour permettre le passage de la tarification de la NGAP à la CCAM. C'est par exemple l'acte YYY033 – Guidage radiologique. Il ne peut être tarifé seul mais qu'avec un acte mentionnant dans son libellé le guidage radiologique.

5.8 Compte-rendu

Chaque acte facturé doit faire l'objet d'un compte-rendu écrit et détaillé nécessaire à la continuité des soins. Il comprend les renseignements administratifs nécessaires à l'identification du patient, les renseignements médicaux, l'indication de l'acte, la date de réalisation de l'acte, les modalités techniques précises quand cela est nécessaire, les résultats quantitatifs et qualitatifs

pertinents et les conclusions motivées. Il peut être accompagné de tracé ou d'iconographie. Il doit être réalisé et signé par le médecin identifié ayant réalisé l'acte et pourra être adressé au contrôle médical sur sa demande. Il doit être disponible dans le dossier patient.

Pour le cas particulier d'actes utilisant des rayonnements ionisants, en plus des éléments précédemment cités, il inclura les éléments d'identification du matériel utilisé pour les techniques les plus irradiantes, l'estimation de la dose reçue pour la radiologie diagnostique ou interventionnelle exposant la tête, le cou, le thorax, l'abdomen ou le pelvis (produit dose.surface) pour les appareils disposant de cette information. À défaut et seulement pour les examens itératifs chez les moins de 16 ans, examen ciblant la région pelvienne chez la femme en âge de procréer ou la région abdominopelvienne justifiée chez la femme enceinte, doivent être renseignés la tension électrique et les éléments disponibles parmi les suivants (charge électrique, distance foyer-peau, durée de la scopie, courant associé pour chaque type de champ d'entrée et le nombre d'expositions faites en graphie).

5.9 Prise en charge

Les actes ne sont pris en charge par les différents organismes de l'assurance maladie **que s'ils sont réalisés personnellement par le médecin**, sous réserve que ce dernier soit en règle avec les dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de sa profession et dans les règles de prescription, d'utilisation ou de réalisation des actes et prestations.

Les actes sont pris en charge et remboursables, pris en charge mais non affectés d'un tarif (forfait), pris en charge et remboursables sous condition (cas de l'ostéodensitométrie par exemple) et non pris en charge.

Seuls les actes pris en charge par l'assurance maladie sont mentionnés sur la feuille de soins ou renseignés lors de la télétransmission.

PRÉCISIONS CONCERNANT L'UTILISATION DE DISPOSITIFS MÉDICAUX

En application de l'article L-4 des dispositions Générales de la CCAM et de l'article L165-1 du code de Sécurité Sociale, il n'est pas possible de facturer un acte dont l'unique objet est l'utilisation d'un dispositif médical non remboursé. Exemple : l'injection intra-articulaire d'un viscosupplément non pris en charge ne peut être facturé. Comme tout acte non pris en charge, il ne doit pas faire l'objet de la délivrance d'une feuille de soins ni d'une télétransmission, mais par contre une facture doit être remise au patient. Bien entendu, un autre acte tarifiable peut être effectué en même temps que ce geste, type consultation ou infiltration d'un autre produit mais ceci doit être tracé dans le dossier médical. Enfin, rappelons qu'en cas de visco-supplémentation en dehors du genou la mention « non remboursable » doit être libellée sur l'ordonnance du produit.

5.10 - Participation forfaitaire de 18€

Pour chaque acte de la CCAM est décrit un code « **Exo TM** » signifiant exonération du ticket modérateur. Le code « **1** » correspond à un acte thérapeutique ou diagnostique invasif. Si des actes mentionnant ce code sont associés et réalisés dans le même temps et que la somme de leur tarifs est supérieure ou égale à 120€, le patient doit régler une participation forfaitaire de 18 euros.

Le code « **2** » correspond à un acte diagnostique non invasif. Les actes ne peuvent être cumulés entre eux pour la comparaison au seuil de 120€. L'acte ayant un code « **2** » ne sera exonéré que si son tarif est inférieur à ce seuil mais n'exonérera pas les autres actes dont le tarif est supérieur à ce seuil. Le patient aura à régler

une participation forfaitaire à l'établissement ou au professionnel de santé d'un montant de 18€, mais qu'une seule fois en cas de tiers payant. Cette somme étant due au professionnel de santé, elle doit être réglée par le patient sauf exonération prévue réglementairement (patient sous affection de longue durée, couverture médicale universelle complémentaire, régime d'Alsace-Moselle) et le code « **PAV** » doit être mentionné après le code de l'acte.

En dehors des cas d'exonération, la participation forfaitaire s'applique dès que le tarif de l'acte est supérieur ou égal à 120€ depuis le 1er mars 2011.

Certains actes et certains frais ne rentrent pas dans le champ d'application de la participation forfaitaire de 18 euros et sont pris en charge à 100 %, tels les actes de radiodiagnostic pour ce qui nous concerne. Il existe d'autres actes ou d'autres frais (frais de transport d'urgence en cas d'une hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, ainsi que les frais de transport en cas d'une hospitalisation consécutive à l'hospitalisation au cours de laquelle a été effectué un acte dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, des frais d'hospitalisation à partir du 31e jour d'hospitalisation consécutif) qui concerne a priori moins le champ d'action du rhumatologue.

Les personnes qui bénéficient d'une prise en charge à 100 % en raison de leur situation ou de leur état de santé sont exonérées de la participation forfaitaire de 18 euros, notamment :

- les personnes titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ;

- les personnes titulaires d'une pension de réversion, atteintes d'une invalidité permanente et qui remplissent les conditions d'ouverture de droit à une pension d'invalidité ;
- les personnes titulaires d'une pension d'invalidité et âgées de plus de 60 ans qui continuent d'exercer une activité professionnelle et ont refusé la transformation de leur pension d'invalidité en pension vieillesse ;
- les personnes titulaires d'une pension militaire (malades ou blessés de guerre) ;
- les personnes titulaires d'une allocation de solidarité aux personnes âgées ;
- les personnes titulaires d'une rente accident du travail - maladie professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 66,66 % et leurs ayants droit ;
- les personnes prises en charge au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, pour les actes, soins et traitements en rapport avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle ;
- les femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse jusqu'à 12 jours après leur accouchement ;
- les nouveaux-nés, pour les frais d'hospitalisation ou les soins en établissement de santé pendant les 30 jours qui suivent leur naissance ;
- les personnes hospitalisées, pour les frais d'hospitalisation à partir du 31e jour d'hospitalisation consécutif ;
- les enfants et adolescents mineurs victimes de sévices sexuels, pour les actes, soins et traitements consécutifs aux sévices sexuels dont ils ont été victimes ;

- les personnes prises en charge au titre d'une affection de longue durée exonérante, pour les actes, soins et traitements en rapport avec cette affection et qui sont mentionnés sur le protocole de soins ;
- les personnes prises en charge au titre du diagnostic et du traitement de la stérilité, pour les actes, soins et traitements nécessaires, y compris l'insémination artificielle.

À noter : les personnes bénéficiaires de l'aide médicale de l'État ne sont pas concernées par la participation forfaitaire de 18 euros.

5.11 - Nouvelles procédures concernant l'association d'actes de radio-graphies standards depuis 2012

Extrait du Journal Officiel du 30/03/12 :

«Par ailleurs, les parties signataires proposent l'introduction de deux actes nouveaux à la liste des actes et prestations correspondant à deux procédures associant radiographie de la ceinture pelvienne selon une incidence et radiographie de l'articulation coxofémorale selon une ou deux incidences.»

La première procédure, identifiée sous le code NAQK071, consiste en l'association d'une radiographie du bassin (1 incidence) et d'une radiographie unilatérale de la hanche (1 ou 2 incidences). Son tarif est de 23,47€ (hors modificateurs).

La seconde procédure, identifiée sous le code NAQK049, consiste en l'association d'une radiographie du bassin (1 incidence) et d'une radiographie bilatérale de la hanche (1 ou 2 incidences par côté). Son tarif est fixé à 31,29€ (hors modificateurs).

6. IMPACT DE L'AVENANT 8 DE LA CONVENTION MÉDICALE

6.1 Changement du délai concernant l'avis de consultant

Les modalités d'application de l'avis de consultant ne changent pas, excepté le délai qui passe de 6 à 4 mois. Ceci a été mise en place depuis le 1er juillet 2013.

6.2 Baisse tarifaire en plusieurs temps de certains actes d'échographie

Tableau 5 - Principales baisses tarifaires annoncées.

Code	Libellé	Tarif Avant 01/07/13	Tarif 01/07/13	Tarif 01/07/14	Tarif 01/07/15
PBQM002	Echographie uni ou bilatérale d'une articulation	37,80	36,86	35,91	34,97
YYYY028	Guidage échographique	37,80	36,86	35,91	34,97

NB : La baisse de certains actes de radiographie ostéo-articulaire ne sera mise en œuvre qu'en juillet 2015.

6.3 Augmentation tarifaire via l'application des modificateurs de convergence

Le tarif de certains actes va augmenter dès juillet 2013 et régulièrement jusqu'à atteindre son tarif cible en juillet 2015.

Ne sont concernés par cette augmentation tarifaire que les actes réalisés par :

- les médecins exerçant en secteur opposable ;
- les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins ;
- les médecins pratiquant les honoraires différents uniquement pour les patients ayant une protection complémentaire en matière de santé ou aux patients attestant du droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé.

Pour appliquer cette augmentation, la caisse propose l'application de modificateurs décrits dans le tableau ci-dessous. Selon l'acte, il faudra appliquer soit l'un de ces modificateurs, soit deux d'entre eux, soit répéter deux fois le même modificateur.

Tableau 6 – Application des modificateurs de convergence

Cod e	Libellé Modificateur transitoire de convergence vers la cible	Valeur	Valeur
		Du 01/07/13 au 28/02/14	Du 01/03/14 au 31/12/14
X	Valeur 4	+ 8%	+ 16%
I	Valeur 3	+4,6%	+9,2%
9	Valeur 2	+ 1,9%	+3,7%
O	Valeur 1	+0,3%	+0,6%

Le « O » correspond à la lettre et non au chiffre zéro et « 9 » au chiffre neuf et non à la lettre « g ».

Il n'est pas inutile de rappeler que 4 modificateurs peuvent être appliqués en tout et qu'ils s'appliquent sur le tarif de base de l'acte.

Il ne faudra pas confondre le modificateur de convergence « X » avec le code de remboursement exceptionnel « X » concernant deux actes en rhumatologie : l'ostéodensitométrie (PAQK007) et la séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale (LHRP001).

La mise en place de ces modificateurs de convergence est illustrée par l'exemple ci-dessous concernant l'acte d'évacuation d'une collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage, NZJB001.

Tableau 7 – Mise en place de modificateurs de convergence pour l'acte NZJB001

Code principal	Modificateurs déjà décrits	Modificateurs de convergence	Tarif avant 01/07/13	Tarif à partir du 01/07/13 au 28/02/14
NZJB001	F, P, S, U	9 X	47,08	51,74

Pour obtenir la majoration tarifaire, on applique au tarif de base de l'acte (soit 47,08€) le pourcentage de chacun des modificateurs de convergence (1,9% pour le modificateur « 9 » et 8% pour le modificateur « X »). On obtient ainsi le tarif de 51,74€ par le calcul suivant : 47,08€ (tarif de base) + 0,89452€ (application du modificateur « 9 ») + 3,7664€ (application du modificateur « X »). Si cet acte est réalisé un dimanche, il faudra rajouter le modificateur « F » qui lui correspond à un montant de 19,06€ qui s'additionnera au tarif précédent pour obtenir le montant final de 70,80€.

6.4. Autres forfaits ou majorations

Le forfait médecin traitant « FMT » s'appliquera à tout rhuma-tologue, médecin traitant d'un patient non en affection de longue durée. Ce forfait, versé annuellement et d'un montant de 5 €, a pour objet de valoriser l'amélioration de la prévention et du suivi du patient. Ce forfait ne concernera que les médecins exerçant à tarif opposable ou ayant adhéré au contrat d'accès aux soins.

Concernant la majoration personnes âgées « MPA », cette dernière s'appliquera a priori pour tout acte clinique réalisé chez un sujet de plus de 85 ans. Ce montant est fixé à 5 €. Il devrait être versé trimestriellement. Les modalités pratiques doivent être précisées par l'assurance maladie. Cette majoration devrait s'appliquer dans les mêmes conditions pour tout patient de plus de 80 ans à partir du 1er juillet 2014. Elle ne concernera que les médecins exerçant à tarif opposable ou ayant adhéré au contrat d'accès aux soins.

La majoration de sortie d'hospitalisation « MSH » s'appliquera pour tout médecin, médecin traitant de son patient, pour toute consultation ou visite réalisée dans les trente jours suivant la sortie d'hospitalisation de court séjour ou de psychiatrie d'un

patient à forte comorbidité (après une intervention chirurgicale ou pour une pathologie grave diagnostiquée ou préexistante et décompensée).

Cette consultation obéit à un cahier des charges précis :

- Il s'agit d'une consultation longue et complexe concernant un patient polypathologique avec altération de l'autonomie nécessitant un suivi médical rapproché et spécifique avec coordination, avec au moins un intervenant paramédical dans les suites de l'hospitalisation ;
- L'objectif est d'éviter une réhospitalisation ;
- Elle comprend une évaluation de l'état médical et de l'autonomie du patient dans son contexte familial et social, une évaluation du niveau d'information du patient et de sa compréhension de sa pathologie, de l'observance des traitements et des bilans nécessaires, de la reconnaissance des signes d'alarme, une réévaluation de l'efficacité et de la tolérance des traitements, une évaluation de l'adéquation entre les besoins des patients et les moyens mis en place et le renseignement du dossier patient.

Cette majoration ne pourra être facturée dans les conditions suivantes :

- une seule fois après la sortie d'hospitalisation ;
- avec une consultation à tarif opposable ;
- par un médecin exerçant à tarif opposable ou ayant adhéré au contrat d'accès aux soins ;
- par un médecin exerçant à tarif différent et n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins uniquement pour les bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et pour les patients disposant de l'attestation du droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Cette consultation devrait être valorisée à hauteur de 2C.

Comme pour la majoration **MSH**, il sera également possible pour le médecin traitant du patient d'appliquer une consultation valorisée à hauteur de 2C dans les deux mois suivant l'hospitalisation d'un patient pour décompensation d'une insuffisance cardiaque. Le principe de cette consultation complexe est le même que pour la situation précédente sauf que la concertation se fera avec le cardiologue correspondant.

Cette situation correspondra à la majoration « **MIC** ».

La majoration forfaitaire transitoire « **MPC** » pourra continuer à être appliquée par le médecin exerçant à honoraire libre :

- s'il a adhéré au contrat d'accès aux soins ;
- ou pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé ou aux patients attestant du droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé.

7. EXEMPLES DE FACTURATION DE LA CCAM

Contexte

Nous présenterons des exemples de facturation pour un patient vu dans le cadre du parcours de soins avec application des tarifs opposables, sauf avis contraire explicitement mentionné.

A l'heure de la rédaction de ce livret, la version 31 de la CCAM est en vigueur depuis le 01/07/2013.

Les modalités de renseignement du parcours de soins seront à renseigner sur la feuille de soins ou lors de la télétransmission comme indiqué dans la figure 2.

Pour un patient vu hors du parcours de soins par un rhumatologue en secteur à tarifs opposables, un dépassement autorisé « **DA** » pourra être appliqué jusqu'à une majoration maximale allant jusqu'à 17,5% du tarif de l'acte. Il faudra cependant respecter un ratio des honoraires sans dépassement sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70%.

Pour les praticiens exerçant en secteur à tarifs différents, l'application des tarifs se fera avec tact et mesure.

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

7.1.1 Acte unilatéral

Contexte :

facturation d'une infiltration d'un genou sans guidage

Cet acte est décrit par le code « NZLB001 – Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage » auquel sont associées les informations ci-dessous :

À l'exclusion de : synoviorthèse chimique d'un membre (PBLB002), isotopique d'un membre (PBL001)

Code activité 1

Modificateur et Geste complémentaire ou supplément de rémunération : sans objet

Tarif : 30,82€

La facturation se fait comme suit (figure 3).

figure 3 - Infiltration du genou sans guidage

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activité	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CAC, P, ...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	déphas.	frais de déplacement		
							LD	MD	LK
								nbres	montant
01092013	NZLB001	1			30,82€				
J J M M A A J J A A									
J J M M A A J J A A									
J J M M A A J J A A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					30,82€				

7.1.2 Acte bilatéral

Contexte :

facturation d'une infiltration des genoux sans guidage

Pour ce contexte précis, le libellé ne mentionnant pas de notion de latéralité, l'acte est renseigné deux fois avec l'application d'un code d'association « 1 » et « 2 » avec leur tarification respective de 100% et de 50% (Figure 4).

Figure 4 - Infiltration des genoux sans guidage Figure 4

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	actes	C, CS CNPSY V VS VNPSY	autres actes (K, CAC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	adéqu.	fraie de déplacement		
							1.9%	8%	montant
01/09/2013	NZLB001	1		1	30,82€				
01/09/2013	NZLB001	1		2	15,41€				
J J M M A A J J A A									
J J M M A A J J A A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					46,23€				

7.2 Acte avec modificateurs

Contexte :
facturation d'une évacuation du genou avec application des modificateurs de convergence

L'acte correspondant à l'évacuation est « NZJB001 » –
Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage
À l'exclusion de : évacuation d'une collection de l'articulation coxo-fémorale, par voie transcutanée (NEJB001)
Code activité 1 - Modificateur : [F, P, S, U]
Geste complémentaire ou supplément de rémunération : (ZZLP025). Il s'agit d'un acte en rapport avec la réalisation d'une anesthésie qui sera codé par un anesthésiste si l'acte est réalisé.
Tarif : 47,08€
Modificateurs de convergence : [9, X]

On va appliquer les modificateurs de convergence 9 et X, correspondant respectivement à 1,9% et 8% de majoration à appliquer au tarif de base de l'acte. Le montant final de 51,74€ correspond à l'équation suivante : 47,08 + (1,9% x 47,08) + (8% x 47,08).

Figure 5 – Evacuation du genou avec application des modificateurs de convergence

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activité	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CaC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D.	I.K.	
							M.D.	abon.	montant
01092013	NZJB001	1		9X	51,74€				
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)					51,74€				

7.3 Association d'actes hors radiologie ou exploration neurologique

Contexte :
facturation d'une évacuation du genou droit et d'une infiltration du genou gauche

Les actes précédemment décrits vont être utilisés pour facturer l'évacuation (NZJB001) et l'infiltration (NZLB001). L'acte le plus cher est tarifé en premier à 100% avec la mention du code d'association de « 1 » et le second du code d'association « 2 » avec sa tarification à 50% (Figure 6).

Figure 6 – Evacuation d'un genou et infiltration du genou controlatéral sans guidage

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activité	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CaC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D.	I.K.	
							M.D.	abon.	montant
01092013	NZJB001	1		9X	51,74€				
01092013	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)					67,15€				

Contexte : infiltration d'un genou sous guidage échographique

L'acte décrit correspond à deux actes qu'il est important de coder ensemble, l'organe superficiel pouvant correspondre à la définition d'une articulation.

ZZLJ002 – Injection d'agent pharmacologique dans un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique.

Modificateur de convergence : [9] – Tarif : 9,60€

Tarif avec application du modificateur de convergence : 9,78€

YYYY028 – Guidage échographique

Modificateurs : [F, P, S, U] - Tarif : 36,86€

Cet exemple s'inscrit dans la règle générale d'association des actes avec le premier, le plus cher tarifé à taux plein à 100% et le second, le moins cher à 50% avec leur code d'association respectif de « 1 » et de « 2 » (Figure 7).

Figure 7 – infiltration du genou sous guidage échographique

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CxG, P, J) éléments de justification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D.	I.K.	montant
01092013	YYYY028	1		1	37,80€				
01092013	ZZLJ002	1		9 2	4,89€				
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)					41,75€				

Contexte: échographie diagnostique de plusieurs articulations suivie d'une infiltration du genou sans guidage.

Deux actes sont à coder, celui correspondant à l'échographie PBQM001 décrit ci-dessous et l'acte d'infiltration sans guidage précédemment décrit, NZLB001.

PBQM001 –Echographie unilatérale ou bilatérale de plusieurs articulations.

Modificateurs : [F, P, S, U] - Tarif : 37,80€

La **figure 8** mentionne les modalités de facturation.

Figure 8 – échographie diagnostique de plusieurs articulations suivie d'une infiltration sans guidage d'un genou

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C. CS CNPSY V. VS VNPSY	autres actes (K, G4C, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frai de déplacement		
							LD	LK	
							MT	abre	montant
01092013	PBQM001	1		1	36,86€				
01092013	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 euro (1+2+3)					53,21€				

7.4 Association d'actes d'exploration neurologique avec un autre acte

Contexte : diagnostic et traitement par infiltration d'un syndrome du canal carpien

Il s'agit des actes :

- AHQB032, qui est une procédure, – 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 - *Exploration électrophysiologique d'une atteinte du nerf médian au canal carpien* - Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale -

Modificateur de convergence : [O], Tarif 121,96€ - Tarif avec application du modificateur de convergence : 122,33€

- AHLB006 – Infiltration thérapeutique du nerf médian dans le canal carpien - Tarif 29,48€

Dans ce contexte précis, sauf condition d'exonération, le patient, en cas de pratique du tiers payant, est redevable d'une participation forfaitaire de 18€. Cette somme devra être demandée par le rhumatologue et la mention du code « PAV » sera à renseigner après le code de l'acte.

L'acte AHQB032 peut être associé à un autre acte CCAM non en rapport avec ce type d'exploration, chacun d'eux est tarifé à taux plein avec la mention du code d'association « 4 » pour chacun d'eux (Figure 9).

Figure 9 – diagnostic et traitement d'un syndrome du canal carpien

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CxG, P...) éléments de justification CCAM	montant des honoraires facturés	déplacements	frais de déplacement		
							I.D.	I.K.	
							4.1	montant	
01/09/2013	AHQB032	1		O	4	122,33€ (PAV)			
01/09/2013	AHLB006	1			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)					151,81€				

7.5 Association d'actes d'imagerie conventionnelle entre eux ou avec d'autres actes de la CCAM

Contexte :

bilan diagnostique d'une lombalgie avec réalisation d'une radiographie du rachis lombaire et du bassin de face

Il s'agit des actes :

- LFQK002 - Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 1 à 3 incidences - Avec ou sans : radiographie du sacrum et/ou du coccyx - Modificateurs : [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z], (ZZLP025) - Tarif : 51,87€
- NAQK015 - Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence, Modificateurs : [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z] – Tarif : 19,95€

La règle générale d'association d'actes s'applique avec le code « 1 » pour l'acte le plus cher tarifé à 100% et « 2 » pour le second tarifé à 50% (Figure 10). S'il y avait eu d'autres actes de radiographie conventionnelle réalisés, le code d'association à renseigner serait « 2 » avec une tarification à 50% pour ces derniers.

On notera la mention du modificateur « Y » en raison de la réalisation de la radiographie par le rhumatologue permettant une majoration de 15,8% du tarif de base de l'acte.

Figure 10 – Radiographies du rachis et du bassin

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activité	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CaC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	déphas.	frais de déplacement		
							T.D.	T.K.	
							M.D.	autre	montant
01092013	LFQK002	1		Y 1	60,07 €				
01092013	NAQK015	1		Y 2	11,55 €				
J J M M A A J J A A									
J J M M A A J J A A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					71,62 €				

Contexte : arthrographie de la hanche

L'arthrographie de la hanche correspond à l'acte NEQH002 (69,16€) affecté de trois modificateurs et de trois gestes complémentaires ou suppléments de rémunération. Seul le modificateur « Y » et le supplément de rémunération « YYYY019 » (19,20€) pour supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour arthrographie de hanche vont nous intéresser.

Comme indiqué dans la **figure 11**, il n'y a pas de code d'association à renseigner puisque le supplément de rémunération est associé à l'acte d'arthrographie et qu'aucun autre acte n'est réalisé.

Figure 11 – Arthrographie de hanche

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	actes	C. CS CNPSY V. VS VNPSY	autres actes (K, CAC, P...) éléments de certification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	fraits de déplacement		
							I.D.	I.K.	montant
01/09/2013	NEQH002	1		Y	80,09€				
01/09/2013	YYYY019	1			19,20€				
J J M M A A J J A A									
J J M M A A J J A A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					99,29€				

Contexte : infiltration d'une hanche sous guidage radiologique par corticoïde (hors synoviorthèse chimique ou isotopique) pour coxarthrose

Les actes à prendre en considération sont :

- NZLH002 - Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique
Modificateur de convergence : [I, I] - Tarif : 14,40€
Tarif après application des modificateurs de convergence : 15,72€

- YYYYY033 – Guidage radiologique - Radioscopie de longue durée avec amplificateur de brillance Facturation : ne peut pas être facturé avec un autre examen radiographique, à l'exception d'un acte diagnostique de radiologie conventionnelle réalisé sur un site anatomique distinct – Modificateurs : [E, F, P, S, U, Y, Z] - Tarif : 19,29€

Le tarif d'un acte sous guidage ne comprend pas le tarif du codage, d'où l'utilisation du code YYYYY033. Pour mémoire, le guidage radiologique ne peut être facturé qu'avec un acte mentionnant dans son libellé la notion de guidage. En revanche, il ne peut être associé avec un autre acte d'imagerie diagnostique sauf si ce dernier est réalisé sur un site différent que celui du guidage.

La règle dans ce cas précis est le code d'association « 1 » pour chacun de ces actes tarifés ainsi à 100% (Figure 12).

Figure 12 – Infiltration d'une hanche sous guidage radiologique

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	actes	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CaC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							forfait	autre	montant
01092013	YYYYY033	1		Y 1	22,34€				
01092013	NZLH002	1		II 1	15,72€				
J J J M M A A A A A									
J J J M M A A A A A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					38,06€				

Contexte :
infiltration d'une hanche et d'une épaule sous guidage radiologique par corticoïde (hors synoviorthèse chimique ou isotopique) chez un patient ayant un rhumatisme inflammatoire

En plus des actes décrits dans le précédent exemple, on utilisera le code MZLH002 - Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique – *Tarif 9,60€ ; Modificateur de convergence : [I, I]* - Tarif avec modificateurs de convergence : 11,14€.

Cette fois-ci, on se retrouve dans la règle générale de facturation des actes avec les codes d'association « 1 » et « 2 ». L'acte de guidage radiologique sera facturé avec chacun des actes et aura le même code d'association que l'acte qu'il accompagne (**Figure 13**).

Figure 13 – Infiltration d'une hanche et d'une épaule sous guidage radiologique

ACTES EFFECTUES										(à remplir par le médecin)		
date des actes	codes des actes	actes	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, GIC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement					
							I.D.	I.K.				
							4.1	notes	montant			
01/09/2013	Y Y Y Y 033	1		Y	1	22,34€						
01/09/2013	N Z L H 002	1		II	1	15,72€						
01/09/2013	Y Y Y Y 033	1		Y	2	11,17€						
01/09/2013	M Z L H 002	1		XX	2	5,57€						
PAIEMENT										(à remplir par le médecin)		
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					54,80€							

Contexte : Lombalgie avec réalisation d'une radiographie du rachis lombaire et du bassin (arthrose lombaire) et d'une manipulation vertébrale.

On reprend les actes précédemment décrits pour le bilan radiographique réalisé dans notre exemple (LFQK002 et NAQK015).

La manipulation vertébrale correspond à l'acte LHRP001 - Séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale, remboursé sous condition (affection mécanique du rachis, formation spécifique à cet acte en plus de la formation de base),

Modificateurs de convergence : [I X] - Tarif : 25,08€.

Tarifs après application des modificateurs de convergence : 28,24€

Un acte de radiographie peut être associé à un autre acte non radiographique et chacun d’eux est facturé à taux plein avec la mention du code d’association « 1 ». En cas de réalisation d’un autre acte radiologique et non radiologique, ces deux actes se verraient affectés du code d’association « 2 » avec une tarification à 50% (Figure 14). On notera la mention du « X » pour l’indication que l’acte de manipulation est réalisé selon les modalités de prise en charge définies par l’assurance maladie.

Figure 14 – Radiographies du rachis lombaire et du bassin associées à une manipulation vertébrale

ACTES EFFECTUES										(à remplir par le médecin)			
date des actes	codes des actes	activité	C. CS CNPSY V. VS VNPSY	autres actes (K, C&C, P, ...) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement					
								LD		UK			
								MD	abre	montant			
01092013	LRHP001	1		IX	1X	28,24€							
01092013	LFQK002	1		Y	1	60,07€							
01092013	NAQK015	1		Y	2	11,55€							
J J M M A A A A A A													
PAIEMENT										(à remplir par le médecin)			
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)						99,86€							

Contexte : Radiographie des deux poignets suivie d’une contention du poignet gauche

La radiographie du poignet est décrite dans la CCAM selon le nombre d’incidence réalisé : MGQK003 pour 1 ou 2 incidences (19,95€) et MGQK001 pour 3 incidences ou plus (29,26€). On va prendre pour exemple la réalisation de 3 incidences pour chaque poignet. Les modificateurs associés à cet acte sont B, C, D, E, F, P, S, U, Y, Z, le geste complémentaire est ZZLP025 qui ne concerne pas le rhumatologue mais l’anesthésiste s’il intervient lors de la réalisation de l’acte. Il est décrit la note d’exclusion suivante : *À l’exclusion de : bilan radiographique dynamique du poignet pour entorse non dissociative selon 7 incidences spécifiques (MGQK002).*

La réalisation d’une contention souple d’une articulation du membre supérieur est identifiée par l’acte MZMP001 (Modificateurs : F, M, P, S, U ; tarif à 31,35€).

Les modalités de facturation sont présentées au niveau de la figure 15.

Figure 15 – Radiographie bilatérale des poignets (3 incidences) suivie d’une contention du poignet gauche

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	actes	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CaC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépasse	frai de déplacement		
							I.D.	I.K.	
							MT	abre	montant
01092013	MZMP001	1		1	31,35€				
01092013	MGQK001	1		Y 1	33,88€				
01092013	MGQK001	1		Y 2	16,94€				
J J J	M M M	A A A	A A A						
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					82,17€				

Contexte : Radiographie des deux poignets suivie d’une injection de chaque poignet sans guidage

Pour la radiographie du poignet, on va prendre celui avec 1 à 2 incidences précédemment décrits (MGQK003).

L’acte MZLB001 décrit l’acte libellé: Injection thérapeutique d’agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage (tarif 26,13€).

Se référer à la Figure 16 pour les modalités de facturation.

Figure 16 – Radiographie bilatérale des poignets (2 incidences) suivie d’une infiltration des poignets sans guidage

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	actes	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CaC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépasse	frai de déplacement		
							I.D.	I.K.	
							MT	abre	montant
01092013	MZLB001	1		1	26,13€				
01092013	MZLB001	1		2	13,07€				
01092013	MGQK003	1		Y 1	23,10€				
01092013	MGQK003	1		Y 2	11,55€				
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					73,85€				

7.6 Association autorisée d'actes intellectuel et technique

7.6.1 Acte commun aux médecins et auxiliaires médicaux

Contexte :
Douleur du genou gauche, examen ostéo-articulaire des membres inférieurs avec choc rotulien gauche, évacuation du genou gauche

On utilisera le code « K8 » pour la réalisation du bilan ostéo-articulaire de deux membres précédemment décrits et l'acte CCAM NZJB001. Il n'y a pas de code d'association à renseigner. L'acte CCAM n'étant pas une radiographie, l'acte commun aux médecins et auxiliaires médicaux est facturé à 50% (**Figure 17**).

Figure 17 – Bilan ostéo-articulaire suivi d'une évacuation du genou gauche

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
date des actes	codes des actes	activités	C. CS CNPSY V. VS VNPSY	autres actes (K, G4C, P...) éléments de justification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							113	114	115
01092013	NZJB001	1		9 X	51,74€				
01092013			K8/2		7,68€				
J J M M A A J A J A									
J J M M A A J A J A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					59,42€				

7.6.2 Consultation et ostéodensitométrie

Dans les exemples ci-dessous, il s'agit à chaque fois de la réalisation d'une ostéodensitométrie chez une femme ayant des facteurs de risque d'ostéoporose donnant droit au remboursement.

Contexte :
Avis ponctuel avec ostéodensitométrie chez une patiente ayant des facteurs de risque d'ostéoporose.

On associera dans ce contexte une consultation et la réalisation de l'acte PAQK007 - Ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] sur 2 sites, par méthode biphotonique – Tarif 39,96€. Cet acte est remboursé sous condition du respect des indications, de formation, de compétence en radioprotection et d'environnement.

Il n'y a pas de code d'association à renseigner et la mention de la lettre « X » indiquera que l'acte est réalisé dans les conditions de prise en charge de l'examen par l'assurance maladie (Figure 18).

Figure 18 – Avis ponctuel avec ostéodensitométrie

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)												
date des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CAC, P...) éléments de justification CCAM	montant des honoraires facturés	déphas.	frais de déplacement					
							LD	MD	TK			
								libre	montant			
01092013			C2		46€							
01092013	PAQK007	1			X 39,96€							
J J M M A A J J A A												
J J M M A A J J A A												
PAIEMENT (à remplir par le médecin)												
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)						85,96€						

Contexte :

Avis non ponctuel avec réalisation d'une ostéodensitométrie chez une patiente dans le parcours de soins.

Selon qu'il s'agisse d'un avis non ponctuel donné dans un cabinet ou dans un établissement privé (**figure 19**) ou dans un établissement public ou privé participant au service public (**Figure 20**), les modalités de facturation de la consultation se font comme indiqué dans les figures correspondantes.

Figure 19 – Avis non ponctuel et ostéodensitométrie en ville ou dans une clinique

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)											
date des actes	codes des actes			actifs	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CAC, P, ...) éléments de justification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
									LD	LK	
01092013					CS + MPC + MCS		28 €				
01092013	PAQK007	1				X	39,96€				
J J M M A A J J A A											
J J M M A A J J A A											
PAIEMENT (à remplir par le médecin)											
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)							67,96€				

Figure 20– Avis non ponctuel et ostéodensitométrie dans un établissement de santé public ou participant au service public

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)											
date des actes	codes des actes			actifs	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CAC, P, ...) éléments de justification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
									LD	LK	
01092013					CS + MCS		26 €				
01092013	PAQK007	1				X	39,96€				
J J M M A A J J A A											
J J M M A A J J A A											
PAIEMENT (à remplir par le médecin)											
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)							65,96€				

Contexte :

Avis non ponctuel avec ostéodensitométrie, patiente hors parcours de soins

Dans ce cas précis, on est autorisé à appliquer un dépassement autorisé pour l'acte NGAP et CCAM comme indiqué dans la **figure 21**.

(majoration de 17,5% du tarif de base de l'acte CCAM).

Figure 21- Avis non ponctuel et ostéodensitométrie, patient en dehors du 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, GIC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépans.	frais de déplacement					
							L.D. M.D.	autres	L.R. montant			
01092013			CS + MPC + DA		33 €							
01092013	PAQK007	1		X	46,95 € (DA)							
J J M M A A J J A A												
J J M M A A J J A A												
PAIEMENT (à remplir par le médecin)												
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)						79,95€						

8. INDEX RHUMATOLOGIQUE DE LA CCAM

L'index rhumatologique de la CCAM décrit la liste des actes CCAM pouvant être réalisés par le rhumatologue en fonction de son mode d'exercice et de son champ de compétence. Il a été élaboré par le groupe nomenclature de la Société Française de Rhumatologie et mis à jour en fonction de l'évolution de son contenu.

L'index est classé selon deux critères : la typologie de l'acte et la cible anatomique s'il y a lieu. Il ne mentionnera pas toutes les informations présentes dans la version accessible sur le site de l'Assurance Maladie et notamment les informations relatives aux codes d'activité et phase, à l'accord préalable, à l'exonération du ticket modérateur et au code de regroupement. Nous avons préféré mettre en avant les modificateurs de convergence mis en place avec le tarif correspondant, incluant leur application pour différentes périodes (du 01/07/2013 au 28/02/2014 et du 01/03/2014 au 31/12/2014).

Le code regroupement est un code classant l'acte CCAM dans une catégorie d'actes du type d'actes d'imagerie (ADI), actes d'échographie (ADE), etc et qui sera la seule information visible par les mutuelles.

Nous détaillerons dans ce chapitre le contenu de l'index en y apportant les notes d'information utiles quant à l'utilisation de certains de ces actes.

8.1 Exploration neurologique

Ce chapitre 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 **sauf s'il existe une procédure**, et qu'ils se verront affectés du code d'association « 4 ». Ils peuvent être associés à un seul autre acte de la CCAM qui sera tarifé à taux plein avec la mention du code d'association « 4 ».

Exploration neurologique, électromyographie

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
AHQB001 [F,P,S,U]	Électromyographie, au lit du malade Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	61,86	9 9	64,21	66,44
AHQB006	Macroélectromyographie, par électrode aiguille Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	102,95	I X	115,92	128,89
AHQB013	Électromyographie de 7 muscles striés ou plus au repos et à l'effort, par électrode aiguille Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	64,37	I	67,33	70,29
AHQB015	Électromyographie de fibre unique, par électrode aiguille Indication : trouble de la transmission neuromusculaire, suivi de la réinnervation Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	102,95	I X	115,92	128,89
AHQB024 [F,P,S,U]	Électromyographie de 3 à 6 muscles striés au repos et à l'effort sans stimulodétection, par électrode aiguille Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	59,36	9 9	61,62	63,75
AHQB025 [F,P,S,U]	Électromyographie de 1 ou 2 muscles striés au repos et à l'effort avec stimulodétection, par électrode aiguille Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	86,4			
AHQB026 [F,P,S,U]	Électromyographie de 3 à 6 muscles striés au repos et à l'effort avec stimulodétection, par électrode aiguille Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	86,4			
AHQB027 [F,P,S,U]	Électromyographie de 1 ou 2 muscles striés au repos et à l'effort sans stimulodétection, par électrode aiguille Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	51,84			

AHQB032	<p>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</p> <p>Exploration électrophysiologique d'une atteinte du nerf médian au canal carpien</p> <p>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</p>	121,96	O	122,33	122,69
AHQB033	<p>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 la conduction sensitive et de l'amplitude du potentiel sensitif de 5 nerfs ou plus</p> <p>Exploration électrophysiologique d'une polyneuropathie</p> <p>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</p>	134,49	O 9	137,45	140,27
AHQP001	Électromyographie par électrode de surface, sans enregistrement vidéo	NPC*			
AHQP002	Électromyographie par électrode de surface, avec enregistrement vidéo	NPC*			

*NPC : non pris en charge

Exploration neurologique, vitesses de conduction motrice

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
AHQP003	Mesure des vitesses de conduction motrice et de l'amplitude des réponses musculaires de 2 à 4 nerfs, sans étude de la conduction proximale	46,58	9 I	49,61	52,59
[F,P,S,U]	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale				
AHQP008	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	52,6	O X	56,97	61,33
[F,P,S,U]	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale				
AHQP009	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	59,11	I I	64,55	69,99
[F,P,S,U]	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale				
AHQP010	Mesure des vitesses de conduction motrice et de l'amplitude des réponses musculaires de 5 nerfs ou plus, sans étude de la conduction proximale	53,6	O X	58,05	62,5
[F,P,S,U]	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale				

Exploration neurologique, vitesses de conduction sensitive

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
AHQP011	Mesure des vitesses de la conduction sensitive et de l'amplitude du potentiel sensitif de 2 à 4 nerfs	49,59	X	53,56	57,52
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale				
AHQP012	Mesure des vitesses de la conduction sensitive et de l'amplitude du potentiel sensitif de 5 nerfs ou plus	56,11	9 X	61,66	67,16
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale				

Exploration neurologique, mesure de latence et des réflexes

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
AHQP016	Mesure des réflexes H et/ou T				
AHQP900	Mesure du réflexe nociceptif R III	NPC*			
ADQP014	Mesure du réflexe trigéminopalpébral [réflexe de clignement] et/ou du réflexe massétérin Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	43,58	O I	45,72	47,85
AHQB019	Mesure des latences des réflexes sacraux Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	54,1	O X	58,59	63,08
AHQD003	Mesure des latences distales du nerf pudendal [nerf honteux], par stimulation intrarectale Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	61,12	I I	66,74	72,37

*NPC : non pris en charge

8.2 Evaluation neuropsychologique

Les tests décrits dans ce chapitre incluent dans leur facturation le diagnostic initial et l'éventuel examen annuel de contrôle.

Evaluation neuropsychologique

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
ALQP003	Test d'évaluation d'une dépression Évaluation par échelle psychiatrique MADRS, Hamilton, Beck, MMPI, STAI	69,12			
ZFQP003	Test d'évaluation de la qualité de vie	NPC*			

*NPC : non pris en charge

8.3 Imagerie diagnostique (hors geste)

Ce chapitre comprend la radiographie, l'arthrographie, l'échographie et l'ostéodensitométrie hors geste diagnostique ou thérapeutique réalisé sous guidage.

Chacun d'eux est décliné selon la topographie (tête et cou, tronc, membre supérieur, membre inférieur, corps entier, sans mention de localisation).

Concernant la radiologie conventionnelle, les informations suivantes sont à prendre en considération :

- **L'étage de la colonne vertébrale** comprend la hauteur occupée par deux vertèbres adjacentes, le disque intervertébral et les formations capsuloligamentaires intermédiaires ;
- **Le segment de la colonne vertébrale** comprend la portion cervicale, thoracique, lombale ou sacrale ;
- **Le segment du membre supérieur** comprend la ceinture scapulaire, l'épaule, le bras, le coude, l'avant-bras, le poignet ou la main ;
- **Le segment du membre inférieur** comprend le bassin, la hanche, la cuisse, le genou, la jambe, la cheville ou le pied ;
- **Les radiographies d'un segment de la colonne vertébrale ou d'un segment de membre** incluent l'étude des zones transitionnelles ou des articulations adjacentes ;
- **La radiographie de la ceinture pelvienne** [du bassin] inclut la radiographie du sacrum. En cas d'association d'acte de radiographie avec celui de la ceinture pelvienne [du bassin], seul le libellé mentionnant « selon une seule incidence » soit NAQK015, peut être facturé ;
- **Les actes de radiologie conventionnelle** peuvent être associés entre eux, quel que soit leur nombre, et à d'autres actes. En cas de plusieurs actes de radiologie conventionnelle, l'acte dont le tarif est le plus élevé hors modificateur sera tarifé à taux

plein et les autres à 50%. En cas d'association des actes de radiographie à d'autres actes non radiographiques, l'acte non radiographique dont le tarif est le plus élevé hors modificateur sera tarifé à taux plein et le second acte non radiographique à 50%. On utilisera le code d'association « 1 » et « 2 » respectivement pour les actes tarifés à taux plein et à 50%.

• **Le guidage radiologique** est considéré comme un acte de radiologie conventionnel.

Ne pas oublier la création récente de deux procédures NAQK071 et NAQK049 associant respectivement une radiographie de la ceinture pelvienne avec une radiographie unilatérale ou bilatérale de hanche selon 1 ou 2 incidences.

En cas d'association de radiographies du bassin et de la hanche, il faut utiliser le code NAQK015 correspondant à la radiographie du bassin avec une seule incidence et non ceux relatifs à plusieurs incidences (NAQK007 ou NAQK023).

L'acte d'ostéodensitométrie est considéré comme étant un acte de radiographie conventionnelle. Il peut être associé à une consultation médicale renseignée selon les modalités du parcours de soins. Aucun code d'association n'est à renseigner. La mention de l'acte d'ostéodensitométrie sur la feuille de soins ou lors de la télétransmission avec la mention du code « X » indique que l'acte a été réalisé dans les conditions de prise en charge fixées par l'assurance maladie.

Radiographie, tête

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
LAQK003 [E,F,P,S,U,Y ,Z]	<p>Radiographie du crâne et/ou du massif facial selon 1 ou 2 incidences</p> <p>Radiographie des sinus paranasaux</p> <p>Radiographie du maxillaire défilé</p> <p>Radiographie des os propres du nez</p> <p>À l'exclusion de : radiographie - unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire (LBQK005) - de la bouche (cf 07.01.04.01)</p> <p>Indication des radiographies du crâne : surveillance de cathéter de dérivation d'une hydrocéphalie, ostéomyélite, ostéomalacie, maladies osseuses métaboliques et maladie de Paget, myélome, métastases osseuses, tumeurs osseuses primitives du crâne, suspicion de maltraitance chez l'enfant</p> <p>Indication des radiographies du massif facial : sinusite aigue maxillaire ou frontale après échec d'un traitement bino conduit, recherche de corps étranger radio opaque, traumatisme orbitaire</p> <p>Code extension documentaire, pour distinguer : - réalisation de radiographie du crâne : coder A - réalisation de radiographie de sinus : coder B - recherche de corps étranger avant réalisation d'un examen remnographique : coder C</p>	23,94			
LAQK005 [E,F,P,S,Y,Z]	<p>Radiographie du crâne selon 3 incidences ou plus</p> <p>Indication : tumeurs osseuses primitives du crâne</p>	34,58			
LBQK001 [Y,Z]	<p>Tomographie unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire</p>	46,55			
LBQK005 [E,F,P,S,U,Y ,Z]	<p>Radiographie unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire</p> <p>Radiographie selon l'incidence de Zimmer</p>	25,27			

Radiographie, tronc

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
LDQK001 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie du segment cervical de la colonne vertébrale selon 1 ou 2 incidences (ZZLP025)	31,92			
LDQK002 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie du segment cervical de la colonne vertébrale selon 3 incidences ou plus (ZZLP025)	45,22			
LDQK004 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie du segment cervical et du segment thoracique de la colonne vertébrale (ZZLP025)	74,48			
LDQK005 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie du segment cervical et du segment lombal de la colonne vertébrale Avec ou sans : radiographie du sacrum et/ou du coccyx (ZZLP025)	91,77			
LEQK001 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie du segment thoracique de la colonne vertébrale (ZZLP025)	31,92			
LEQK002 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie du segment thoracique et du segment lombal de la colonne vertébrale Avec ou sans : radiographie du sacrum et/ou du coccyx (ZZLP025)	74,48			
LFQK001 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 4 incidences ou plus Avec ou sans : radiographie du sacrum et/ou du coccyx (ZZLP025)	51,87			

LFQK002 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 1 à 3 incidences Avec ou sans : radiographie du sacrum et/ou du coccyx (ZZLP025)	51,87			
LGQK001 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie du sacrum et/ou du coccyx (ZZLP025)	19,95			
LHQK002 [E,Y,Z]	Téléradiographie de la colonne vertébrale en totalité selon 2 incidences	57,19			
LHQK003 [E,Y,Z]	Téléradiographie de la colonne vertébrale en totalité selon 2 incidences avec incidence segmentaire supplémentaire	79,8			
LHQK004 [E,Y,Z]	Téléradiographie de la colonne vertébrale en totalité selon 1 incidence	46,55			
LHQK007 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie de la colonne vertébrale en totalité (ZZLP025)	101,08			
LJQK001 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie du squelette du thorax Radiographie du gril costal (ZZLP025)	23,94			
LJQK002 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie du thorax avec radiographie du squelette du thorax Radiographie pulmonaire avec gril costal (ZZLP025)	45,22			
LJQK015 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie du sternum et/ou des articulations sternoclaviculaires	23,94			
ZBQK002 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie du thorax Radiographie pulmonaire À l'exclusion de : radiographie du squelette du thorax (LJQK001) (ZZLP025)	21,28			

Radiographie, membre supérieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
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 (ZZLP025)	33,8			
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 (ZZLP025)	34,17			
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 (ZZLP025)	22,61			
MBQK001 [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Radiographie du bras (ZZLP025)	19,95			
MCQK001 [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Radiographie de l'avant-bras (ZZLP025)	19,95			
MDQK001 [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Radiographie de la main ou de doigt (ZZLP025)	19,95			
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 (ZZLP025)	19,95			
MFQK001 [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Radiographie du coude selon 3 incidences ou plus (ZZLP025)	29,26			
MFQK002 [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Radiographie du coude selon 1 ou 2 incidences (ZZLP025)	19,95			

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) (ZZLP025)	29,26			
MGQK002 [C,E,Y,Z]	Bilan radiographique dynamique du poignet pour entorse non dissociative selon 7 incidences spécifiques	29,26			
MGQK003 [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Radiographie du poignet selon 1 ou 2 incidences (ZZLP025)	19,95			
MZQK001 [E,Y,Z]	Téléradiographie unilatérale ou bilatérale du membre supérieur en totalité, de face	39,9			
MZQK003 [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Radiographie de 2 segments du membre supérieur Facturation : ne comprend pas les radiographies de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule si radiographie de deux segments du membre supérieur selon 1 ou 2 incidences par segment (ZZLP025)	29,26			
MZQK004 [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Radiographie de 3 segments du membre supérieur ou plus Facturation : ne comprend pas les radiographies de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule si radiographie de trois segments du membre supérieur selon 1 ou 2 incidences par segment (ZZLP025)	39,9			
PAQK001 [E,Y,Z]	Radiographie comparative des cartilages de conjugaison des os longs des membres	27,93			

Radiographie, membre inférieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
NAQK007 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 2 incidences	33,25			
NAQK015 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence	19,95			
NAQK023 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 3 incidences ou plus	46,55			
NAQK049 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence et radiographie unilatérale de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences par côté	31,29			
NAQK071 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence et radiographie unilatérale de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences	23,47			
NBQK001 [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Radiographie de la cuisse (ZZLP025)	19,95			
NCQK001 [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Radiographie de la jambe (ZZLP025)	19,95			
NDQK001 [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Radiographie unilatérale du pied selon 1 à 3 incidences (ZZLP025)	19,95			
NDQK002 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie bilatérale du pied selon 1 à 3 incidences par côté (ZZLP025)	23,94			

NDQK003 [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Radiographie du pied selon 4 incidences ou plus À l'exclusion de : radiographie du pied selon 4 incidences ou plus, pour étude podométrique (NDQK004) (ZZLP025)	19,95			
NDQK004 [B,C,D,E,Y,Z]	Radiographie du pied selon 4 incidences ou plus, pour étude podométrique (ZZLP025)	29,26			
NEQK010 [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences	19,95			
NEQK012 [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 4 incidences ou plus	46,55			
NEQK035 [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 3 incidences	33,25			
NFQK001 [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Radiographie unilatérale du genou selon 1 ou 2 incidences (ZZLP025)	19,95			
NFQK002 [B,D,E,F,P,S ,U,Y,Z]	Radiographie bilatérale du genou selon 1 ou 2 incidences par côté (ZZLP025)	25,86			
NFQK003 [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Radiographie du genou selon 3 ou 4 incidences (ZZLP025)	22,61			
NFQK004 [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Radiographie du genou selon 5 incidences ou plus (ZZLP025)	33,88			
NGQK001 [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Radiographie de la cheville selon 1 à 3 incidences (ZZLP025)	19,95			

NGQK002	Radiographie de la cheville selon 4 incidences ou plus [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	(ZZLP025)	29,26			
NZQK001	Téléradiographie unilatérale ou bilatérale du membre inférieur en totalité, de face en appui bipodal [E,Y,Z]		39,9			
NZQK003	Téléradiographie bilatérale du membre inférieur en totalité, de face en appui monopodal l'un après l'autre [E,Y,Z]		45,22			
NZQK005	Radiographie de 2 segments du membre inférieur [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Facturation : ne comprend pas les radiographies de la ceinture pelvienne et/ou de l'articulation coxofémorale si radiographie de deux segments du membre inférieur selon 1 ou 2 incidences par segment (ZZLP025)	29,26			
NZQK006	Radiographie de 3 segments du membre inférieur ou plus [B,C,D,E,F,P ,S,U,Y,Z]	Facturation : ne comprend pas les radiographies de la ceinture pelvienne et/ou de l'articulation coxofémorale si radiographie de trois segments du membre inférieur selon 1 ou 2 incidences par segment (ZZLP025)	39,9			
PAQK001	Radiographie comparative des cartilages de conjugaison des os longs des membres [E,Y,Z]		27,93			

Radiographie, corps entier

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
PAQK002 [Y,Z]	Radiographie du squelette pour calcul de l'âge osseux, après l'âge de 2 ans Facturation : ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commence? avant le seizeième anniversaire	19,95			
PAQK003 [F,P,S,U,Y,Z]	Radiographie du squelette complet, segment par segment, chez l'enfant (ZZLP025)	159,6			
PAQK004	Radiographie du squelette complet, chez le nouveau-né décédé	NPC*			
PAQK005 [Y,Z]	Radiographie de l'hémisquelette pour calcul de l'âge osseux, avant l'âge de 2 ans	19,95			

Arthrographie et autre, tête

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
LBQH001 [E,Y,Z]	Arthrographie unilatérale de l'articulation temporomandibulaire (YYYY420)	57,19			
LBQH002 [E,Y,Z]	Arthroscanographie unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire (YYYY420, ZZLP025)	57,19			
LBQH003 [E,Y,Z]	Arthrographie bilatérale de l'articulation temporomandibulaire (YYYY420)	114,38			

Arthrographie et autre, tronc

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
AEQH001 [E,F,P,S,U,Y ,Z]	Myélographie dorsale et/ou lombale Avec ou sans : sacroradiculographie (YYYY057)	106,4			
AFQH003 [E,F,P,S,U,Y ,Z]	Myélographie avec scanographie de la colonne vertébrale [Myéloscanner] (YYYY057, ZZLP025, ZZQP004)	106,4			
AFQH002 [E,F,P,S,U,Y ,Z]	Sacroradiculographie (YYYY057)	106,4			
AFQH001 [E,F,P,S,U,Y ,Z]	Sacroradiculographie avec scanographie de la colonne vertébrale (YYYY057, ZZLP025, ZZQP004)	106,4			
LHQH001 [E,Y,Z]	Arthrographie d'articulation vertébrale postérieure (YYYY420, ZZLP025)	46,55			
LHQH003 [E,Y,Z]	Discographie intervertébrale unique, par voie transcutanée (YYYY070, ZZLP025)	106,4			
LHQH004 [E,Y,Z]	Discographie intervertébrale multiple, par voie transcutanée (YYYY318, ZZLP025)	106,4			
LHQH005 [E,Y,Z]	Discographie intervertébrale unique par voie transcutanée, avec scanographie de la colonne vertébrale [Discoscanner] (YYYY070, ZZLP025, ZZQP004)	106,4			

Arthrographie et autre, membre supérieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
MEQH001 [E,Y,Z]	Arthrographie de l'épaule (YYYY420, ZZLP025)	79,8			
MFQH001 [E,Y,Z]	Arthrographie du coude (YYYY420, ZZLP025)	57,19			
MGQH001 [E,Y,Z]	Arthrographie du poignet (YYYY420, ZZLP025)	69,16			
MHQH001 [E,Y,Z]	Arthrographie métacarpophalangienne ou interphalangienne de doigt (YYYY420, ZZLP025)	39,9			
MZQH001 [E,Y,Z]	Arthrographie du membre supérieur avec scanographie [Arthroscanner du membre supérieur] (YYYY420, ZZLP025)	79,8			

Arthrographie et autre, membre inférieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
NEQH002 [E,Y,Z]	Arthrographie de la hanche (YYYY019, YYYY420, ZZLP025)	69,16			
NFQH001 [E,Y,Z]	Arthrographie du genou (YYYY420, ZZLP025)	106,4			
NGQH001 [E,Y,Z]	Arthrographie de la cheville (YYYY420, ZZLP025)	57,19			
NHQH001 [E,Y,Z]	Arthrographie du pied et/ou des orteils (YYYY420, ZZLP025)	39,9			
NZQH002 [E,Y,Z]	Arthrographie du membre inférieur avec scanographie [Arthroscanner du membre inférieur] (YYYY420, ZZLP025)	93,1			

Echographie diagnostique

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
NEQM001	Échographie unilatérale ou bilatérale de la hanche du nouveau-né	37,8			
PBQM002 [F,P,S,U]	Échographie unilatérale ou bilatérale d'une articulation À l'exclusion de : échographie unilatérale ou bilatérale de la hanche du nouveau-né (NEQM001)	37,8	SO*	36,86 **	35,91 ***
PBQM001 [F,P,S,U]	Échographie unilatérale ou bilatérale de plusieurs articulations	37,8			
PBQM003 [F,P,S,U]	Échographie unilatérale ou bilatérale d'une articulation et de son appareil capsuloligamentaire À l'exclusion de : échographie unilatérale ou bilatérale de la hanche du nouveau-né (NEQM001)	37,8			
PBQM004 [F,P,S,U]	Échographie unilatérale ou bilatérale de plusieurs articulations et de leur appareil capsuloligamentaire	37,8			
PCQM001 [F,P,S,U]	Échographie de muscle et/ou de tendon (ZZQM005)	37,8			

*SO : Sans Objet

*SO : Sans Objet

***à partir du 01/07/2014

Ostéodensitométrie

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
NAQK015	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence	19,95			
NDQM900	Ostéodensitométrie du calcaneus par échographie	NPC*			
PAQK007	Ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] sur 2 sites, par méthode biphotonique**	39,96			
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]	NPC*			
PAQK900	Ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] du corps entier par méthode biphotonique, pour affection osseuse autre que constitutionnelle	NPC*			

*NPC : non pris en charge

**** Les informations suivantes concernent l'acte PAQK007 - Ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] sur 2 sites, par méthode biphotonique**

Indication : 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 \geq à 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 ostéogenèse 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 $< 19 \text{ kg/m}^2$,
- 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 \geq à 7,5 mg/jour équivalent prednisone

Pour un deuxième 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

8.4 Bilan fonctionnel

Ce chapitre regroupe le bilan fonctionnel d'articulation réalisés sous anesthésie générale ou locorégionale et l'exploration fonctionnelle des flux lacrymaux.

Bilan fonctionnel, tête

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
BBQP001	Exploration fonctionnelle des flux lacrymaux Tests de Schirmer, épreuves aux colorants vitaux	19,2			

Bilan fonctionnel, membre supérieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
MHQP001	Bilan fonctionnel des articulations de la main, sous anesthésie générale ou locorégionale	27,88	X X	32,34	36,8
[A]	anesthésie (GELE001)	52,05			
MZQP001	Bilan fonctionnel de l'articulation de l'épaule, du coude et/ou du poignet, sous anesthésie générale ou locorégionale	26,65	X X	30,91	35,18
[A]	anesthésie (GELE001)	50,58			

Bilan fonctionnel, membre inférieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
NEQH001	Bilan fonctionnel de hanche instable non traumatique avec arthrographie et confection d'un appareillage rigide d'immobilisation externe, sous anesthésie générale	69,16	X X	80,23	91,29
[A,Z]	anesthésie (GELE001, YYYY030, YYYY420)	86,53			
NEQP001	Bilan fonctionnel de hanche instable non traumatique avec confection d'un appareillage rigide d'immobilisation externe, sous anesthésie générale	76,41	X X	88,64	100,86
[A]	anesthésie (GELE001)	72,24			
NEQP002	Bilan fonctionnel de l'articulation coxofémorale, sous anesthésie générale ou locorégionale	36,93	X X	42,84	48,75
[A]	Avec ou sans : confection d'un appareillage rigide d'immobilisation externe À l'exclusion de : bilan fonctionnel de hanche instable non traumatique (NEQP001, NEQH001) anesthésie (GELE001)	48			
NFQP001	Bilan fonctionnel de l'articulation du genou, sous anesthésie générale ou locorégionale	39,81	X X	46,18	52,55
[A,7]	Avec ou sans : ponction articulaire anesthésie (GELE001)	48			
NFQP002	Bilan fonctionnel de l'articulation du genou avec confection d'un appareillage rigide d'immobilisation externe, sous anesthésie générale ou locorégionale	53,79	X X	62,4	71
[A,7]	Avec ou sans : ponction articulaire anesthésie (GELE001)	48			
NGQP001	Bilan fonctionnel de l'articulation de la cheville, sous anesthésie générale ou locorégionale	29,53	X X	34,25	38,98
[A]	Avec ou sans : confection d'un appareillage rigide d'immobilisation externe anesthésie (GELE001)	49,85			

8.5 Ponction/biopsie avec ou sans guidage

La cible de ces gestes diagnostiques peut être :

- un liquide : liquide articulaire, liquide céphalorachidien, la plèvre, le péritoine ;
- la peau : dermo-épidermique, tissus sous cutanés sus fasciaux (épiderme, derme, 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 ;
- le nerf ou le muscle ;
- l'os, le disque ou l'articulation ;
- un organe superficiel défini pour les gestes sous guidage échographique par toute structure non vasculaire de localisation non intrathoracique, non intra-abdominale, cette définition concerne donc l'articulation, l'appareil capsuloligamentaire, le muscle ou le tendon.

Seuls les gestes sous guidage radiographique ou échographique

Ponction/Biopsie, tête

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
EBHA001	Biopsie unilatérale ou bilatérale de l'artère temporale superficielle, par abord direct (ZZLP025)	52,25			
HCHA002	Biopsie des petites glandes salivaires [glandes salivaires mineures] [glandes salivaires accessoires] (ZZLP025)	23,68	X X	27,47	31,26
LAHH002	Biopsie du crâne et/ou du massif facial, par voie transcutanée avec guidage radiologique (ZZLP025)	76,8	I X	86,48	96,15
LAHH004 [F,J,K,P,S,U]	Ponction ou cytoponction du crâne et/ou du massif facial, par voie transcutanée avec guidage radiologique (ZZLP025)	104,5	O O	105,13	105,75

Ponction/Biopsie, tronc

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
AFHB001 [F,P,S,U]	Ponction de liquide cébrospinal, par voie infraoccipitale ou latérocervicale transcutanée [Ponction sousoccipitale]	43,53	X X	50,49	57,46
AFHB002 [F,P,S,U]	Ponction de liquide cébrospinal, par voie lombale transcutanée [Ponction lombaire]	26,5	I I	28,94	31,38
FDHB001 [F,P,S,U]	Ponction de moelle osseuse pour myélogramme dans un territoire, par voie transcutanée (ZZLP025)	9,6			
FDHB002 [J,K]	Biopsie ostéomédullaire, par voie transcutanée (ZZLP025)	62,7			
FDHB003 [A]	Ponction de moelle osseuse pour myélogramme et analyses biologiques dans plusieurs territoires sous anesthésie générale, par voie transcutanée anesthésie (GELE001)	14,4 58,28			
FDHB004 [J,K]	Ponction de moelle osseuse pour myélogramme et analyses biologiques avec biopsie ostéomédullaire dans le même territoire, par voie transcutanée (ZZLP025) Le prélèvement de sang, par voie vasculaire transcutanée inclut le guidage angiographique.	67,5			
FDHB005 [A,F,P,S,U]	Ponction de moelle osseuse pour myélogramme dans plusieurs territoires sous anesthésie générale, par voie transcutanée anesthésie (GELE001)	14,4 54,98			
FDHB006	Ponction de moelle osseuse pour myélogramme et analyses biologiques dans un territoire, par voie transcutanée (ZZLP025)	9,6			

GGHB001 [F,P,S,U]	Ponction d'un épanchement pleural, sans guidage	31,28	9 I	33,31	35,32
GGHB002	Biopsie de la plèvre, par voie transcutanée sans guidage	57,94	I X	65,24	72,54
HPHB003 [F,P,S,U]	Ponction d'un épanchement péritonéal, par voie transcutanée Ponction d'ascite, par voie transcutanée Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)	24,51	O I	25,71	26,91
LHHH003	Biopsie osseuse et/ou discale de la colonne vertébrale, par voie transcutanée avec guidage radiologique (ZZLP025)	76,8	X	82,94	89,09
LJHB001	Biopsie osseuse du sternum et/ou des côtes, par voie transcutanée Ponction-biopsie de l'articulation sternoclaviculaire (ZZLP025)	45,56	X X	52,85	60,14

Ponction/Biopsie, membre supérieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
MZHB001	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage (ZZLP025)	28,59	I X	32,19	35,79
MZHB002	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage Avec ou sans : examen du liquide synovial au microscope	20,74	I X	23,35	25,97
MZHH001	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique Avec ou sans : examen du liquide synovial au microscope	9,6	X X	11,14	12,67
MZHH003	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique (ZZLP025)	76,8			
ZZHJ001	Biopsie d'un organe superficiel sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique 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)	76,8			
ZZHJ007	Ponction ou cytoponction d'un organe superficiel sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique À l'exclusion de : ponction ou cytoponction, par voie transcutanée avec guidage échographique - d'une lésion de la glande thyroïde (KCHJ001) - d'une lésion de la glande mammaire (QEHJ003)	19,2	I X	21,62	24,04

ZZHJ016	Ponction ou cytoponction d'organe superficiel sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique À l'exclusion de : ponction ou cytoponction, par voie transcutanée avec guidage échographique - de plusieurs lésions de la glande thyroïde (KCHJ004) - de plusieurs lésions de la glande mammaire (QEHJ002)	19,2	X X	22,27	25,34
ZZHJ022	Biopsie d'organe superficiel sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique 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)	115,2			

Ponction/Biopsie, membre inférieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
NAHB001 [J,K]	Biopsie unicorticale de l'os coxal, par voie transcutanée (ZZLP025)	63,64	O	63,83	64,02
NAHB002 [J,K]	Biopsie bicorticale de la crête iliaque, par voie transcutanée Biopsie de la crête iliaque pour étude histomorphométrique (ZZLP025)	69,86	O 9	71,4	72,86
NZHB001	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage À l'exclusion de : biopsie de l'os coxal, par voie transcutanée (NAHB001, NAHB002) (ZZLP025)	38,76	I X	43,64	48,53
NZHB002	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage Avec ou sans : examen du liquide synovial au microscope	22,76	O X	24,65	26,54
NZHH003	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique À l'exclusion de : biopsie de l'os coxal, par voie transcutanée (NAHB001, NAHB002) (ZZLP025)	76,8			
NZHH004 [F,P,S,U]	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique Avec ou sans : examen du liquide synovial au microscope	14,4	X X	16,7	19,01
ZZHJ001	Biopsie d'un organe superficiel sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique 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)	76,8			

ZZHJ007	Ponction ou cytoponction d'un organe superficiel sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique À l'exclusion de : ponction ou cytoponction, par voie transcutanée avec guidage échographique - d'une lésion de la glande thyroïde (KCHJ001) - d'une lésion de la glande mammaire (QEHJ003)	19,2	I X	21,62	24,04
ZZHJ016	Ponction ou cytoponction d'organe superficiel sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique À l'exclusion de : ponction ou cytoponction, par voie transcutanée avec guidage échographique - de plusieurs lésions de la glande thyroïde (KCHJ004) - de plusieurs lésions de la glande mammaire (QEHJ002)	19,2	X X	22,27	25,34
ZZHJ022	Biopsie d'organe superficiel sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique 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)	115,2			

Ponction/Biopsie, sans mention de localisation

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
AHHA001	Biopsie de nerf périphérique, par abord direct (ZZLP025)	47,58	9 9	49,39	51,1
AHHA002	Biopsie neuromusculaire, par abord direct (ZZLP025) Avec ou sans : pose de cathéter	55,8	9 I	59,43	63
AHHB001	Biopsie de nerf périphérique, par voie transcutanée	44,61			
FCHB001	Ponction ou cytoponction de nœud [ganglion] lymphatique, par voie transcutanée sans guidage (ZZLP025)	5,76			
FEHB001 [F,P,S,U]	Prélèvement de sang artériel, par voie transcutanée	9,6			
PCHB001	Biopsie musculaire, par voie transcutanée (ZZLP025)	41,8			
PDHA001	Biopsie des tissus mous sousfasciaux, par abord direct Biopsie musculaire chirurgicale Avec ou sans : biopsie de la peau et/ou des tissus souscutanés susfasciaux À l'exclusion de : biopsie, par abord direct - de nerf périphérique (AHHA001) - neuromusculaire (AHHA002) - d'artère des membres ou du cou (EBHA002) - unilatérale ou bilatérale de l'artère temporale superficielle (EBHA001) (ZZLP025)	41,8			
QZHA001	Biopsie dermoépidermique, par abord direct À l'exclusion de : biopsie de la plaque aréolomamelonnaire (QEHA001) (ZZLP025)	19,99	O O	20,11	20,23
QZHA005	Biopsie des tissus souscutanés susfasciaux, par abord direct Avec ou sans : biopsie dermoépidermique (ZZLP025)	20,45	O X	22,15	23,84

sont décrits, en cas de gestes réalisés sous guidage scanographique ou remnographique, se référer à la CCAM en vigueur sur le site de l'assurance maladie.

8.6 Arthroscopie

Il s'agit soit d'acte diagnostique, soit d'acte 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 les actes diagnostiques, l'acte inclut ou non la réalisation d'une biopsie ou d'un prélèvement lors du geste.

Pour les actes thérapeutiques, les informations suivantes sont à prendre en considération :

- tout acte thérapeutique inclut le nettoyage de l'articulation traitée ;
- la synovectomie de l'articulation scapulohumérale 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 ou 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	T1	MC	T2	T3
MEQC001	Exploration de la bourse séreuse subacromiale, par arthroscopie [Bursoscopie sousacromiale]	155,47	I	162,62	169,77
[A,7]	anesthésie (GELE001)	66,35			
MEQC002	Exploration de l'articulation de l'épaule, par arthroscopie	172,75	9 I	183,98	195,03
[A,7]	Avec ou sans : exploration de la bourse séreuse subacromiale, par arthroscopie anesthésie (GELE001)	69,65			
MFQC001	Exploration de l'articulation du coude, par arthroscopie	171,92	9 I	183,09	194,1
[A,7]	anesthésie (GELE001)	50,58			
MGQC001	Exploration de l'articulation du poignet, par arthroscopie	189,2	O X	204,9	220,61
[A,7]	anesthésie (GELE001)	54,25			
MEMC001	Arthroplastie acromioclaviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par arthroscopie	174,39	9 I	185,73	196,89
[A,J,K,7]	anesthésie (GELE001)	105,57			
MEJC001	Nettoyage de l'articulation scapulohumérale, par arthroscopie	220,03	I I	240,27	260,52
[A,F,P,S,U,7]	anesthésie (GELE001)	90,54			
MEMC003	Acromioplastie sans prothèse, par arthroscopie	280,24	9 9	290,89	300,98
[A,J,K,7]	Avec ou sans : arthroscopie scapulohumérale anesthésie (GELE001)	114,58			

MEPC001	Libération mobilisatrice de l'articulation scapulohumérale et/ou subacromiale, par arthroscopie	206,75	I	216,26	225,77
[A,7]	anesthésie (GELE001)	101,54			
MEFC002	Synovectomie totale de l'articulation scapulohumérale, par arthroscopie	253,22	O X	274,24	295,25
[A,7]	anesthésie (GELE001)	106,3			
MEMC002	Capsuloplastie antérieure ou postérieure de l'articulation scapulohumérale, par arthroscopie	313,95	X	339,07	364,18
[A,J,K,7]	anesthésie (GELE001)	96,41			
MEMC004	Réparation du bourrelet glénoïdal scapulohuméral, par arthroscopie	269,13	O I	282,32	295,5
[A,J,K,7]	anesthésie (GELE001)	114,74			
MEFC001	Réssection du bourrelet glénoïdal scapulohuméral, par arthroscopie	227,19	9	231,51	235,6
[A,J,K,7]	anesthésie (GELE001)	107,41			
MJEC001	Réinsertion ou suture d'un tendon de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie	340,35	O 9	347,84	354,99
[A,J,K,7]	anesthésie (GELE001)	130,28			
MJEC002	Réinsertion et/ou suture de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie	386,82	9 9	401,52	415,44
[A,J,K,7]	anesthésie (GELE001)	148,07			
MJFC001	Exérèse de calcification intratendineuse de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie	232,84	X	251,47	270,09
[A,J,K,7]	anesthésie (GELE001)	105,54			
MFPC001	Libération mobilisatrice de l'articulation du coude, par arthroscopie	266,38	O X	288,49	310,6
[A,7]	anesthésie (GELE001)	102,27			
MFFC001	Synovectomie totale du coude, par arthroscopie	256,5	O X	277,79	299,08
[A,7]	anesthésie (GELE001)	111,07			

Arthroscopie, membre inférieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
NEQC001	Exploration de l'articulation coxofémorale, par arthroscopie	183,03	X	197,67	212,31
[A,7]	anesthésie (GELE001)	96,4			
NFQC001	Exploration de l'articulation du genou, par arthroscopie	125,4			
[A,7]	anesthésie (GELE001)	69,28			
NGQC001	Exploration de l'articulation de la cheville, par arthroscopie	146,02	9 9	151,57	156,83
[A,7]	anesthésie (GELE001)	85,77			
NEJC001	Nettoyage de l'articulation coxofémorale, par arthroscopie	171,92	9 I	183,09	194,1
[A,F,P,S,U,7]	anesthésie (GELE001)	94,57			
NEFC001	Synovectomie coxofémorale, par arthroscopie	289,28	9 I	308,08	326,6
[A,7]	anesthésie (GELE001)	130,05			
NFJC002	Évacuation de collection de l'articulation du genou, par arthroscopie	164,1	9 I	174,77	185,27
[A,F,P,S,U,7]	anesthésie (GELE001)	76,24			
NFJC001	Nettoyage de l'articulation du genou, par arthroscopie	154,24	I	161,34	168,43
[A,F,P,S,U,7]	anesthésie (GELE001)	86,88			
NFPC002	Libération mobilisatrice de l'articulation du genou, par arthroscopie	243,76	X	263,26	282,76
[A,7]	anesthésie (GELE001)	80,64			

NFFC002	Synovectomie antérieure du genou, par arthroscopie	203,87	I	213,25	222,63
[A,7]	anesthésie (GELE001)	76,97			
NFFC001	Synovectomie du genou, par arthroscopie antérieure et par arthroscopie postérieure	260,62	O X	282,25	303,88
[A,7]	anesthésie (GELE001)	89,08			
NFPC001	Section du rétinaculum patellaire latéral [aileron rotulien externe], par arthroscopie	130,39	O O	131,17	131,95
[A,7]	anesthésie (GELE001)	65,24			
NFFC004	Ménisectomie latérale ou médiale du genou, par arthroscopie	181,26	9	184,7	187,97
[A,7]	anesthésie (GELE001)	78,08			
NFFC003	Ménisectomies latérale et médiale du genou, par arthroscopie	262,01	O O	263,58	265,15
[A,7]	anesthésie (GELE001)	101,9			
NFEC002	Réinsertion ou suture d'un ménisque du genou, par arthroscopie	234,71	9 I	249,97	264,99
[A,7]	anesthésie (GELE001)	85,05			
NFEC001	Réinsertion ou suture des 2 ménisques du genou, par arthroscopie	344,25	9 I	366,63	388,66
[A,7]	anesthésie (GELE001)	120,23			
NGJC002	Évacuation de collection de l'articulation tibiotallienne ou d'une articulation du pied, par arthroscopie	143,79	O I	150,84	157,88
[A,F,P,S,U,7]	anesthésie (GELE001)	75,88			
NGJC001	Nettoyage de l'articulation tibiotallienne, par arthroscopie	176,04	9 I	187,48	198,75
[A,F,P,S,U,7]	anesthésie (GELE001)	95,67			
NGPC001	Libération mobilisatrice de l'articulation tibiotallienne et/ou synovectomie tibiotallienne, par arthroscopie	219,62	I I	239,83	260,03
[A,7]	anesthésie (GELE001)	92,73			

8.7 Réduction orthopédique

La réduction orthopédique, qu'elle soit progressive ou non, concerne le rachis, les luxations et/ou les 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 par 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

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
LBEP005	Réduction orthopédique d'une luxation temporomandibulaire unilatérale ou bilatérale	15,49	X	16,73	17,97
[F,P,S,U]	(HBDD007, HBDD008, HBDD014, ZZLP025)				

Réduction Orthopédique, tronc

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
LDEP002 [F,P,S,U]	Réduction orthopédique extemporanée de lésion traumatique de la colonne vertébrale cervicale par traction (ZZLP025)	282,81	X X	328,06	373,31
LDEP003 [F,P,S,U]	Réduction orthopédique progressive de lésion traumatique de la colonne vertébrale cervicale par traction continue (ZZLP025)	167,26	O X	181,14	195,03
LFEP001	Réduction orthopédique progressive d'un spondylolisthesis lombal, par hamac et/ou traction bipolaire (ZZLP025)	178,77	I I	195,22	211,66
LHEB001	Réduction orthopédique progressive d'une scoliose ou d'une cyphose, par traction continue de la colonne vertébrale par halo crânien (ZZLP025)	188,52	X X	218,68	248,85
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)	237,87			
LHEP002 [F,P,S,U]	Réduction orthopédique extemporanée d'une scoliose ou d'une cyphose par manœuvres externes, avec confection d'un corset rigide	196,66	X X	228,13	259,59
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)	139,3	9 I	148,35	157,27

Réduction Orthopédique, membre supérieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
MEEP001 [F,M,P,S,U]	Réduction orthopédique d'une luxation ou luxation-fracture acromioclaviculaire ou sternoclaviculaire (YYYY012, ZZLP025)	33,73	9	34,37	34,98
MEEP002 [A,F,L,M,P,S,U,7]	Réduction orthopédique d'une luxation scapulohumérale anesthésie (GELE001, YYYY012)	36,2 61,58	9 9	37,58	38,88
MFEP001 [F,P,S,U]	Réduction orthopédique d'une pronation douloureuse du coude Indication : pronation douloureuse chez l'enfant Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale (YYYY012)	31,35			
MFEP002 [A,F,L,M,P,S,U,7]	Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture du coude anesthésie (GELE001, YYYY012)	62,93 65,24	O	63,12	63,31
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)	57,17 62,31	I X	64,37	71,58

Réduction orthopédique, membre inférieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
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)	96,11	9 I	102,36	108,51
NAEP002 [A,F,L,M,P,S,U,7]	Réduction orthopédique extemporanée de fracture et/ou de luxation de la ceinture pelvienne [du bassin] anesthésie (GELE001, YYYY012)	108,85 49,48	X	117,56	126,27
NEEP003	Réduction orthopédique progressive d'une hanche instable non traumatique par traction, avant l'âge de 12 mois (ZZLP025)	321,77	O X	348,48	375,18
NEEP001	Réduction orthopédique progressive d'une hanche instable non traumatique par traction, après l'âge de 12 mois (ZZLP025)	368,64	I I	402,55	436,47
NEEP002 [A,F,L,M,P,S,U,7]	Réduction orthopédique d'une luxation de prothèse de l'articulation coxofémorale anesthésie (GELE001, YYYY012)	83,6 65,24			
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 anesthésie (GELE001, YYYY012)	114,95 77,35			
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 anesthésie (GELE001, YYYY012)	209 86,33			

NEEP006	Réduction orthopédique progressive d'une hanche instable non traumatique par harnais (ZZLP025)	309,43	X	334,18	358,94
NEEP007 [A,F,L,P,S,U,7]	Réduction orthopédique d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale, avec pose de traction continue anesthésie (GELE001, YYYY012)	83,6 65,98			
NFEP001 [F,M,P,S,U]	Réduction orthopédique d'une luxation de la patelle (YYYY012, ZZLP025)	39,07	O I	40,98	42,9
NFEP002 [A,F,L,M,P,S,U,7]	Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture de l'articulation fémorotibiale anesthésie (GELE001, YYYY012)	76,22 61,22	I X	85,82	95,43
NGEP001 [A,F,L,M,P,S,U,7]	Réduction orthopédique d'une luxation tibiotallienne ou d'une luxation-fracture du tarse anesthésie (GELE001, YYYY012)	53,46 61,95	I I	58,37	63,3
NDEP001 [A,F,L,M,P,S,U,7]	Réduction orthopédique de fracture et/ou de luxation de l'avant-pied anesthésie (GELE001, YYYY012)	59,09 65,61	9 I	62,93	66,71

8.8 Mobilisation articulaire

Il s'agit d'acte de mobilisation articulaire réalisé sous anesthésie générale ou locorégionale.

Mobilisation articulaire, membre supérieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
MERP001	Mobilisation de l'articulation scapulohumérale à visée thérapeutique, sous anesthésie générale ou locorégionale	43,84	I X	49,36	54,89
[A,7]	anesthésie (GELE001)	61,58			
MFRP001	Mobilisation de l'articulation du coude à visée thérapeutique, sous anesthésie générale ou locorégionale	40,55	I X	45,66	50,77
[A]	anesthésie (GELE001)	50,95			
MGRP001	Mobilisation d'articulation du poignet et/ou de la main à visée thérapeutique, sous anesthésie générale ou locorégionale	40,55	I X	45,66	50,77
[A,7]	anesthésie (GELE001)	48			

Mobilisation articulaire, membre inférieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
NFRP001	Mobilisation de l'articulation du genou à visée thérapeutique, sous anesthésie générale ou locorégionale	41,38	I X	46,59	51,81
[A]	anesthésie (GELE001)	48			
NGRP001	Mobilisation de l'articulation de la cheville à visée thérapeutique, sous anesthésie générale ou locorégionale	33,56	I I	36,65	39,74
[A]	anesthésie (GELE001)	48			
NHRP002	Mobilisation d'articulation du pied à visée thérapeutique, sous anesthésie générale ou locorégionale	33,56	I I	36,65	39,74
[A]	anesthésie (GELE001)	48			

8.9 Evacuation, drainage

La cible de ces actes peut être un liquide, un os ou une articulation, une calcification.

Le geste peut être réalisé selon le cas sous ou avec guidage. Seuls les gestes sous guidage radiographique ou échographique sont décrits dans ce présent livret.

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

Evacuation, tronc

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
AFJB002 [F,P,S,U]	Évacuation de liquide cérébrospinal, par voie transcutanée lombale Ponction lombaire évacuatrice	37,02	I X	41,68	46,35
GGJB002 [F,P,S,U]	Évacuation d'un épanchement de la cavité pleurale, par voie transcutanée sans guidage Exsufflation de pneumothorax à l'aiguille Ponction pleurale évacuatrice	37,45	9 X	41,16	44,83
HPJB001 [F,P,S,U]	Évacuation d'un épanchement intrapéritonéal, par voie transcutanée Ponction évacuatrice d'une ascite Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)	19,2			

Evacuation, membre supérieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
MZJB001 [F,J,K,P,S,U]	Évacuation de collection articulaire du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage (ZZLP025)	83,6			

Evacuation, membre inférieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
NEJB001 [F,P,S,U]	Évacuation de collection de l'articulation coxofémorale, par voie transcutanée Avec ou sans : guidage radiologique (YYYY105, YYYY300, ZZLP025)	28,8	X X	33,41	38,02
NZJB001 [F,P,S,U]	Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage À l'exclusion de : évacuation d'une collection de l'articulation coxofémorale, par voie transcutanée (NEJB001) (ZZLP025)	47,08	9 X	51,74	56,35

Evacuation, sans mention de localisation

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
PBJH001	Évacuation de calcification articulaire d'un membre, par voie transcutanée avec guidage radiologique (YYYY120, YYYY300, ZZLP025)	41,8	X X	48,49	55,18
QZJB002 [F,P,S,U]	Évacuation de collection superficielle et/ou profonde de la peau et des tissus mous, par voie transcutanée sans guidage (ZZLP025)	23,59	O 9	24,11	24,6
ZZJJ002 [F,P,S,U]	Évacuation de plusieurs collections d'un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique À l'exclusion de : évacuation de collection de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique (QEJH001) (ZZLP025)	20,9	X X	24,24	27,59
ZZJJ003 [F,P,S,U]	Évacuation d'une collection d'un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique À l'exclusion de : évacuation de collection de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique (QEJH001) (ZZLP025)	20,9	O X	22,63	24,37

Drainage, tronc

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
GGJB001	Drainage d'un épanchement de la cavité pleurale, par voie transcutanée sans guidage	64,62	9 X	71,02	77,35
[F,P,S,U]	Drainage de pneumothorax Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020) (ZZLP025)				

Drainage, sans mention de localisation

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
ZZJJ007	Drainage d'une collection d'un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique	19,2	X X	22,27	25,34
[F,P,S,U]	À l'exclusion de : drainage de collection du sein, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique (QEJH002) (ZZLP025)				
ZZJJ010	Drainage de plusieurs collections d'un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique	19,2	X X	22,27	25,34
[F,P,S,U]	À l'exclusion de : drainage de collection du sein, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique (QEJH002) (ZZLP025)				

8.10 *Injection, infiltration, synoviorthèse*

La cible de ces actes peut être un os ou une articulation, un ligament, une bourse séreuse, un nerf superficiel (ou sus facial ou sus aponévrotique) ou profond (ou sous facial, ou sous aponévrotique), une zone déclic, un organe superficiel défini pour les gestes sous guidage échographique par toute structure non vasculaire de localisation non intrathoracique, non intra-abdominale, cette définition concerne donc l'articulation, l'appareil capsuloligamentaire, le muscle ou le tendon.

Le geste peut être réalisé sans ou avec guidage. Seuls les guidages échographique ou radiographique sont décrits dans ce présent livret.

Ce chapitre inclut les actes réalisés dans le cadre d'une évaluation algologique. Il s'agit d'infiltration anesthésique. La cible 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 pas voie transcutanée.

Par intrathécal, on entend dans l'espace subarachnoïdien.

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

Infiltration, tête

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
ADLB001 [F,P,S,U]	Infiltration thérapeutique de branche terminale du nerf trijumeau	24,59	X X	28,52	32,46
AHLB003	Infiltration thérapeutique unilatérale ou bilatérale du nerf grand occipital [grand nerf occipital d'Arnold]	27,86	X	30,09	32,32
LBLB001	Infiltration et/ou lavage de l'articulation temporomandibulaire, par voie transcutanée	22,94	I X	25,83	28,72
LBLB002	Infiltration périarticulaire temporomandibulaire, par voie transcutanée	13,9	X	15,01	16,12

Infiltration, tronc

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
ADLH002	Infiltration anesthésique d'une branche de division du nerf trijumeau avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	9,6	X X	11,14	12,67
AHLB005	Infiltration anesthésique de tronc nerveux profond avec évaluation diagnostique et pronostique, sans guidage	43,26	I X	48,71	54,16
AHLB007	Infiltration anesthésique de tronc nerveux superficiel avec évaluation diagnostique et pronostique, sans stimulodétection électrique	23,09	9 9	23,97	24,8
AHLB010	Infiltration thérapeutique de nerf de la paroi du tronc, avec stimulodétection	30,79	9 X	33,84	36,86
AHLB011	Infiltration thérapeutique de nerf spinal à l'émergence rachidienne, sans guidage [F,P,S,U] Bloc paravertébral sans guidage	29,69	O X	32,15	34,62
AHLB015	Infiltration thérapeutique de nerf de la paroi du tronc, sans stimulodétection	20,89	9	21,29	21,66
AHLB017	Infiltration anesthésique de tronc nerveux superficiel avec évaluation diagnostique et pronostique, avec stimulodétection électrique	31,16	9	31,75	32,31
AHLH001	Infiltration anesthésique de nerf spinal à son émergence rachidienne avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	19,2	X X	22,27	25,34
AHLH008	Infiltration anesthésique unilatérale ou bilatérale du nerf grand occipital [d'Arnold] avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	19,2			
AHLH009	Infiltration anesthésique de tronc nerveux profond avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	19,2	X X	22,27	25,34

AHLH011	Infiltration anesthésique de branche dorsale de nerf spinal avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique À l'exclusion de : infiltration anesthésique unilatérale ou bilatérale du nerf grand occipital [d'Arnold] avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique (AHLH008)	19,2	X X	22,27	25,34
AHLH014 [F,P,S,U]	Infiltration thérapeutique de nerf spinal à l'urgence rachidienne, avec guidage radiologique	28,8	9 I	30,67	32,52
AHLH018 [F,P,S,U]	Infiltration thérapeutique de rameau dorsal de nerf spinal, avec guidage radiologique	28,8	X X	33,41	38,02
LHLB001	Infiltration thérapeutique d'articulation vertébrale postérieure, par voie transcutanée sans guidage	34,17			
LHLB002	Infiltration thérapeutique des ligaments périvertébraux, par voie transcutanée	16,47	I I	17,99	19,5
LHLH001	Infiltration anesthésique d'articulation vertébrale postérieure avec guidage radiologique, avec évaluation diagnostique et pronostique	9,6	X X	11,14	12,67
LHLH003	Infiltration thérapeutique d'articulation vertébrale postérieure, par voie transcutanée avec guidage radiologique	9,6	X X	11,14	12,67
LJLH001	Infiltration thérapeutique d'articulation costovertébrale, par voie transcutanée avec guidage radiologique	9,6	X X	11,14	12,67

Infiltration, membre supérieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
AHLB006	Infiltration thérapeutique du nerf médian dans le canal carpien Avec ou sans : libération de nerf Voir aussi : - 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	29,48			

Infiltration, sans mention de localisation

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
AHLB002	Infiltration thérapeutique de nerf superficiel d'un membre, avec stimulodétection électrique	28,8			
AHLB004 [F,P,S,U]	Infiltration thérapeutique d'un nerf profond dans un canal ostéofibreux, sans guidage Infiltration du nerf tibial dans le canal calcanéen Infiltration du nerf pudendal [honteux] dans le canal honteux [d'Alcock], sans guidage À l'exclusion de : infiltration thérapeutique du nerf médian dans le canal carpien (AHLB006)	24,56	O I	25,76	26,97
AHLH010 [F,P,S,U]	Infiltration thérapeutique de nerf pelvien profond, avec guidage radiologique	28,8	9 9	29,89	30,93
AHLH006 [F,P,S,U]	Infiltration thérapeutique de nerf profond d'un membre, avec guidage radiologique	19,2	X X	22,27	25,34
AHLB012 [F,P,S,U]	Infiltration thérapeutique de nerf profond d'un membre, sans guidage À l'exclusion de : infiltration thérapeutique - du nerf médian dans le canal carpien (AHLB006) - d'un nerf profond dans un canal ostéofibreux, sans guidage (AHLB004)	43,62	I X	49,12	54,61
AHLB014 [F,P,S,U]	Infiltration thérapeutique de nerf superficiel d'un membre, sans stimulodétection électrique	19,2			
PCLB001	Infiltration de zone déclic [point gachette] par voie transcutanée, pour syndrome myofascial	16,86	I I	18,41	19,96

Injection, tronc

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
ANLB004	Injection intrathécale d'agent pharmacologique à visée antalgique, avec évaluation diagnostique et pronostique	57,6			
AFLB001 [F,P,S,U]	Injection périodurale [épidurale] de sang autologue [Blood patch]	35,78	I X	40,29	44,8
AFLB003	Séance d'injection intrathécale d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie transcutanée Avec ou sans : pose de cathéter intrathécal				
AFLB006 [F,P,S,U]	Injection thérapeutique intrathécale d'agent pharmacologique, par voie transcutanée sans guidage À l'exclusion de : - rachianesthésie - séance d'injection intrathécale d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie transcutanée (AFLB003)	26,98	II	29,46	31,94
AFLB007 [F,P,S,U]	Injection thérapeutique périodurale [épidurale] d'agent pharmacologique, sans guidage Injection périodurale par le hiatus sacral	44,9			
AFLB013	Séance d'administration intrathécale d'agent pharmacologique anticancéreux, par un dispositif implanté				
AFLH001 [F,P,S,U]	Injection thérapeutique périodurale [épidurale] d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage radiologique Injection périodurale de substances neurolytiques	28,8	X X	33,41	38,02
AFLH002 [F,P,S,U]	Injection thérapeutique intrathécale d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage radiologique Injection intrathécale de substances neurolytiques	28,8	X X	33,41	38,02
AGLB001	Injection périodurale [épidurale] d'agent pharmacologique à visée antalgique, avec évaluation diagnostique et pronostique	62,31	9	63,49	64,62

Injection, membre supérieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
MELH001	<p>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</p> <p>À l'exclusion de : synoviorthèse</p> <ul style="list-style-type: none"> - chimique d'un membre (PBLB002) - isotopique d'un membre (PBL001) <p>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</p>	19,2	X X	22,27	25,34
MZLB001	<p>Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage</p> <p>À l'exclusion de : synoviorthèse</p> <ul style="list-style-type: none"> - chimique d'un membre (PBLB002) - isotopique d'un membre (PBL001) 	26,13			
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) 	9,6	X X	11,14	12,67
ZZLJ002	<p>Injection d'agent pharmacologique dans un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique</p>	9,6	9	9,78	9,96
PBLB001	<p>Injection d'agent pharmacologique dans l'appareil capsuloligamentaire d'une articulation, par voie transcutanée sans guidage</p>	16,08	9 X	17,67	19,25

Injection, membre inférieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
NZLB001	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage À l'exclusion de : synoviorthèse - chimique d'un membre (PBLB002) - isotopique d'un membre (PBLL001)	30,82			
NZLH002	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique À l'exclusion de : synoviorthèse - chimique d'un membre (PBLB002) - isotopique d'un membre (PBLL001)	14,4	I I	15,72	17,05
ZZLJ002	Injection d'agent pharmacologique dans un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique	9,6	9	9,78	9,96
PBLB001	Injection d'agent pharmacologique dans l'appareil capsuloligamentaire d'une articulation, par voie transcutanée sans guidage	16,08	9 X	17,67	19,25

Injection, sans mention de localisation

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
PALB900	Injection intraosseuse de moelle	NPC*			

Synoviorthèse

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
PBLB002	Synoviorthèse chimique d'un membre Facturation : la synoviorthèse à l'hexacétone de triamcinolone (Hexatrione®) ne peut pas être facturée.	37,99	I X	42,78	47,56
PBLL001	Synoviorthèse isotopique d'un membre Activité 1 : préparation du produit radio-isotopique Activité 2 : injection intraarticulaire du produit radio-isotopique	14,29 17,93			

8.11 Destruction, exérèse, thermocoagulation

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

La destruction ou l'exérèse du disque intervertébral par voie transcutanée qui inclut la manométrie et la discographie préopératoires.

Destruction/Thermocoagulation, tête

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
ADNB001	Destruction sélective de branche terminale du nerf trijumeau, par voie transcutanée ou transmuqueuse sans guidage	23,77	X X	27,57	31,38
[F,P,S,U]	Destruction du nerf alvéolaire inférieur, sans guidage (ZZLP025)		X X	25,57	31,38
ADNH002	Destruction sélective de branche terminale du nerf trijumeau, par voie transcutanée avec guidage radiologique	209			
[F,J,K,P,S,U]	Thermocoagulation, microcompression, alcoolisation du nerf trijumeau, par voie transcutanée avec guidage radiologique (ZZLP042)				
AHNB002	Destruction sélective unilatérale ou bilatérale du nerf grand occipital [grand nerf occipital d'Arnold], par voie transcutanée (ZZLP025) À l'exclusion de : exérèse de tumeur de nerf crânien	83,6			

Destruction/Thermocoagulation, tronc

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
AHNB001	Destruction de nerf de la paroi du tronc, par voie transcutanée (ZZLP025)	43,62	I X	49,12	54,61
AHNN001	Destruction du rameau dorsal d'un nerf spinal, par voie transcutanée avec guidage radiologique (ZZLP025)	28,8	X X	33,41	38,02
AHNN002	Destruction du rameau dorsal d'un nerf spinal, par voie transcutanée avec guidage scanographique (ZZLP025)	28,8			
LHNN001	Thermocoagulation de facettes articulaires de vertèbre, par voie transcutanée avec guidage radiologique Avec ou sans : stimulodétection électrique (ZZLP025)	83,6			

Exérèse, tronc

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
LHPH907	Exérèse d'un disque intervertébral, par voie transcutanée avec guidage radiologique [Nucléotomie transcutanée]	NPC*			

*NPC : non pris en charge

8.12 Aponévrotomie

Il s'agit soit de l'aponévrose palmaire ou plantaire.
La fasciotomie palmaire comprend le traitement de la rétraction palmaire [maladie de Dupuytren].

Aponévrotomie, membre supérieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
MJPA005	Fasciotomie [Aponévrotomie] palmaire, par abord direct	125,4			
[A,J,K,7]	anesthésie (GELE001)	64,15			
MJPB001	Fasciotomie [Aponévrotomie] palmaire, par voie transcutanée	41,54	9 I	44,24	46,9
[A]	anesthésie (GELE001)	48,39			

Aponévrotomie, membre inférieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
NJPA007	Aponévrotomie ou aponévrectomie plantaire, ou désinsertion de l'aponévrose plantaire	121,62	9 9	126,24	130,62
[A,J,K,7]	Aponévrectomie pour aponévrosite plantaire de Ledderhose				
	anesthésie (GELE001)	86,51			

Perforation

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
PACB001	Perforation ou forage d'un os, ou injection intraosseuse, par voie transcutanée	54,56	X X	63,29	72,02
	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)				

8.13 Cimentoplastie

Il s'agit de cimentoplasties ou spondyloplasties intéressant ou non la vertèbre.

Cimentoplastie, tronc

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
LHMH002	Spondyloplastie unique, par voie transcutanée avec guidage radiologique (YYYY140, YYYY300, ZZLP025)	125,4	9 X	137,81	150,1
LHMH004	Spondyloplastie de 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage radiologique (YYYY140, YYYY300, ZZLP054)	188,1	O I	197,32	206,53
LHMH006	Spondyloplastie de 2 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage radiologique (YYYY140, YYYY300, ZZLP054)	188,1	O I	197,32	206,53

Cimentoplastie, sans mention de localisation

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
PAMH001	Cimentoplastie intraosseuse extrarachidienne, par voie transcutanée avec guidage radiologique	125,4	9 9	130,17	134,68
[A,7]	Indication : affection tumorale Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : spécifique anesthésie (GELE001, YYYY140, YYYY300)	73,31			

8.14 Traction, élongation, manipulation

Ces actes intéressent essentiellement le rachis.

Traction/Elongation/Manipulation, tronc

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
LDEB002 [F,P,S,U]	Traction d'attente de la colonne vertébrale cervicale par halo crânien ou étrier (ZZLP025)	104,5			
LDEP001	Séance d'élongation de la colonne vertébrale cervicale par traction sur table Avec ou sans : massage	22,74	I I	24,83	26,92
LFEP002	Séance d'élongation de la colonne vertébrale lombale par traction sur table Avec ou sans : massage	23,13	I I	25,26	27,39
LHEP004 [F,P,S,U]	Traction continue bipolaire de la colonne vertébrale par sangles (ZZLP025)	167,26	O X	181,14	195,03
LHEP005 [F,P,S,U]	Traction continue unipolaire de la colonne vertébrale par sangle ou collier (ZZLP025)	115,45	O 9	117,99	120,41
LHRP001	Séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale Indication : affection mécanique du rachis Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	25,08	I X	28,24	31,4

Traction/Elongation/Manipulation, membre inférieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
NHRP001	Manipulation de pied pour déformation congénitale, avec confection d'un appareil rigide externe de réduction progressive 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) (ZZLP025)	58,98	I X	66,41	73,84
NHRP003	Manipulation de pied bot varus équin ou de pied convexe, avec confection d'un appareil rigide externe de réduction progressive (ZZLP025)	65,15	I X	73,36	81,57

8.15 Autres actes algologiques

Les actes relatifs aux infiltrations anesthésiques sont décrits dans le chapitre injection/infiltration.

Ce chapitre décrit les actes de mésothérapie, d'hypnose, d'acupuncture, de pose d'appareillage ou de réalisation de bloc sympathique.

Autres actes d'algologie

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
AJLF001	<p>Bloc sympathique médicamenteux périphérique, par injection intraveineuse transcutanée sous garrot ischémique</p> <p>Indication : syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie), syndrome de Raynaud.</p> <p>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</p> <p>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 geste par une personne formée</p>	57,6			
ANLB003	<p>Séance de mésothérapie à visée antalgique</p>	NPC*			
ANLP002	<p>Pose d'un stimulateur électrique externe à visée antalgique</p> <p>À l'exclusion de : analgésie postopératoire</p> <p>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</p>				
ANRP001	<p>Séance d'hypnose à visée antalgique</p>	NPC*			
QZRB001	<p>Séance d'acupuncture</p> <p>Indication: traitement adjuvant et de deuxième intention chez l'adulte: nausées et vomissements en alternative thérapeutique, antalgique en association à d'autres traitements, syndrome anxiodépressif, en association avec un programme de prise en charge globale, aise au sevrage alcoolique et tabagique</p> <p>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</p> <p>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</p> <p>Recueil prospectif de données : nécessaire</p>	12,35			

*NPC : non pris en charge

8.16 Appareillage

Il s'agit soit :

- d'appareil de posture ou de mobilisation, d'immobilisation (externe non amovible et ne permettant pas de réglage) et rigide d'immobilisation ;
- d'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 de pose d'orthèse ou d'orthoprothèse inscrites à la liste des produits et prestations remboursables par la sécurité sociale [LPP, titre II] statique, articulée, articulée et dynamique.

Pour mémoire, il est rappelé qu'il n'est pas possible de tarifier ensemble un appareillage et des actes portant sur les tissus (peau et tissu cellulaire sous cutané, muscles, tendons, synoviales, os, articulations, vaisseaux ou nerfs) sur le même site anatomique.

Appareillage, membre supérieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
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. (ZZLP025)	41,8			
MEMP001 [F,P,S,U]	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation de l'épaule Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.	41,8			
MFMP001 [F,P,S,U]	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du coude Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.	35,32	O 9	36,1	36,84
MGMP001 [F,P,S,U]	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du poignet et/ou de la main Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.	34,82	9 X	38,27	41,68

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
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. (ZZLP025)	41,8			
MEMP001 [F,P,S,U]	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation de l'épaule Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.	41,8			
MFMP001 [F,P,S,U]	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du coude Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.	35,32	O 9	36,1	36,84
MGMP001 [F,P,S,U]	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du poignet et/ou de la main Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.	34,82	9 X	38,27	41,68
MHMP001	Confection d'une orthèse dynamique de 2 doigts avec 2 éléments moteurs	76,8			
MHMP002 [F,P,S,U]	Confection d'une orthèse statique de 2 doigts	38,4			
MHMP003 [F,P,S,U]	Confection d'une orthèse statique de 3 doigts ou plus	38,4			
MHMP004	Confection d'une orthèse dynamique d'un doigt avec un élément moteur	76,8			
MHMP006	Confection d'une orthèse dynamique de 3 doigts ou plus avec 3 éléments moteurs	76,8			
MHMP007 [F,P,S,U]	Confection d'une orthèse statique d'un doigt	38,4			

MZMP001	Confection d'une contention souple d'une articulation du membre supérieur [F,M,P,S,U] Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.	31,35			
MZMP002	Confection d'un appareil rigide thoracobrachial pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction [F,M,P,S,U] Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.	63,3	O O	63,38	64,06
MZMP004	Confection d'un appareil rigide au poignet et/ou à la main pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction [F,M,P,S,U] Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.	25,64	I	26,82	28
MZMP006	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de l'avant-bras, du poignet et/ou de la main ne prenant pas le coude [F,M,P,S,U] Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.	25,23	9	25,71	26,16
MZMP007	Confection d'un appareil rigide brachio-antébrachio-palmaire pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction [F,M,P,S,U] Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.	41,8			
MZMP011	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation du membre supérieur prenant le coude [F,M,P,S,U] À l'exclusion de : confection d'un appareil thoracobrachial d'immobilisation du membre supérieur (MZMP015) Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.	34,57			
MZMP013	Confection d'un appareil rigide antébrachiopalmaire pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction [F,M,P,S,U] Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.	28,52	9 I	30,37	32,2

MZMP015 [F,M,P,S,U]	Confection d'un appareil rigide thoracobrahial d'immobilisation du membre supérieur Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.	63,3			
ZDMP001 [F,P,S,U]	Confection d'une orthèse statique antébrachiophalangienne	38,4			
ZDMP002 [F,P,S,U]	Confection d'une orthèse non articulée brachioantébrachiale	32,21	O O	32,4	32,6
ZDMP003	Confection d'une orthèse dynamique carpométacarpienne et/ou métacarpophalangienne avec 2 éléments moteurs	76,8			
ZDMP004	Confection d'une orthèse articulée brachioantébrachiale	38,82	I	40,61	42,39
ZDMP005	Confection d'une orthèse dynamique carpométacarpienne et/ou métacarpophalangienne avec 3 éléments moteurs ou plus	76,8			
ZDMP006	Confection d'une orthèse dynamique carpométacarpienne et/ou métacarpophalangienne avec 1 élément moteur	76,8			
ZDMP007 [F,P,S,U]	Confection d'une orthèse statique de posture antébrachiométacarpienne	38,4			
ZDMP008	Confection d'une orthèse dynamique antébrachiométacarpienne avec 1 élément moteur	76,8			
ZDMP009	Confection d'une orthèse dynamique antébrachiométacarpienne avec 2 éléments moteurs	76,8			
ZDMP010	Confection d'une orthèse dynamique antébrachiophalangienne avec 1 élément moteur	76,8			
ZDMP011	Confection d'une orthèse dynamique antébrachiophalangienne avec 2 éléments moteurs	83,6			
ZDMP012	Confection d'une orthèse dynamique antébrachiométacarpienne avec 3 éléments moteurs ou plus	76,8			

ZDMP015	Confection unilatérale ou bilatérale de coussin d'abduction thoracobrachial	62,7			
ZDMP016 [F,P,S,U]	Confection d'une orthèse statique carpométacarpienne et/ou métacarpophalangienne	38,4			
ZDMP018	Confection d'une orthèse dynamique antébrachiophalangienne avec 3 éléments moteurs ou plus	76,8			
PZMP001	Modification d'un appareillage de contention ou d'une orthèse des membres ou de la colonne vertébrale				
PZMP002	Adaptation d'une orthèse modulaire articulée d'un membre				

Appareillage, membre inférieur

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
NFMP001 [F,M,P,S,U]	Confection d'une contention souple du genou	41,8			
NFMP002 [F,P,S,U]	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du genou Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.	40,76	O I	42,76	44,75
NGMP001 [F,M,P,S,U]	Confection d'une contention souple de la cheville et/ou du pied, ou confection d'une semelle plâtrée	20,9			
NGMP002 [F,P,S,U]	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation de la cheville Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.	32,48	O X	35,18	37,87
NZMP003 [F,M,P,S,U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la jambe, de la cheville et/ou du pied ne prenant pas le genou Confection d'une botte plâtrée Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.	27,57			
NZMP006 [F,M,P,S,U]	Confection d'un appareil rigide fémorocrural [fémorojambier] ou fémoropédieux pour immobilisation initiale de fracture du membre inférieur, sans réduction Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.	42,23	O	42,36	42,48
NZMP007 [F,M,P,S,U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation du membre inférieur prenant le genou À l'exclusion de : confection d'un appareil rigide pelvicrural [pelvijambier] ou pelvipédieux d'immobilisation du membre inférieur (NZMP012) Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.	33,73	9	34,37	34,98

NZMP008	Confection d'un appareil rigide pelvicrural [pelvijambier] ou pelvipédieux pour immobilisation initiale de fracture du membre inférieur, sans réduction	65,81	O O	66,2	66,6
[F,M,P,S,U]	Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.				
NZMP012	Confection d'un appareil rigide pelvicrural [pelvijambier] ou pelvipédieux d'immobilisation du membre inférieur	64,47			
[F,M,P,S,U]	Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.				
NZMP014	Confection d'un appareil rigide cruropédieux [jambopédieux] pour immobilisation initiale de fracture du membre inférieur, sans réduction	27,57	I	28,84	30,11
[F,M,P,S,U]	Confection d'une botte plâtrée pour fracture du membre inférieur, sans réduction				
ZEMP001	Confection d'une orthèse articulée fémorocrurale [fémorojambière]	41,14	9 I	43,81	46,45
ZEMP002	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation pelvibifémoral, pelvibicrural [pelvibijambier] ou pelvibipédieux	94,05			
[F,M,P,S,U]	Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée. (ZZLP054)				
ZEMP003	Confection d'une orthèse non articulée cruropédieuse [jambopédieuse]	33,37	9	34	34,6
ZEMP004	Confection d'une orthèse plantaire				
ZEMP006	Confection d'une orthèse articulée cruropédieuse [jambopédieuse]	41,14	9 I	43,81	46,45
ZEMP007	Confection d'une orthèse non articulée fémorocrurale [fémorojambière]	33,37	9	34	34,6
ZEMP008	Confection d'une orthèse pour correction d'une déformation et/ou protection des orteils				
ZEMP009	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation solidaire bifémorocrural [bifémorojambier] ou bifémoropédieux	94,05			
[F,M,P,S,U]	Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée. (ZZLP054)				

PZMP001	Modification d'un appareillage de contention ou d'une orthèse des membres ou de la colonne vertébrale				
PZMP002	Adaptation d'une orthèse modulaire articulée d'un membre				

Appareillage, tronc

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
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)	63,35	O	63,54	63,73
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)	71,57	9 9	74,29	76,87
LDMP003 [F,M,P,S,U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la colonne vertébrale cervicale et thoracique (ZZLP025)	83,09	9 I	88,49	93,81
LEMP001 [F,M,P,S,U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la colonne vertébrale thoracique et lombale (ZZLP025)	62,7			
LFMP001 [F,M,P,S,U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la colonne vertébrale lombale (ZZLP025)	62,7			
PZMP001	Modification d'un appareillage de contention ou d'une orthèse des membres ou de la colonne vertébrale				

8.17 Suppléments de rémunération et actes isolés

Seuls les suppléments de rémunération et les actes isolés susceptibles d’être facturé par le rhumatologue sont présentés dans ce livret.

Les gestes complémentaires, eux, ne seront pas décrits car ils concernent essentiellement une autre spécialité, l’anesthésie.

Supplément de rémunération

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
YYYY012	Supplément pour radiographie per opératoire au cours d'un acte de chirurgie orthopédique ou traumatologique Facturation : par le chirurgien	19,29			
YYYY019	Supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour arthrographie de la hanche	19,2			
YYYY057	Supplément pour injection intrathécale de produit de contraste radiologique	15,36			
YYYY070	Supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour discographie intervertébrale	38,4			
YYYY105 [F,P,S,U,Z]	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 1, réalisée en salle d'imagerie	19,29			
YYYY120 [F,P,S,U,Z]	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 3, réalisée en salle d'imagerie	39,9			
YYYY140 [F,P,S,U,Z]	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 4, réalisée en salle d'imagerie	66,5			
YYYY170 [F,P,S,U,Z]	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 7, réalisée en salle d'imagerie	106,4			

YYYY300 [F,P,S,U,Z]	Supplément pour imagerie pour acte de radiologie interventionnelle, réalisée au bloc opératoire 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 - peut être facturé uniquement avec des actes de chirurgie vasculaire réalisés au bloc opératoire	106,4			
YYYY318	Supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour discographie intervertébrale multiple	57,6			
YYYY420	Supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour arthrographie A l'exclusion de : supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour arthrographie de la hanche	9,6			

Acte isolé

Code	Texte	T1	MC	T2	T3
YYYY028 [F,P,S,U]	Guidage échographique	37,8	SO*	36,86 **	35,91 ***
YYYY033 [E,F,P,S,U,Y,Z]	Guidage radiologique Radioscopie de longue durée avec amplificateur de brillance Facturation : ne peut pas être facturé avec un autre examen radiographique, à l'exception d'un acte diagnostique de radiologie conventionnelle réalisé sur un site anatomique distinct	19,29			
YYYY163 [F,P,S,U,Y,Z]	Radiographie de l'hémisquelette ou du squelette complet chez l'adulte 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	159,6			

*SO : Sans Objet

*SO : Sans Objet

***à partir du 01/07/2014

9. DEVIS ET AFFICHAGE DES HONORAIRES

Depuis 2009, **en cas de dépassement d'honoraires**, le praticien est tenu de remettre à son patient une information écrite préalable dès lors que le montant des honoraires facturés est égal ou supérieur à 70€, dépassement honoraires inclus.

Il est rappelé au médecin **l'obligation d'afficher ses honoraires** sous peine de sanction administrative pouvant aller jusqu'à 3000€. Il s'impose dès lors que le praticien exerce une activité libérale et est amené à recevoir des patients. L'affiche doit être apposée de manière visible et lisible dans la salle d'attente. Elle doit indiquer le nom du praticien, son secteur conventionnel, les honoraires pratiqués (ou leur fourchette en cas de secteur 2) ainsi que la base de remboursement par l'assurance maladie pour la consultation, la visite avec ou sans majoration, les actes les plus fréquemment pratiqués (actes CCAM).

Des mentions obligatoires définies par l'article R1111-21 du code de santé publique doivent y être mentionnées, elles sont variables selon le secteur conventionnel comme indiquées ci-dessous :

Secteur à honoraires réglementés (secteur 1)

« Votre médecin applique les tarifs de remboursements de l'assurance maladie. Ces tarifs ne peuvent pas être dépassés sauf dans deux cas : exigence exceptionnelle de votre part s'agissant de l'horaire ou du lieu de la consultation, non-respect par vous-même du parcours de soins.

Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

Dans tous les cas cités ci-dessus où votre médecin fixe librement ses honoraires ou ses dépassements d'honoraires, leur

montant doit être déterminé avec tact et mesure. »

Secteur 2 ou à honoraires libres (secteur 2).

« Votre médecin détermine librement ses honoraires. Ils peuvent donc être supérieurs au tarif de remboursement par l'assurance maladie.

Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

Dans tous les cas, il doit fixer ses honoraires avec tact et mesure.

Si vous bénéficiez de la couverture médicale universelle, votre médecin doit appliquer le tarif de remboursement de l'assurance maladie. »

Pour des exemples pratiques concernant l'affichage, le rhumatologue peut consulter le site du conseil de l'ordre et prochainement le site du Syndicat National des Médecins Rhumatologues.

Si le médecin a adhéré au contrat d'accès aux soins, il mentionnera l'information correspondante à ses pratiques tarifaires et au montant pris en charge par l'assurance maladie pour ses actes les plus fréquents.

10. CRÉER VOTRE LISTING D'ACTES CCAM

Créer votre favori d'actes, en complétant le tableau suivant :

[illegible]

11. RÉFÉRENCES

SITE AMELI

Site AMELI : Nomenclature et codage

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/nomenclatures-et-codage/index.php>

Site AMELI - Convention médicale

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/index.php>

12. MISE EN GARDE DU LECTEUR

Ce livret a été rédigé en septembre 2013 selon les informations en vigueur.

Toutefois, nous attirons particulièrement l'attention du lecteur sur le caractère purement indicatif des informations contenues dans le présent livret.

En effet, les informations relatives à la cotation des actes médicaux relèvent d'une interprétation subjective du rédacteur et ne pourrait en aucun cas prévaloir sur l'application susceptible d'être faite par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Le lecteur sera amené à consulter régulièrement les textes réglementaires pour toute modification susceptible de survenir après la date de rédaction du présent livret.

13. REMERCIEMENTS

Aux membres du conseil d'administration du SNMR et de RH Com qui m'ont renouvelé leur confiance pour la mise à jour du présent livret.

Au laboratoire ROCHE CHUGAI pour son soutien.

À Anthony Vitse & Bastien Hô d'URBANCUBE
pour l'aide technique, la mise en forme et le graphisme.

À Clara Siegel de RH COM
pour la gestion du projet tout au long de son élaboration.

3M CONSEILS

10 avenue de Laumière
75019 Paris
milka.maravic@gmail.com



SNMR

10, route de Thionville
Zone Varimont - 57140 WOIPPY
contact@snmr.org



COTER SON ACTIVITÉ EN RHUMATOLOGIE

