

MEMORIAL
Journal Officiel
du Grand-Duché de
Luxembourg



MEMORIAL
Amtsblatt
des Großherzogtums
Luxemburg

RECUEIL DE LEGISLATION

A — N° 117

29 décembre 1998

S o m m a i r e

UNION DES CAISSES DE MALADIE

Union des caisses de maladie – Statuts – Modifications des statuts de l'Union des caisses de maladie décidées par l'assemblée générale du 10 novembre 1998 et approuvées par l'arrêté ministériel du 10 décembre 1998	3048
Amendement de la Convention entre l'Union des Caisses de Maladie, l'Association Nationale des Infirmiers Luxembourgeois, et la Confédération Luxembourgeoise des Prestataires et Ententes dans le domaine de Prévention, d'Aide et de Soins aux Personnes Dépendantes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales	3060
Amendement de la Convention du 13 décembre 1993 conclue entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association Luxembourgeoise des Kinésithérapeutes Diplômés, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales	3063
Protocole d'Accord signé en exécution de l'article 31 de la convention du 13 décembre 1993, conclue entre l'Union des Caisses de Maladie, l'association nationale des infirmiers luxembourgeois et la confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans le domaine d'aide et de soins aux personnes dépendantes, portant fixation de la valeur de la lettre-clé pour l'exercice 1999	3066
Protocole d'Accord signé en exécution de l'article 32 de la convention du 13 décembre 1993, conclue entre l'association luxembourgeoise des kinésithérapeutes et l'union des caisses de maladie, portant fixation de la valeur de la lettre-clé pour l'exercice 1999	3069
Protocole d'Accord signé en exécution de l'article 32 de la convention du 13 décembre 1993, conclue entre l'association luxembourgeoise des psychomotriciens diplômés et l'union des caisses de maladie, portant fixation de la valeur de la lettre-clé pour l'exercice 1999	3071
Protocole d'Accord signé en exécution de l'article 26 de la convention du 13 décembre 1993, conclue entre l'association luxembourgeoise des orthophonistes et l'union des caisses de maladie, portant fixation de la valeur de la lettre-clé pour l'exercice 1999	3072
Protocole d'Accord signé en exécution de l'article 27 de la convention du 13 décembre 1993, conclue entre l'association luxembourgeoise des sages-femmes et l'union des caisses de maladie, portant fixation de la valeur de la lettre-clé pour l'exercice 1999	3073
Protocole d'Accord signé en exécution de l'article 68 de la convention du 13 décembre 1993, conclue entre l'association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et l'union des caisses de maladie, portant fixation de la valeur de la lettre-clé pour l'exercice 1999 pour les actes et services professionnels des médecins	3075

Union des caisses de maladie. – Statuts. – Modifications des statuts de l'Union des caisses de maladie décidées par l'assemblée générale du 10 novembre 1998 et approuvées par arrêté ministériel du 10 décembre 1998. – Par arrêté ministériel du 10 décembre 1998, les modifications ci-après des statuts arrêtées par l'assemblée générale de l'Union des caisses de maladie en date du 10 novembre 1998 et entrant en vigueur le 1^{er} janvier 1999 ont été approuvées.

ENSEMBLE 1. Modifications des statuts relatifs aux soins de kinésithérapie

§1. Les dispositions de la Première partie, Titre 2, Chapitre 3, Section 2.- Soins de kinésithérapie-massage des statuts prennent la teneur suivante:

Section 2. - Soins de kinésithérapie-massage

Taux de prise en charge

Art. 54. abrogé

Art. 55. Les actes et services inscrits dans la nomenclature des masseurs et des masseurs-kinésithérapeutes sont pris en charge au taux de cent pour cent (100%).

Par dérogation à l'alinéa précédent, le taux de prise en charge est de quatre-vingts pour cent (80%) pour les actes inscrits aux chapitres 1, 2, 4 et 7 de cette nomenclature pour autant que le patient ait atteint l'âge de dix-huit (18) ans au moment de la délivrance de l'acte.

Les séances délivrées dans le milieu hospitalier stationnaire visé à l'article 142 sont prises en charge à cent pour cent (100%) quelque soit le chapitre de la nomenclature auquel elles se rapportent.

Les frais de déplacement du masseur et du masseur-kinésithérapeute sont pris en charge au même taux que celui appliqué à l'acte délivré lors du déplacement s'y rapportant.

La participation personnelle restant éventuellement à charge de la personne protégée pour les actes délivrés dans un hôpital visé à l'article 75 du Code des assurances sociales par un prestataire salarié de l'hôpital lui est mise en compte par l'union des caisses de maladie. Si elle n'est pas réglée dans le délai imparti, elle est compensée d'office conformément à l'article 291 du Code des assurances sociales avec les créances dont dispose l'ayant droit dans le cadre d'un remboursement pour prestations avancées conformément à l'article 20.

Restrictions à la prise en charge

Art. 56. Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des actes délivrés en dehors du milieu hospitalier stationnaire par les masseurs et masseurs-kinésithérapeutes, l'ordonnance médicale afférente doit être validée auprès de l'union des caisses de maladie. Cette validation doit être demandée dans le délai de trente jours de l'émission de l'ordonnance et doit être intervenue au plus tard avant la fin du traitement y prescrit. Par cette validation la personne protégée obtient un titre de prise en charge qui garantit la prise en charge des prestations aux conditions statutaires.

L'émission d'un titre de prise en charge est refusée s'il appert que les conditions administratives ne sont pas remplies ou si, de l'avis du contrôle médical de la sécurité sociale, les actes prescrits dépassent l'utile et le nécessaire.

Art. 57. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations des masseurs et masseurs-kinésithérapeutes ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé au plus tard dans les trente jours de l'établissement du titre de prise en charge.

Pour être opposables à l'assurance maladie, les ordonnances portant sur les actes des masseurs et masseurs-kinésithérapeutes, outre qu'elles doivent répondre aux conditions prévues à l'article 14, doivent porter les indications suivantes données par le médecin prescripteur:

- Le diagnostic médical,
- le début de l'affection en cause,
- le code ou le libellé de la nomenclature se rapportant aux actes prescrits,
- le nombre précis de séances,
- la fréquence d'applications par semaine.

Les actes délivrés au-delà d'un délai maximal ne sont plus opposables à l'assurance maladie. Ce délai est calculé à partir de la date de l'établissement du titre de prise en charge et comprend la durée de traitement calculée par la prise en considération de la fréquence des applications par semaine et du nombre de séances prises en charge, augmenté de trente jours.

Dans les cas prévus par la nomenclature, les actes des masseurs et des masseurs-kinésithérapeutes ne sont pris en charge qu'après autorisation préalable du contrôle médical.

Art. 58. Les actes visés au chapitre 1, 2, 4 et 7 de la nomenclature des masseurs et masseurs-kinésithérapeutes délivrés en dehors du milieu hospitalier stationnaire, sont pris en charge au maximum à raison de 8 séances par ordonnance.

Par dérogation à l'alinéa précédent, les actes sont pris en charge au maximum à raison de seize (16) séances par ordonnance à condition que leur délivrance se situe dans un délai de six (6) mois après une intervention chirurgicale sur l'appareil locomoteur.

ENSEMBLE 2. Modifications administratives des statuts

§1. L'article 36 alinéa 4 prend la teneur suivante :

Il n'est pris en charge que trois échographies obstétricales par cas de grossesse, sauf en cas d'hospitalisation stationnaire continue pendant une durée d'au moins trois jours pour pathologie foetale ou maternelle ayant des répercussions sur l'état de santé du fœtus.

§2. L'alinéa 4 de l'article 80 prend la teneur suivante :

L'autorisation préalable du contrôle médical pour l'obtention d'une cure doit être renouvelée si la cure n'a pas été commencée endéans un délai d'un an à partir de la notification de l'autorisation.

§3. L'article 132 alinéa 5 est modifié comme suit :

Par transport en taxi, on entend le transport de voyageurs au sens de la réglementation officielle applicable aux services de taxi et aux services des voitures de location avec chauffeurs.

§4. L'alinéa 4 de l'article 137 est modifié comme suit :

Les factures émises par les transporteurs s'occupant particulièrement du transport des malades ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles émanent d'un transporteur conventionné avec l'union des caisses de maladie sur base de l'article 61 du code des assurances sociales et à condition que les factures soient établies en conformité avec la convention.

Il est intercalé un nouvel alinéa 5 ayant la teneur suivante :

Les frais de transport en taxi au sens de l'article 132 alinéa 5 des statuts ne sont pris en charge qu'à la condition que les prestations afférentes sont délivrées par un fournisseur agréé par le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie. Les factures relatives à ces prestations ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles contiennent pour chaque trajet effectué les données suivantes : le nom de l'entreprise, la plaque minéralogique du véhicule utilisé, la date et l'heure de la course, les lieux de départ et d'arrivée, le kilométrage et le prix facturé.

Les alinéas 5 et 6 actuels deviennent les alinéas 6 et 7 nouveaux.

§5. L'article 31 est complété par un alinéa e) libellé comme suit :

e) de se procurer à charge de l'assurance maladie et sans justification admise par le contrôle médical des médicaments à des doses qui seules ou en association dépassent sensiblement les recommandations thérapeutiques ou qui sont pris dans des troubles non repris dans les indications pour lesquelles l'autorisation de mise sur le marché a été accordée ;

§6. L'article 60 est modifié comme suit :

Art. 60. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations d'orthophonie ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les six mois de la date de l'émission de l'ordonnance.

§7. L'article 61 est modifié comme suit :

Art. 61. Aux fins de la prise en charge par l'assurance maladie, la dispensation des soins d'orthophonie doit être autorisée par le contrôle médical.

§8. L'article 145 est modifié comme suit :

Art. 145. Les fournitures visées par le présent chapitre sont prises en charge d'après un taux de remboursement appliqué soit à un prix de vente, soit à un prix de référence fixé pour chacune des fournitures ou pour des groupes déterminés de fournitures de même nature.

Les taux de prise en charge et les prix de référence sont inscrits dans les listes visées à l'article précédent.

Si les listes prévoient la prise en charge des fournitures sur base d'une location, le prix de location est pris en charge par l'assurance maladie d'après les montants et les modalités déterminés pour chaque catégorie de fourniture dans les listes prévues.

Les frais de réparation nécessaires dans le délai de renouvellement sont pris en charge jusqu'à concurrence de 25%

du prix de référence fixé dans la liste, déduction faite du prix de l'embout correspondant.

§9. L'alinéa 5 de l'article 40 est modifié comme suit :

Le détartrage n'est pris en charge qu'une fois par année de calendrier.

§10. L'alinéa 1 de l'article 160 prend la teneur suivante :

Art. 160. Le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie peut adapter provisoirement les listes prévues par les statuts, à charge de soumettre ces modifications à l'approbation de l'assemblée générale lors de la prochaine séance. Au moment de l'intégration dans les listes de nouveaux produits, le conseil d'administration peut, par dérogation à l'entrée en vigueur de cette mesure, décider d'en faire bénéficier les personnes dont le cas a été à l'origine de la prise en charge par l'assurance maladie.

§11. L'article 100 alinéa 4 prend la teneur suivante :

Les agonistes sélectifs des récepteurs sérotoninergiques de type 5HT-1D (p.ex. sumatriptan) ne sont pris en charge qu'à raison de quatre (4) unités ou doses par personne et par mois, la durée de prescription ne pouvant être supérieure à 3 mois. La prise en charge d'une quantité supérieure n'est autorisée qu'après introduction d'un dossier médical détaillé et motivé ayant trouvé l'accord du contrôle médical.

§12. L'article 111 alinéa 2 prend la teneur suivante :

La liste ci-après peut être complétée provisoirement par le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie, à charge de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie d'entériner cette décision sur un avis du contrôle médical au cours de sa première réunion suivant la décision prise conformément à ce qui précède:

- hormones de croissance;
- médicaments à base d'érythropoïétine;
- diphosphonates, dans les indications oncologiques;
- les analgésiques morphiniques majeurs prescrits dans le cadre de soins palliatifs.

§13. Disposition transitoire :

La date de la mise en vigueur de l'article 137 alinéas 4 et 5 est fixée au 1^{er} juin 1999.

§14 : A l'article 199 il est intercalé un nouvel alinéa 2 ayant la teneur suivante :

En cas de dispense de travail pour des raisons de sécurité ou de santé de la femme enceinte, accouchée ou allaitante conformément à l'article 6 de la loi modifiée du 3 juillet 1975 concernant la protection de la maternité de la femme au travail, le délai prévu à l'alinéa qui précède n'est pas applicable.

L'alinéa 2 actuel devient l'alinéa 3 nouveau.

Numéro national	Nom commercial		Pièces	Largeur	Longueur	Poids	Volume	P référ.	Taux	Remb. max.
5080606	COMBIHESIVE II S POCHE FERMEE	R 402518 POCHE COLO	30	57mm				1542	100%	1542
5080610	COMBIHESIVE II S POCHE FERMEE	R 402519 POCHE COLO	30	70mm				1542	100%	1542
5080431	COMBIHESIVE II S POCHE FERMEE+FILTRE	R 402521 POCHE COLO	30	32mm				1542	100%	1542
5080444	COMBIHESIVE II S POCHE FERMEE+FILTRE	R 402522 POCHE COLO	30	38mm				1542	100%	1542
5080458	COMBIHESIVE II S POCHE FERMEE+FILTRE	R 402523 POCHE COLO	30	45mm				1542	100%	1542
5080461	COMBIHESIVE II S POCHE FERMEE+FILTRE	R 402524 POCHE COLO	30	57mm				1542	100%	1542
5080427	COMBIHESIVE II S POCHE FERMEE+FILTRE	R 402525 POCHE COLO	30	70mm				1542	100%	1542
V97D		Incontinence urinaire								
CONVATEC										
5903851	PROSYS-SAMEC D.S.	R 400710 ETUI PENIEN COURT	1 pièce; silicone	25	25mm			2580	80%	2064
5903864	PROSYS-SAMEC D.S.	R 400711 ETUI PENIEN COURT	1 pièce; silicone	25	29mm			2580	80%	2064
5903878	PROSYS-SAMEC D.S.	R 400712 ETUI PENIEN COURT	1 pièce; silicone	25	32mm			2580	80%	2064
5903881	PROSYS-SAMEC D.S.	R 400713 ETUI PENIEN COURT	1 pièce; silicone	25	36mm			2580	80%	2064
5903895	PROSYS-SAMEC D.S.	R 400714 ETUI PENIEN COURT	1 pièce; silicone	25	41mm			2580	80%	2064
5903901	PROSYS-SAMEC L.A.	R 400749 ETUI PENIEN	1 pièce; latex	30	23mm			3096	80%	2477
5903914	PROSYS-SAMEC L.A.	R 400750 ETUI PENIEN	1 pièce; latex	30	27mm			3096	80%	2477
5903928	PROSYS-SAMEC L.A.	R 400751 ETUI PENIEN	1 pièce; latex	30	30mm			3096	80%	2477
5903931	PROSYS-SAMEC L.A.	R 400752 ETUI PENIEN	1 pièce; latex	30	34mm			3096	80%	2477
5903945	PROSYS-SAMEC L.A.	R 400753 ETUI PENIEN	1 pièce; latex	30	39mm			3096	80%	2477
5903802	PROSYS-SAMEC S.I.	R 400700 ETUI PENIEN	1 pièce; silicone	30	25mm			3096	80%	2477
5903816	PROSYS-SAMEC S.I.	R 400701 ETUI PENIEN	1 pièce; silicone	30	29mm			3096	80%	2477
5903820	PROSYS-SAMEC S.I.	R 400702 ETUI PENIEN	1 pièce; silicone	30	32mm			3096	80%	2477
5903833	PROSYS-SAMEC S.I.	R 400703 ETUI PENIEN	1 pièce; silicone	30	36mm			3096	80%	2477
5903847	PROSYS-SAMEC S.I.	R 400704 ETUI PENIEN	1 pièce; silicone	30	41mm			3096	80%	2477
5903560	PROSYS-URIHESIVE LA	R 650193 ETUI PENIEN	2 pièces; latex	30	25mm			2427	80%	1942
5903573	PROSYS-URIHESIVE LA	R 650194 ETUI PENIEN	2 pièces; latex	30	30mm			2427	80%	1942
5903587	PROSYS-URIHESIVE LA	R 650195 ETUI PENIEN	2 pièces; latex	30	35mm			2427	80%	1942
5903511	PROSYS-URIHESIVE NL	R 650170 ETUI PENIEN	2 pièces; non-latex	30	25mm			2427	80%	1942
5903525	PROSYS-URIHESIVE NL	R 650171 ETUI PENIEN	2 pièces; non-latex	30	29mm			2427	80%	1942
5903539	PROSYS-URIHESIVE NL	R 650172 ETUI PENIEN	2 pièces; non-latex	30	32mm			2427	80%	1942
5903542	PROSYS-URIHESIVE NL	R 650173 ETUI PENIEN	2 pièces; non-latex	30	36mm			2427	80%	1942
5903556	PROSYS-URIHESIVE NL	R 650174 ETUI PENIEN	2 pièces; non-latex	30	41mm			2427	80%	1942

Fichier B1: Ajouts valables à partir du 1.11.98

Numéro national	Nom commercial		Pièces	Largeur	Longueur	Poids	Volume	P référ.	Taux	Remb. max.
N01E0		Glucomètres - (APCM) - (1 / 60 mois)								
5904679	MEDISENSE	R 97796-01	appareil	1				2000	100%	2000
N55B4		Aiguilles pour seringues automatiques pour diabétiques (pens)								
5904682	NOVO-NORDISK	30G	aiguilles	100	6mm			485	100%	485
N56A1		Systèmes d'injection pour hormone de croissance								
5904696	NOVO-NORDISK	30G	aiguilles	100	8mm			485	100%	485
V91F6		Compresses ophtalmiques								
5904701	STELLA	R 13020		5	5,5cm	7,5cm		60	80%	48
V92N2		Pansements interactifs: pansements hydrocolloïdes								
5904732	CONVATEC	R 651027		5	15 cm	18 cm		1409	80%	1127
5904715	CONVATEC	R 651031		10	10 cm	10 cm		1127	80%	902
5904729	CONVATEC	R 651033		5	14 cm	14 cm		1059	80%	847

ANNEXE A des statuts

Fichier B2

Ajouts, modifications et suppressions intervenus au fichier B2
par décisions respectives du conseil d'administration aux dates suivantes:

15.07.1998

14.10.1998

Fichier B2: Ajouts valables à partir du 01.08.1998.**Matériel infirmier**

code : MA27201 objet: canule intraveineuse

accord : conditions: Seulement à charge si les frais d'injection ne sont pas mis en compte par un médecin ou une clinique.

renouvellement: selon besoin SMA: non cession: non institution: non
prix de référence UCM: 68 fr. taux UCM: 100% remboursement UCM: 68 fr.

code : MA27202 objet: prolongateur pour trousse de perfusion

accord : conditions: Seulement à charge si les frais d'injection ne sont pas mis en compte par un médecin ou une clinique.

renouvellement: selon besoin SMA: non cession: non institution: non
prix de référence UCM: 45 fr. taux UCM: 100% remboursement UCM: 45 fr.

code : MA27203 objet: robinet à trois voies

accord : conditions: Seulement à charge si les frais d'injection ne sont pas mis en compte par un médecin ou une clinique.

renouvellement: selon besoin SMA: non cession: non institution: non
prix de référence UCM: 32 fr. taux UCM: 100% remboursement UCM: 32 fr.

code : MA27204 objet: bouchon pour canule I.V.

accord : conditions: Seulement à charge si les frais d'injection ne sont pas mis en compte par un médecin ou une clinique.

renouvellement: selon besoin SMA: non cession: non institution: non
prix de référence UCM: 10 fr. taux UCM: 100% remboursement UCM: 10 fr.

code : MA27205 objet: régulateur de débit I.V.

accord : conditions: Seulement à charge si les frais d'injection ne sont pas mis en compte par un médecin ou une clinique.

renouvellement: selon besoin SMA: non cession: non institution: non
prix de référence UCM: 200 fr. taux UCM: 100% remboursement UCM: 200 fr.**Produits pour incontinence**

code : MA30002 objet: sonde urinaire à demeure en silicone

accord : conditions:

renouvellement: selon besoin SMA: non cession: non institution: non
prix de référence UCM: 475 fr. taux UCM: 100% remboursement UCM: 475 fr.**Fichier B2: Ajouts valables à partir du 01.11.1998.****Produits pour incontinence**

code : MA30085 objet: clamps péniers

accord : conditions: La prise en charge de 4.000 fr par an couvre une période d'une année de calendrier

renouvellement: selon besoin SMA: non cession: non institution: oui
prix de référence UCM: 4.000 fr. par an taux UCM: 100% remboursement UCM: 4.000 fr par an

ANNEXE A des statuts

Fichier 83

**Ajouts et modifications intervenus au fichier B3
par décision du conseil d'administration du 15 juillet 1998**

Valables à partir du 01.09.98

FICHER B3: PROTHESES AUDITIVES

CODE TARIF	MARQUE	TYPE	PROGRAM- MABLE	PRIX DE REFERENCE (01.09.98)	EMBOUT	TAUX DE PRISE EN CHARGE	PRIX DE REMBOURSEMENT MAXIMUM (01.09.98)
		APPAREILLAGE EN MODE MONAURAL					
PA00211	OTICON	DIGILIFE	PRO	45000	PA00900	100%	45000
PA00212		MICROFOCUS	PRO	36500	PA00903	100%	36500
PA00331	PHONAK	POWER ZOOM-P4AZ	PRO	40750	PA00900	100%	40750
PA00602	ZIGRAND	IA/IC K-AMP		26370	PA00903	100%	26370
PA00603		INCALIN		27300	PA00903	100%	27300
PA01509	SIEMENS	VIVA-2-PRO	PRO	30000	PA00900	100%	30000
PA01510		VIVA-2+-PRO	PRO	32000	PA00900	100%	32000
PA01511		VIVA-2-PRO-CT	PRO	37000	PA00903	100%	37000
PA01512		COSMEA-CIC		32000	PA00903	100%	32000
PA01513		COSMEA-K-AMP		34500	PA00903	100%	34500
PA01514		INSITA-TOP-K-AMP		27500	PA00903	100%	27500
PA01515		MUSIC-CIC	PRO	46000	PA00903	100%	46000
PA01516		MUSIC-HDO	PRO	40750	PA00900	100%	40750
		APPAREILLAGE EN MODE STEREOACOUSTIQUE					
PB00211	OTICON	DIGILIFE	PRO	36000	PA00900	100%	36000
PB00212		MICROFOCUS	PRO	29200	PA00903	100%	29200
PB00331	PHONAK	POWER ZOOM-P4AZ	PRO	32600	PA00900	100%	32600
PB00602	ZIGRAND	IA/IC K-AMP		21096	PA00903	100%	21096
PB00603		INCALIN		21840	PA00903	100%	21840
PB01509	SIEMENS	VIVA-2-PRO	PRO	24000	PA00900	100%	24000
PB01510		VIVA-2+-PRO	PRO	25600	PA00900	100%	25600
PB01511		VIVA-2-PRO-CT	PRO	29600	PA00903	100%	29600
PB01512		COSMEA-CIC		25600	PA00903	100%	25600
PB01513		COSMEA-K-AMP		27600	PA00903	100%	27600
PB01514		INSITA-TOP-K-AMP		22000	PA00903	100%	22000
PB01515		MUSIC-CIC	PRO	36800	PA00903	100%	36800
PB01516		MUSIC-HDO	PRO	32600	PA00900	100%	32600

Ajouts au 01.09.98

CODE TARIF	MARQUE	TYPE	PROGRAM MABLE	PRIX DE REFERENCE (01.09.98)	EMBOUT	TAUX DE PRISE EN CHARGE	PRIX DE REMBOURSEMENT MAXIMUM (01.09.98)
		APPAREILLAGE EN MODE MONAURAL					
PA00100	LAPPERRE	IA		21974	PA00903	100%	21974
PA00101		IC		23461	PA00903	100%	23461
PA00102		MC		24258	PA00903	100%	24258
PA00103		PRIVATO		32693	PA00903	100%	32693
PA00104		INTRA AURICULAIRE SEQUEL	PRO	33495	PA00903	100%	33495
PA00105		INTRA CANAL SEQUEL	PRO	34510	PA00903	100%	34510
PA00106		PRIVATO PROGRAMMABLE	PRO	45675	PA00903	100%	45675
PA00107		IC PROGRAMMABLE	PRO	37047	PA00903	100%	37047
PA00108		MC PROGRAMMABLE	PRO	37047	PA00903	100%	37047
PA00200	OTICON	E34		33305	PA00900	100%	33305
PA00201		E390PL		24940	PA00900	100%	24940
PA00202		PERSONIC-425		23257	PA00900	100%	23257
PA00203		PERSONIC-400		22696	PA00900	100%	22696
PA00204		PERSONIC-430		23002	PA00900	100%	23002
PA00205		PERSONIC-440		24380	PA00900	100%	24380
PA00208		E380P		25043	PA00900	100%	25043
PA00209		DIGIFOCUS	PRO	52780	PA00900	100%	52780
PA00210		DIGIFOCUS IC	PRO	54810	PA00903	100%	54810
PA00300	PHONAK	AUDINET-CD		19840	PA00900	100%	19840
PA00301		AUDINET-PPCS		18871	PA00900	100%	18871
PA00302		PICO-CST		19432	PA00900	100%	19432
PA00303		PICO-SC		19126	PA00900	100%	19126
PA00305		PICOFORTE-SCD2		21534	PA00900	100%	21534
PA00306		PICOFORTE-PPSC2		21778	PA00900	100%	21778
PA00307		PICOFORTE-PPCP2		21207	PA00900	100%	21207
PA00308		PICOFORTE-PPCLP2		21207	PA00900	100%	21207
PA00309		SUPERFRONT-PPSC		21962	PA00900	100%	21962
PA00310		SUPERFRONT-PPC2		21207	PA00900	100%	21207

FICHER B3: PROTHESES AUDITIVES

Valables à partir du 01.09.98

PA00311		SUPERFRONT-PPC4		22401	PA00900	100%	22401
PA00312		SUPERFRONT-PPCLA		22136	PA00900	100%	22136
PA00313		SUPERFRONT-PPCL4		22401	PA00900	100%	22401
PA00314		VARIONET-SCD2		21778	PA00900	100%	21778
PA00315		PICONET-231X	PRO	26113	PA00900	100%	26113
PA00316		PICONET-232XAZ	PRO	33387	PA00900	100%	33387
PA00317		SONOFORTE-331X	PRO	30398	PA00900	100%	30398
PA00318		SONOFORTE-332XAZ	PRO	34662	PA00900	100%	34662
PA00320		PICONET-2P2AZ	PRO	34713	PA00900	100%	34713
PA00322		PICOFORTE-C2		19843	PA00900	100%	19843
PA00323		LEXA 232	PRO	33241	PA00903	100%	33241
PA00327		NOVO-FORTE E4	PRO	30784	PA00900	100%	30784
PA00328		PICONET-2P2	PRO	32480	PA00900	100%	32480
PA00329		SONA	PRO	35525	PA00903	100%	35525
PA00400	RESOUND	BT2	PRO	42281	PA00900	100%	42281
PA00406		IC4	PRO	45546	PA00903	100%	45546
PA00501	WIDEX	ES-6		21431	PA00900	100%	21431
PA00502		ES-9		21758	PA00900	100%	21758
PA00505		LOGO-8S	PRO	28133	PA00900	100%	28133
PA00507		LOGO-12	PRO	28562	PA00900	100%	28562
PA00508		LOGO-LXT	PRO	30306	PA00903	100%	30306
PA00509		AUDILENS-L1+		21595	PA00902	100%	21595
PA00511		AUDILENS-L2+		21920	PA00902	100%	21920
PA00513		MICRONET-M2D		24216	PA00903	100%	24216
PA00516		QUATTRO-Q32VC	PRO	26685	PA00900	100%	26685
PA00517		QUATTRO-QXT	PRO	27317	PA00903	100%	27317
PA00519		LOGO-32	PRO	30204	PA00900	100%	30204
PA00521		SENSO-CXT	PRO	50494	PA00903	100%	50494
PA00600	ZIGRAND	IA		21502	PA00903	100%	21502
PA00601		IC		22492	PA00903	100%	22492
PA01000	VIENNATONE	130		21472	PA00900	100%	21472
PA01001		515		18574	PA00900	100%	18574
PA01002		134S		21982	PA00900	100%	21982
PA01003		KONTAKT-90AN		25070		100%	25070

FICHER B3: PROTHESES AUDITIVES

Valables à partir du 01.09.98

PA01004		SILENT-STAR		25172	PA00900	100%	25172
PA01100		KONTAKT-AS91		25222		100%	25222
PA01101		ALA-WR		25375		100%	25375
PA01102		ALPP-II		26390		100%	26390
PA01301	STARKEY	EUROLINE KAMP		20962	PA00900	100%	20962
PA01302		MONARCH		21421	PA00900	100%	21421
PA01308		TM-5		23345	PA00900	100%	23345
PA01309		MA-3		24360	PA00900	100%	24360
PA01507	SIEMENS	INSITA-TOP-PP		27405	PA00903	100%	27405
		APPAREILLAGE EN MODE STEREOACOUSIQUE					
PB00100	LAPPERRE	IA		17579	PA00903	100%	17579
PB00101		IC		18768	PA00903	100%	18768
PB00102		MC		19406	PA00903	100%	19406
PB00103		PRIVATO		26154	PA00903	100%	26154
PB00104		INTRA AURICULAIRE SEQUEL	PRO	26796	PA00903	100%	26796
PB00105		INTRA CANAL SEQUEL	PRO	27608	PA00903	100%	27608
PB00106		PRIVATO PROGRAMMABLE	PRO	36540	PA00903	100%	36540
PB00107		IC PROGRAMMABLE	PRO	29637	PA00903	100%	29637
PB00108		MC PROGRAMMABLE	PRO	29637	PA00903	100%	29637
PB00200	OTICON	E34		26644	PA00900	100%	26644
PB00201		E390PL		19952	PA00900	100%	19952
PB00202		PERSONIC-425		18605	PA00900	100%	18605
PB00203		PERSONIC-400		18156	PA00900	100%	18156
PB00204		PERSONIC-430		18401	PA00900	100%	18401
PB00205		PERSONIC-440		19504	PA00900	100%	19504
PB00208		E380P		20034	PA00900	100%	20034
PB00209		DIGIFOCUS		42224	PA00900	100%	42224
PB00210		DIGIFOCUS IC	PRO	43848	PA00903	100%	43848
PB00300	PHONAK	AUDINET-CD		15872	PA00900	100%	15872
PB00301		AUDINET-PPCS		15096	PA00900	100%	15096
PB00302		PICO-CST		15545	PA00900	100%	15545
PB00303		PICO-SC		15300	PA00900	100%	15300
PB00305		PICOFORTE-SCD2		17227	PA00900	100%	17227

3057

PB00306		PICOFORTE-PPSC2		17422	PA00900	100%	17422
PB00307		PICOFORTE-PPCP2		16965	PA00900	100%	16965
PB00308		PICOFORTE-PPCLP2		16965	PA00900	100%	16965
PB00309		SUPERFRONT-PPSC		17569	PA00900	100%	17569
PB00310		SUPERFRONT-PPC2		16965	PA00900	100%	16965
PB00311		SUPERFRONT-PPC4		17920	PA00900	100%	17920
PB00312		SUPERFRONT-PPCLA		17708	PA00900	100%	17708
PB00313		SUPERFRONT-PPCL4		17920	PA00900	100%	17920
PB00314		VARIONET-SCD2		17422	PA00900	100%	17422
PB00315		PICONET-231X	PRO	20890	PA00900	100%	20890
PB00316		PICONET-232XAZ	PRO	26709	PA00900	100%	26709
PB00317		SONOFORTE-331X	PRO	24318	PA00900	100%	24318
PB00318		SONOFORTE-332XAZ	PRO	27729	PA00900	100%	27729
PB00320		PICONET-2P2AZ	PRO	27770	PA00900	100%	27770
PB00322		PICOFORTE-C2		15874	PA00900	100%	15874
PB00323		LEXA 232	PRO	26592	PA00903	100%	26592
PB00327		NOVO-FORTE E4	PRO	24627	PA00900	100%	24627
PB00328		PICONET-2P2	PRO	25984	PA00900	100%	25984
PB00329		SONA	PRO	28420	PA00903	100%	28420
PB00400	RESOUND	BT2	PRO	33824	PA00900	100%	33824
PB00406		IC4	PRO	36436	PA00903	100%	36436
PB00501	WIDEX	ES-6		17144	PA00900	100%	17144
PB00502		ES-9		17406	PA00900	100%	17406
PB00505		LOGO-8S	PRO	22506	PA00900	100%	22506
PB00507		LOGO-12	PRO	22849	PA00900	100%	22849
PB00508		LOGO-LXT	PRO	24244	PA00903	100%	24244
PB00509		AUDILENS-L1+		17276	PA00902	100%	17276
PB00511		AUDILENS-L2+		17536	PA00902	100%	17536
PB00513		MICRONET-M2D		19372	PA00903	100%	19372
PB00516		QUATTRO-Q32VC	PRO	21348	PA00900	100%	21348
PB00517		QUATTRO-QXT	PRO	21853	PA00903	100%	21853
PB00519		LOGO-32	PRO	24163	PA00900	100%	24163
PB00521		SENSO-CXT	PRO	40395	PA00903	100%	40395
PB00600	ZIGRAND	IA		17201	PA00903	100%	17201

FICHER B3: PROTHESES AUDITIVES

Valables à partir du 01.09.98

PB00601		IC		17993	PA00903	100%	17993
PB01000	VIENNATONE	130		17177	PA00900	100%	17177
PB01002		134S		17585	PA00900	100%	17585
PB01003		KONTAKT-90AN		20056		100%	20056
PB01004		SILENT-STAR		20137	PA00900	100%	20137
PB01100		KONTAKT-AS91		20177		100%	20177
PB01101		ALA-WR		20300		100%	20300
PB01102		ALPP-II		21112		100%	21112
PB01301	STARKEY	EUROLINE KAMP		16769	PA00900	100%	16769
PB01308		TM-5		18676	PA00900	100%	18676
PB01309		MA-3		19488	PA00900	100%	19488
PB01507	SIEMENS	INSITA-TOP-PP		21924	PA00903	100%	21924
ACCESSOIRES							
		Télécommandes					
PA00921	PHONAK	HANDY-CONTROL-DHC-1		12700		100%	12700

ANNEXE D des statuts

Liste N°4 (Liste prévue à l'article 110 des statuts : médicaments pris en charge par l'assurance maladie à quarante pour cent (40%) du prix de vente officiel)

Par décision du conseil d'administration dans sa séance du 14 octobre 1998, la liste susvisée est complétée comme suit :

dans la rubrique des analgésiques et antipyrétiques en association il est ajouté le code ATC suivant : MO1AE51

Le libelle de la rubrique prend alors la teneur suivante :

+ analgésiques et antipyrétiques en association: ATC

N02BAS1	N02BA59	N02BA75	N02BB51	N02BB54	N02BB73
N02BA55	N02BA65	N02BA77	N02BB52	N02BB71	N02BB74
N02BA57	N02BA71	N02BA79	N02BB53	N02BB72	

N02BE51	N02BE54	N02BE73
N02BE53	N02BE71	N02BE74;

MO1AE51

Amendement de la Convention entre l'Union des Caisses de Maladie, l'Association Nationale des Infirmiers Luxembourgeois, et la Confédération Luxembourgeoise des Prestataires et Ententes dans le domaine de Prévention, d'Aide et de Soins aux Personnes Dépendantes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales.

Vu les articles 61 à 67 et 71 du Code des assurances sociales,

Les parties soussignées, à savoir:

1. L'association nationale des infirmiers luxembourgeois agissant en tant que groupement professionnel représentatif des infirmiers visés à l'article 1er de la présente convention, représentée par sa présidente, Madame Malou WAGNER déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du Code des assurances sociales,

2. La confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans les domaines de prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes, représentée par sa présidente, Madame Dr Carine FEDERSPIEL et son secrétaire, Monsieur Emy GILLEN, déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du Code des assurances sociales,

d'une part,

et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du Code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert Kieffer, demeurant à Luxembourg,

d'autre part,

ont convenu de modifier la convention du 13 décembre 1993 visée à l'intitulé comme suit:

ARTICLE I. L'article 1er prend la teneur suivante:

Art. 1. La présente convention s'applique à tous les infirmiers admis à exercer légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg dans la mesure où ils sont habilités à pratiquer les actes de la nomenclature applicable aux infirmiers

- soit à titre de profession libérale,
- soit au titre de salarié dans une des structures visées ci-dessous,

ce pour autant qu'ils disposent des agréments nécessaires et que les actes professionnels prévus par la nomenclature soient accomplis au Grand-Duché de Luxembourg.

La convention s'applique pareillement

- 1) – aux établissements d'aides et de soins visés à l'article 389 du Code des assurances sociales,
 - aux réseaux d'aides et de soins visés à l'article 390 du Code des assurances sociales, délivrant des soins infirmiers aux personnes protégées par l'assurance maladie-maternité ainsi qu'aux personnes bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance et qui ont conclu à ce titre un contrat d'aides et de soins au sens des articles 392 et 393 du Code des assurances sociales avec l'union des caisses de maladie
- 2) aux personnes morales non visées sous 1) ci-dessus, occupant des salariés délivrant des soins infirmiers aux personnes protégées par l'assurance maladie-maternité, disposant des agréments prévus par la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique et agréées à ce titre par l'union des caisses de maladie.

ARTICLE II. L'article 2 et l'intitulé correspondant prennent la teneur suivante:

Liberté d'installation et déclaration du personnel infirmier

Art. 2. Dans le cadre des dispositions légales et réglementaires réglant l'accès et l'exercice de la profession d'infirmier au Grand-Duché de Luxembourg et sans préjudice des stipulations contenues dans les contrats d'aides et de soins conclus dans le cadre de l'assurance dépendance, l'union des caisses de maladie reconnaît à tout prestataire de soins visé par la présente convention le droit de s'installer librement dans tout le pays.

L'installation d'un prestataire dans une association regroupant plusieurs professionnels exerçant la profession d'infirmier à titre libéral n'est opposable à l'assurance maladie qu'après notification à l'union des caisses de maladie de la composition personnelle de l'association. Cette notification doit comporter déclaration des noms et prénoms des associés, le numéro de leur code de prestataire individuel, le numéro du code de l'association ainsi que la date de prise d'effet de leur entrée dans l'association. Il en est de même en cas de cessation d'une association ou en cas de départ d'un membre de l'association.

Les déclarations se rapportant à la composition de leur personnel infirmier à faire par les entités juridiques visées à l'article premier sous 1) se font d'après les stipulations des contrats d'aides et de soins conclus avec l'union des caisses de maladie en application des articles 389 et 390 du Code des assurances sociales.

Les personnes morales visées à l'article premier sous 2) notifient à l'union des caisses de maladie les nom et prénom, le numéro du code de prestataire individuel ainsi que la date du début et de la cessation de l'activité de chaque prestataire salarié infirmier. Cette notification doit être réalisée avant la première mise en compte de prestations délivrées par le prestataire individuel en cause.

ARTICLE III. L'article 5 prend la teneur suivante:

Art. 5. L'institution de sécurité sociale compétente met à disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 51 du Code des assurances sociales une carte d'assuré personnelle.

La carte d'assuré qui reste la propriété de l'institution de sécurité sociale émettrice contient les nom, prénom ainsi que le numéro matricule de sécurité sociale du titulaire.

Le contenu de la carte est défini par les spécifications techniques portées à une annexe technique à la présente convention. La carte est susceptible d'être adaptée dans la suite pour répondre à des exigences légales, réglementaires, conventionnelles ou statutaires nouvelles.

ARTICLE IV. L'article 7 prend la teneur suivante:

Art. 7. Le fait de se faire délivrer les soins infirmiers dans le cadre d'une des entités visées à l'article 1er sous 1) et 2) ou dans une association visée à l'article 2, alinéa 2 comporte acceptation par la personne protégée du personnel infirmier commis pour délivrer les soins.

Le fait par un prestataire de soins exerçant en profession libérale de se faire remplacer temporairement n'est pas considéré comme une atteinte au libre choix du prestataire par la personne protégée.

ARTICLE V. L'article 10 prend la teneur suivante:

Art. 10. Dans leurs relations avec les personnes protégées et avec l'assurance maladie, les prestataires font exclusivement usage des moyens de communication et des formules standardisées tels qu'ils sont décrits et suivant les modalités administratives arrêtées dans un cahier des charges qui fait partie intégrante de la présente convention.

Ce cahier des charges précise, le cas échéant, également les modalités et normes techniques concernant l'échange des communications par des moyens électroniques et/ou informatiques et est établi sur proposition d'une commission paritaire permanente composée de respectivement deux délégués désignés par chacune des parties signataires de la présente convention.

ARTICLE VI. L'article 11 prend la teneur suivante:

Art. 11. Les mémoires d'honoraires établis sur les formules standardisées prévues à l'article 10 doivent reproduire toutes les indications utiles correspondant aux actes délivrés personnellement par le prestataire et facturés sur la formule d'honoraires.

Les actes doivent être inscrits sur la formule d'après le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature des actes.

Le mémoire doit préciser la date de chaque prestation ainsi que le nom et le code personnel.

Toutefois pour les prestataires visés à l'article 1er sous 1) et 2), l'obligation d'indiquer le nom et le code individuel du prestataire ayant délivré l'acte ne s'applique qu'à partir du premier janvier de l'an 2000.

Les prestataires doivent inscrire sur la formule le montant intégral des honoraires facturés. En cas de paiement immédiat par la personne protégée ils en donnent acquit daté sur la facture par leur signature personnelle ou celle d'un délégué autorisé.

La quittance ne peut être délivrée qu'au moment du paiement. Tout encaissement des honoraires préalable à la dispensation des prestations est interdit.

Les mémoires d'honoraires remplis de manière incomplète ou en contravention aux règles de la présente convention ne sont opposables ni à la personne protégée, ni à l'assurance maladie.

Les mémoires d'honoraires établis et acquittés même par délégation engagent la responsabilité personnelle du prestataire quant à la conformité des inscriptions.

ARTICLE VII. L'article 25 prend la teneur suivante:

Art. 25. D'une manière générale, les honoraires pour les soins délivrés sur ordonnance médicale sont payés au prestataire par la personne protégée sur présentation d'un mémoire d'honoraires. L'ordonnance originale est retournée dans ce cas à la personne protégée avec le mémoire d'honoraires.

Toutefois, les prestations sont prises en charge directement par l'assurance maladie par le système du tiers payant dans les cas suivants:

- 1) Les actes professionnels délivrés aux personnes protégées dans le cadre de la compétence de l'association d'assurance contre les accidents;
- 2) Les actes professionnels à charge de l'assurance maladie-maternité délivrés aux personnes bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance;
- 3) Les honoraires pour séries de prestations pour soins à domicile, lorsque le traitement ordonné par le médecin dépasse par ordonnance le montant de 4.000.- francs;
- 4) Les indemnités de déplacement et frais de voyage connexes aux prestations visées aux points 1) à 3) ci-dessus.

La part statutaire restant éventuellement à charge de la personne protégée est perçue directement par le prestataire.

ARTICLE VIII. L'article 26 prend la teneur suivante:

Art. 26. Aux fins d'obtenir le paiement de la part des honoraires et des frais de déplacement opposables à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant, le prestataire remet à l'union des caisses de maladie les mémoires d'honoraires dûment établis conformément à l'article 11, accompagnés de l'original de l'ordonnance médicale et munis, le cas échéant, des accords préalables exigés par les statuts.

Les mémoires d'honoraires sont remis à l'union des caisses de maladie en bloc une fois par mois.

Lorsque le traitement s'étend sur une période dépassant le terme prévisé, l'envoi du premier mémoire d'honoraires s'y rapportant est accompagné de l'ordonnance originale, une copie de l'ordonnance étant jointe à chaque mémoire subséquent.

Chaque envoi qui comprend plus de cinq mémoires est accompagné d'un relevé contenant les noms, prénom et matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires dus.

L'union des caisses de maladie procède au paiement des honoraires et frais de déplacement et de voyage non contestés au plus tard le dernier jour du mois subséquent. Le paiement est effectué par virement à un compte bancaire ou chèque postal indiqué par le prestataire.

Avec le paiement, l'union des caisses de maladie fait tenir au prestataire un relevé des prestations payées, contenant les nom, prénom et matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires et frais de déplacement payés.

Les prestataires sont dispensés de l'envoi des mémoires d'honoraires lorsqu'ils transmettent les données y relatives sur un support informatique établi dans les conditions du cahier des charges prévu à l'article 10.

Pour la détermination des délais prévus par la procédure du tiers payant le cachet de la poste apposé sur les envois fait foi.

ARTICLE IX. L'article 27 prend la teneur suivante:

Art. 27. Les mémoires d'honoraires contestés par l'union des caisses de maladie sont retournés au prestataire par envoi à la poste avec indication écrite du motif de la contestation, ce au plus tard avant la fin du mois suivant celui au cours duquel elle a reçu les mémoires d'honoraires. Le motif de la contestation peut être exprimé par des codes ou signes fixés au cahier des charges.

Ce renvoi peut être effectué sur un support informatique dans les formes déterminées par le cahier des charges prévu à l'article 10.

Les mémoires d'honoraires retournés après contestation doivent être reproduits au plus tard avant l'expiration du délai de prescription prévu à l'article 84 du Code des assurances sociales.

Les mémoires contestés trois fois de suite sont définitivement écartés de la procédure de prise en charge par le système du tiers payant.

Les prestataires s'abstiennent à présenter aux personnes protégées des mémoires d'honoraires tant que la procédure de prise en charge par le système du tiers payant est pendante et que les mémoires dont il s'agit ne sont pas définitivement écartés de la prise en charge conformément à l'alinéa qui précède.

ARTICLE X. L'article 32 prend la teneur suivante:

Art. 32. Sauf les conditions prévues ci-après, les prestataires exerçant à titre libéral prévus à l'article 1^{er} sont agréés lorsqu'ils répondent aux conditions prévues par la législation en vigueur pour l'admission à l'exercice de la profession d'infirmier(ère) au Luxembourg. L'agrément se fait par l'attribution d'un code prestataire.

Les prestataires qui exercent la profession d'infirmier à titre de profession libérale et qui exercent en même temps une profession salariée à quelque titre que ce soit auprès d'un employeur lié à l'union des caisses de maladie par une des conventions visées aux articles 61, 75 ou par un contrat visé aux articles 389 et 390 du Code des assurances sociales doivent déposer à la demande de l'union des caisses de maladie une déclaration de leur employeur que l'exercice de la pratique libérale de la profession du prestataire ne contrevient pas à leur contrat d'emploi.

En vue de l'obtention de l'agrément, les entités visées à l'article 1^{er} sous 1) et 2) déposent auprès de l'union des caisses de maladie:

- un exemplaire de leur acte constitutif valable au moment du dépôt,
- une liste des professionnels de santé visés par la présente convention qu'ils emploient, montrant le détail des éléments énumérés à l'article 2.

Les changements d'un des éléments visés ci-dessus sont communiqués régulièrement à l'union des caisses de maladie.

ARTICLE XI. L'article 33 prend la teneur suivante:

Art. 33. Il est attribué un code de prestataire distinct qui doit figurer sur tous les documents conformément aux dispositions du cahier des charges visé à l'article 10:

- à chaque infirmier individuel,
- à chaque association d'infirmiers visée à l'alinéa 2 de l'article 2 travaillant dans l'exercice libéral de la profession,
- à chaque entité visée à l'article 1^{er} sous 1) et 2.

ARTICLE XII. La présente convention s'applique à partir du 1^{er} du mois suivant sa publication au Mémorial.

En foi de ce qui précède, les soussignés dûment autorisés par leurs mandants, ont signé la présente convention.

Fait à Luxembourg, le 16 décembre 1998 en trois exemplaires.

Pour l'association
nationale des infirmiers
luxembourgeois

La présidente
(s.) *Malou Wagner*

Pour la confédération luxembourgeoise des
prestataires et ententes dans les domaines de
prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes

La présidente
(s.) *Dr Carine Federspiel*

Le secrétaire
(s.) *Erny Gillen*

Pour l'union des
caisses de maladie,

Le Président
(s.) *Robert Kieffer*

**Amendement de la Convention du 13 décembre 1993
conclue entre l'Union des Caisses de Maladie
et l'Association Luxembourgeoise des Kinésithérapeutes Diplômés,
conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales.**

Vu les articles 61 à 67 et 71 du Code des assurances sociales,

Vu la convention du 13 décembre 1993 conclue entre parties,

Les soussignées, à savoir:

L'association luxembourgeoise des kinésithérapeutes agissant comme groupement professionnel représentatif des masseurs et masseurs-kinésithérapeutes établis au Luxembourg, représentée par son président, Madame Liz GONDOIN, demeurant à Luxembourg, déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du Code des assurances sociales d'une part,

et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du Code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER, demeurant à Luxembourg,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit:

ARTICLE I. L'article 1 prend la teneur suivante :

Art. 1. La présente convention s'applique aux professionnels de santé visés ci-après, autorisés à exercer légalement leur profession:

- 1) aux masseurs et masseurs-kinésithérapeutes, exerçant leur profession à titre libéral;
- 2) aux masseurs-kinésithérapeutes salariés d'un masseur-kinésithérapeute visé sous 1) ci-dessus;
- 3) aux masseurs salariés d'un masseur visé sous 1) ci-dessus,
- 4) aux masseurs et masseurs-kinésithérapeutes salariés
 - dans les établissements d'aides et de soins visés à l'article 389 du Code des assurances sociales,
 - dans les réseaux d'aides et de soins visés à l'article 390 du Code des assurances sociales,
- 5) aux masseurs et masseurs-kinésithérapeutes salariés de personnes morales non visées sous 4) ci-dessus, délivrant des prestations de santé aux personnes protégées par l'assurance maladie-maternité et agréées à ce titre par l'union des caisses de maladie.

ce pour autant que les actes professionnels soient accomplis au Grand-Duché de Luxembourg et que ces soins dispensés soient pris en charge par l'assurance maladie ou par l'assurance contre les accidents en vertu du Code des assurances sociales ou en vertu des instruments bi- ou multilatéraux de sécurité sociale auxquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié.

La présente convention ne s'applique pas aux professionnels de santé délivrant à quelque titre que ce soit des actes et services de masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure à visée commerciale.

ARTICLE II. L'article 2 et l'intitulé correspondant prennent la teneur suivante :

Liberté d'installation et déclarations

Art. 2. Dans le cadre des dispositions légales et réglementaires réglant l'accès et l'exercice de la profession de masseur et de masseur-kinésithérapeute au Grand-Duché de Luxembourg, et sans préjudice des stipulations contenues dans les contrats d'aides et de soins conclus dans le cadre de l'assurance dépendance, l'union des caisses de maladie reconnaît à tout prestataire de soins visé par la présente convention le droit de s'installer librement dans tout le pays.

Tout masseur-kinésithérapeute ou masseur doit déclarer à l'union des caisses de maladie l'adresse de son cabinet ainsi que les noms, prénoms et code personnel des prestataires autorisés à y délivrer des soins de santé.

L'installation du prestataire dans une association regroupant plusieurs professionnels exerçant la profession de masseur-kinésithérapeute ou de masseur à titre libéral est régie par les règles déontologiques qui sont imposées aux prestataires par les lois et règlements régissant leur profession, à l'exception des dispositions relatives à la prise en charge des actes par l'assurance maladie qui sont régies par l'article 12 de la présente convention.

La disposition qui précède s'applique également aux salariés visés à l'article 1^{er} sous 2) à 5).

ARTICLE III. L'article 9 prend la teneur suivante :

Art. 9. Sauf disposition légale, réglementaire ou conventionnelle expresse contraire, les prestations ou fournitures délivrées par les prestataires visés par la présente convention ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles sont délivrées sur ordonnance médicale préalable et si l'ordonnance a été validée par l'union des caisses de maladie par l'émission du titre de prise en charge visé à l'article 10. Cette validation doit être demandée dans le délai de trente jours de l'émission de l'ordonnance et doit être intervenue au plus tard avant la fin du traitement y prescrit.

Les soins, prestations et fournitures de santé à charge de l'assurance maladie doivent correspondre rigoureusement aux prescriptions et ordonnances médicales.

Toutefois en cas d'incompatibilité manifeste des prescriptions avec l'état de santé de la personne protégée constatée par le prestataire au moment de la délivrance des soins, celui-ci, de l'accord de la personne protégée, demande au médecin-prescripteur ou à celui qui le remplace un amendement de l'ordonnance.

L'ordonnance amendée doit être soumise pour validation conformément à l'alinéa premier.

ARTICLE IV. L'article 10 et l'intitulé correspondant prennent la teneur suivante :

Accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale et émission d'un titre de prise en charge

Art. 10. Avant la délivrance des soins le prestataire lié par la présente convention vérifie que les formalités administratives nécessaires à la prise en charge du traitement sont remplies et que le titre de prise en charge prévu aux statuts de l'union des caisses de maladie a été demandé. Le cas échéant il renseigne la personne protégée sur la nécessité d'accomplir ces formalités. En cas de litige la charge de la preuve que cette information a été donnée incombe au prestataire.

Les prestations dont la prise en charge par l'assurance maladie est soumise par la loi, les règlements ou les statuts à une autorisation préalable du contrôle médical ou à l'émission d'un titre de prise en charge visé à l'alinéa précédent ne sont opposables à l'assurance maladie que si ces conditions ont été accomplies.

ARTICLE V. L'article 12 prend la teneur suivante :

Art. 12. Les mémoires d'honoraires établis sur les formules standardisées prévues à l'article 11 doivent reproduire toutes les indications utiles correspondant aux actes délivrés personnellement par le prestataire et facturés sur la formule d'honoraires.

Les actes doivent être inscrits sur la formule d'après le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature des actes.

Le mémoire doit préciser

- L'adresse du cabinet où les soins ont été délivrés
- la date de chaque prestation
- le code identifiant le prestataire qui a dispensé l'acte.

Les prestataires doivent inscrire sur la formule le montant intégral des honoraires facturés. En cas de paiement immédiat par la personne protégée ils en donnent acquit daté sur le mémoire d'honoraires par leur signature personnelle ou celle d'un délégué autorisé.

La quittance ne peut être délivrée qu'au moment du paiement. Tout encaissement des honoraires préalable à la dispensation des prestations est interdit.

Les mémoires d'honoraires remplis de manière incomplète ou en contravention aux règles de la présente convention ne sont opposables ni à la personne protégée, ni à l'assurance maladie.

Les mémoires d'honoraires établis et acquittés même par délégation engagent la responsabilité personnelle du prestataire quant à la conformité des inscriptions.

ARTICLE VI. L'article 14 prend la teneur suivante :

Art. 14. Les frais de déplacement pour les prestations effectués au domicile de la personne protégée ne sont à charge de l'assurance maladie que dans les conditions prévues dans la nomenclature des actes professionnels.

ARTICLE VII. L'article 16 prend la teneur suivante :

Art. 16. Les prestataires doivent exiger l'original de l'ordonnance médicale munie du titre de prise en charge statutaire avant le début des prestations et ont le droit de la conserver durant toute la durée du traitement y prescrit.

A la première demande et contre paiement des prestations effectivement délivrées, le prestataire est tenu de remettre à la personne protégée l'original de l'ordonnance médicale munie du titre de prise en charge statutaire.

Tant qu'il en est le détenteur, le prestataire a la responsabilité de la garde de l'ordonnance.

ARTICLE VIII. L'article 17 prend la teneur suivante :

Art. 17. Le prestataire doit invalider les ordonnances munies du titre de prise en charge statutaire après la délivrance des soins par l'apposition d'un timbre qui porte la mention "PRESTATIONS DELIVREES" ainsi que la date de son apposition.

Lorsque la délivrance de soins ne porte pas sur l'intégralité des soins prescrits, le prestataire indique le nombre d'actes effectivement accomplis sur l'ordonnance munie du titre de prise en charge.

ARTICLE IX. L'article 18 prend la teneur suivante :

Art. 18. Les ordonnances médicales indiquent le délai dans lequel le traitement doit être commencé.

La durée de validité des ordonnances médicales et l'opposabilité à l'assurance maladie des prestations y prévues sont régies par les statuts de l'union des caisses de maladie.

Le prestataire peut toutefois procéder à la dispensation des soins dans les conditions prévues à l'article 21.

Sauf disposition conventionnelle expresse contraire les ordonnances médicales ne sont valables qu'une fois.

ARTICLE X. L'article 19 prend la teneur suivante :

Art. 19. Si pour quelque motif que ce soit un prestataire sollicité par une personne protégée n'est pas en mesure de commencer la dispensation des soins dans le délai statutaire visé à l'article précédent, il en informe le malade.

L'intervalle entre les différentes séances doit correspondre au mieux à l'état de santé du malade et à l'objectif thérapeutique.

ARTICLE XI. L'article 25 prend la teneur suivante :

Art. 25. D'une manière générale, les honoraires pour les soins délivrés sur ordonnance médicale sont payés au prestataire par la personne protégée sur présentation d'un mémoire d'honoraires. L'ordonnance originale, munie du titre de prise en charge statutaire est retournée à la personne protégée avec le mémoire d'honoraires.

Toutefois, les prestations sont prises en charge directement par l'union des caisses de maladie par le système du tiers payant dans les cas suivants:

- 1) A la demande de l'assuré ;
- 2) Les actes professionnels délivrés aux personnes protégées dans le cadre de la compétence de l'association d'assurance contre les accidents;
- 3) Les prestations délivrées dans le cadre d'un traitement stationnaire dans un hôpital ;
- 4) Les indemnités de déplacement ainsi que les frais de voyage par kilomètre, connexes aux prestations visées ci-dessus.

La part restant éventuellement à charge de la personne protégée est perçue directement par le prestataire.

ARTICLE XII. L'article 26 prend la teneur suivante :

Art. 26. Aux fins d'obtenir le paiement de la part des honoraires opposables à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant, le prestataire remet à l'union des caisses de maladie les mémoires d'honoraires dûment établis conformément à l'article 12, accompagnés de l'original de l'ordonnance médicale et munis du titre de prise en charge statutaire.

Les mémoires d'honoraires sont remis à l'union des caisses de maladie en bloc une fois par mois.

Lorsque le traitement s'étend sur une période dépassant le terme prévisé, l'envoi du premier mémoire d'honoraires s'y rapportant est accompagné de l'ordonnance originale munie du titre de prise en charge statutaire, une copie de l'ordonnance et du titre de prise en charge étant jointe à chaque mémoire subséquent.

Chaque envoi qui comprend plus de cinq mémoires est accompagné d'un relevé contenant les noms, prénom et matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires dus.

L'union des caisses de maladie procède au paiement des honoraires non contestés au plus tard le dernier jour du mois subséquent. Le paiement est effectué par virement à un compte bancaire ou chèque postal indiqué par le prestataire.

Avec le paiement, l'union des caisses de maladie fait tenir au prestataire un relevé des prestations payées, contenant les noms, prénom et matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires payés.

Les prestataires sont dispensés de l'envoi des mémoires d'honoraires lorsqu'ils transmettent les données y relatives sur un support informatique établi dans les conditions du cahier des charges prévu à l'article 11.

Pour la détermination des délais prévus par la procédure du tiers payant le cachet de la poste fait foi

L'union des caisses de maladie s'emploie auprès des instances compétentes aux fins d'obtenir que les décisions du contrôle médical parviennent aux médecins dans un délai de dix jours au plus.

ARTICLE XIII. L'article 47 est abrogé:

ARTICLE XIV. Les présentes dispositions entrent en vigueur le premier du mois qui suit leur publication au Mémorial.

En foi de ce qui précède, les soussignés dûment autorisés par leurs mandants, ont signé la présente convention.

Fait à Luxembourg, le 16 décembre 1998 en deux exemplaires.

Pour l'association luxembourgeoise
des kinésithérapeutes diplômés,

La présidente,
(s.) L. Gondoin

Pour l'union des caisses de maladie,

Le président,
(s) R. Kieffer

PROTOCOLE D'ACCORD

signé en exécution de l'article 31 de la convention du 13 décembre 1993, conclue entre l'union des caisses de maladie, l'association nationale des infirmiers luxembourgeois et la confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans le domaine d'aide et de soins aux personnes dépendantes, portant fixation de la valeur de la lettre-clé pour l'exercice 1999.

Vu les articles 61 à 67 et 71 du Code des assurances sociales,

vu les articles 30 et 31 de la convention du 13 décembre 1993,

les parties soussignées, à savoir:

1. L'association nationale des infirmiers luxembourgeois, agissant comme groupement professionnel représentatif des infirmiers établis au Luxembourg, représentée par sa présidente, Madame Malou WAGNER et déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du code des assurances sociales,
2. La confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans le domaine d'aide et de soins aux personnes dépendantes, représentée par sa présidente, Madame le Dr Carine Federspiel et son secrétaire Monsieur Erny Gillen, déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du Code des assurances sociales,

d'une part,

et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du Code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit:

Art. 1. L'adaptation annuelle de la valeur de la lettre-clé négociée pour l'exercice 1999 conformément à l'article 67 du code des assurances sociales s'élève à 3,21 %.

Art. 2. La valeur de la lettre-clé prévue aux articles 64 à 68 du Code des assurances sociales est fixée à 69,83 avec effet au 1^{er} janvier 1999.

Art. 3. Le tarif des actes et services professionnels obtenu par application de l'article 66 du code des assurances sociales est porté à l'annexe I du présent protocole d'accord.

Art. 4. Le présent protocole d'accord ainsi que son annexe font partie intégrante de la convention signée entre parties en date du 13 décembre 1993.

En foi de ce qui précède, les soussignés dûment autorisés par leurs mandants, ont signé le présent protocole d'accord.

Fait à Luxembourg, le 16 décembre 1998 en deux exemplaires.

Pour l'association nationale
des infirmiers
luxembourgeois

La présidente
(s.) Malou Wagner

Pour la confédération luxembourgeoise
des prestataires et ententes dans le
domaine d'aide et de soins aux
personnes dépendantes

La présidente
(s.) Dr. Carine Federspiel

Le secrétaire
(s.) Erny Gillen

Pour l'union des caisses
de maladie

Le président
(s.) Robert Kieffer

ANNEXE A LA NOMENCLATURE DES INFIRMIERS

PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES

valable à partir du 1.1.1999
Lettre-clé : 69,83

Section 1 - Prélèvements et analyses

	Code	Coeff.	Tarif
1) Prélèvement pour analyse microbiologique	N01	1,00	70
2) Prélèvement de sang et détermination de la glycémie par glucomètre (non cumulable à N16)	N02	1,80	126
3) Examen qualitatif des urines par bandelette avec enregistrement des résultats	N03	1,00	70
4) Bilan hydrique des entrées et sorties dans l'établissement d'aides et de soins	N04	1,00	70
5) Recherche de sang occulte sur les selles	N05	1,00	70

Section 2 - Injections, perfusions, prises de sang

1) Injection et/ou perfusion par dispositif implanté	N10	2,50	175
2) Injection intraveineuse par ponction ou sur cathéter en place (non cumulable à N13)	N11	3,05	213
3) Injection sous-cutanée, intradermique ou intramusculaire	N12	1,80	126
4) Perfusion intraveineuse, mise en place par ponction ou par cathéter en place, ou perfusion sous-cutanée	N13	5,00	349
5) Perfusion intraveineuse, enlèvement	N14	0,50	35
6) Prise de sang veineux pour analyse	N15	1,80	126
7) Prise de sang capillaire pour analyse	N16	1,00	70
8) Changement d'une perfusion ou surveillance d'une perfusion de longue durée, en dehors de l'établissement d'aides et de soins, acte isolé	N17	1,00	70

Section 3 - Pansements

1) Ablation de fils de suture ou d'agrafes, nettoyage et pansement compris	N20	3,00	209
2) Pansement d'un doigt, d'un orteil, d'une main, d'un pied, d'une grande articulation, d'un segment de membre, de la tête, du cou, pansement localisé du tronc, pansement alcoolisé ou analogue en cas de syndrome inflammatoire	N21	3,20	223
3) Pansement d'un doigt, d'un orteil, d'une main, d'un pied, avec bain médicamenteux préalable	N22	3,65	255
4) Pansement avec sonde ou canule, ou avec stomie	N23	3,65	255
5) Pansement de plusieurs segments de membre, pansements multiples, grand pansement du tronc, pansement avec drain	N24	5,50	384
6) Pansement avec soins pour gangrène ou escarre étendue (plus de 20cm ²) ou profonde	N25	5,50	384
7) Bandage compressif pour stase veineuse ou lymphatique pour affection aiguë d'un membre	N26	2,00	140
8) Bandage spécial du moignon et mise en place d'une prothèse nouvelle ou nouvellement adaptée	N27	2,00	140
9) Irrigation goutte à goutte d'une plaie, durée minima 60 minutes, mise en place	N28	4,00	279

10)	Bain entier médicamenteux pour affection cutanée étendue	N29	6,00	419
	REMARQUE: Les positions N21, N22, N24 et N25 ne sont pas cumulables entre elles.			
	Section 4 - Actes concernant l'appareil urinaire			
1)	Cathétérisme vésical	N31	3,65	255
2)	Cathétérisme vésical avec lavage de la vessie ou instillation vésicale	N32	4,60	321
3)	Mise en place ou changement d'une sonde vésicale à demeure avec ou sans lavage de la vessie	N33	4,60	321
4)	Lavage de la vessie sur sonde à demeure en place et/ou enlèvement de la sonde à demeure	N34	2,00	140
5)	Mise en place d'un étui pénien auto-adhésif pour incontinence, maximum 8 séances par période de 2 ans	N35	2,00	140
	REMARQUE: Les positions N31 à N35 ne sont pas cumulables entre elles.			
	Section 5 - Actes concernant l'appareil digestif			
1)	Mise en place ou changement d'une sonde gastrique	N41	2,75	192
2)	Lavement évacuateur pour préparation à un examen du côlon ou du rectum, lavement médicamenteux non laxatif	N51	3,20	223
3)	Lavement évacuateur pour constipation neurogène ou mégacolon	N52	3,00	209
4)	Evacuation manuelle pour fécalome	N53	2,00	140
	REMARQUE: Les positions N51 à N53 ne sont pas cumulables entre elles.			
	Section 6 - Lavage vaginal			
1)	Lavage vaginal avec solution médicamenteuse en cas de pathologie infectieuse ou post-radique	N61	2,25	157
	Section 7 - Actes concernant les voies respiratoires			
1)	Traitement par ultrasons, par séance (location d'appareil comprise)	N71	3,65	255
2)	Aspiration pour encombrement trachéo-bronchique	N72	2,00	140
3)	Expectoration dirigée	N73	2,00	140
	Section 8 - Actes infirmiers dans le cadre de l'assurance dépendance dans les établissements d'aides et de soins			
1)	Forfait journalier d'actes infirmiers prestés dans les maisons de soins	N81	4,00	279
2)	Forfait journalier d'actes infirmiers prestés dans les autres établissements d'aides et de soins	N82	2,00	140
DEUXIEME PARTIE: FRAIS DE DEPLACEMENT				
1)	Indemnité de déplacement (sauf villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange), ACM	ND1	1,70	119
2)	Indemnité de déplacement dans les villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange, ACM	ND2	2,50	175
3)	Indemnité de déplacement pour urgence entre 20 et 22 h, le samedi après 12 h, le dimanche ou un jour férié légal (sauf villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange), ACM	ND4	2,10	147
4)	Indemnité de déplacement pour urgence entre 20 et 22 h, le samedi après 12h, le dimanche ou un jour férié légal dans les villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange, ACM	ND5	3,10	216
5)	Indemnité de déplacement pour urgence entre 22 et 7 h (sauf villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange), ACM	ND6	2,55	178
6)	Indemnité de déplacement pour urgence entre 22 et 7 h, dans les villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange, ACM	ND7	3,75	262
7)	Frais de voyage par kilomètre parcouru d'après la carte des distances	ND9	0,50	35

REMARQUE:

L'autorisation du Contrôle médical de la Sécurité Sociale pour les positions de la deuxième partie de l'annexe n'est pas requise pour les personnes bénéficiant des prestations de l'assurance dépendance

PROTOCOLE D'ACCORD

signé en exécution de l'article 32 de la convention du 13 décembre 1993, conclue entre l'association luxembourgeoise des kinésithérapeutes et l'union des caisses de maladie, portant fixation de la valeur de la lettre-clé pour l'exercice 1999.

Vu les articles 61 à 67 et 71 du Code des assurances sociales,
vu les articles 31 et 32 de la convention du 13 décembre 1993,

les parties soussignées, à savoir:

- L'association luxembourgeoise des kinésithérapeutes, agissant comme groupement professionnel représentatif des masseurs et masseurs-kinésithérapeutes établis au Luxembourg, représentée par sa présidente, Madame Liz GONDOIN et déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du code des assurances sociales d'une part,
- et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit:

Art. 1. L'adaptation annuelle de la valeur de la lettre-clé négociée pour l'exercice 1999 conformément à l'article 67 du code des assurances sociales s'élève à 1,6%.

Art. 2. La valeur de la lettre-clé prévue aux articles 64 à 68 du Code des assurances sociales est fixée à 110,29 avec effet au 1^{er} janvier 1999.

Art. 3. Le tarif des actes et services professionnels obtenu par application de l'article 66 du Code des assurances sociales est porté à l'annexe I du présent protocole d'accord.

Art. 4. Le présent protocole d'accord ainsi que son annexe font partie intégrante de la convention signée entre parties en date du 13 décembre 1993.

En foi de ce qui précède, les soussignés dûment autorisés par leurs mandants, ont signé le présent protocole d'accord.

Fait à Luxembourg, le 16 décembre 1998 en deux exemplaires.

Pour l'association luxembourgeoise
des kinésithérapeutes diplômés

La présidente
(s.) L. GONDOIN

Pour l'union des caisses de maladie

Le président
(s.) R. KIEFFER

ANNEXE SUIVANT PROTOCOLE D'ACCORD DU 16 DECEMBRE 1998 ENTRE L'ASSOCIATION LUXEMBOURGEOISE DES KINESITHERAPEUTES ET L'UNION DES CAISSES DE MALADIE

PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES

valable à partir du 1.1.1999

Lettre-clé : 110,29

Code Coeff. Tarif

Chapitre 1 - Massage

- | | | | |
|--|-----|------|-----|
| 1) Massage manuel | ZM1 | 5,00 | 551 |
| 2) Massage sous l'eau et sous pression | ZM2 | 6,50 | 717 |

REMARQUE:

Les positions de ce chapitre ne sont pas cumulables entre elles.

Chapitre 2 - Electrothérapie et thermothérapie

- | | | | |
|--|-----|------|-----|
| 1) Fango | ZM3 | 3,00 | 331 |
| 2) Electrothérapie (toutes les formes par électrodes fixes à la peau) | ZM4 | 3,00 | 331 |
| 3) Courants excito-moteurs par électrode mobile ou courant progressif | ZM5 | 4,00 | 441 |
| 4) Ultrasonothérapie | ZM6 | 4,00 | 441 |

REMARQUE:

Les positions de ce chapitre ne sont pas cumulables entre elles.

Chapitre 3 - Drainage lymphatique, tout acte compris

- | | | | | |
|----|--|------|------|-----|
| 1) | Drainage lymphatique manuel avec éventuel traitement par appareils, pour lymphoedème congénital, algodystrophie ou après chirurgie carcinologique - APCM | ZM11 | 8,50 | 937 |
|----|--|------|------|-----|

Chapitre 4 - Rééducation fonctionnelle de l'appareil locomoteur (comprenant les différents actes de gymnastique, massage, pouliothérapie, traction et thérapie manuelle)

- | | | | | |
|----|---|------|-------|-------|
| 1) | Réentraînement à la marche pour affection générale, p.ex. alitement prolongé; acte isolé | ZK21 | 5,00 | 551 |
| 2) | Rééducation fonctionnelle pour affection d'un membre (épaule ou hanche comprise) | ZK22 | 7,00 | 772 |
| 3) | Rééducation d'une affection de la colonne vertébrale (y compris les muscles paravertébraux et/ou abdomino-pelviens) et/ou de déformations de la cage thoracique | ZK23 | 7,00 | 772 |
| 4) | Rééducation pour atteintes multiples de deux membres resp. d'un membre et du tronc | ZK24 | 8,50 | 937 |
| 5) | Rééducation en piscine (à condition que le kinésithérapeute se déplace dans l'eau) ou en baignoire spéciale de rééducation | ZK25 | 12,00 | 1.323 |
| 6) | Traction (élongation) vertébrale, acte isolé | ZK26 | 4,00 | 441 |
| 7) | Rééducation vertébrale pour déviation axiale grave avant l'âge de 18 ans, acte isolé | ZK27 | 7,00 | 772 |
| 8) | Rééducation vertébrale et traction pour déviation axiale grave, avant l'âge de 18 ans, acte isolé | ZK28 | 11,00 | 1.213 |

REMARQUE:

Les positions de ce chapitre ne sont pas cumulables entre elles. Les positions ZK22 à ZK25 peuvent être cumulées avec l'une des positions ZM3, ZM4 ou ZM6.

Chapitre 5 - Rééducation pour affection du neurone moteur périphérique; rééducation pour myopathie, tout acte compris

- | | | | | |
|----|--|------|-------|-------|
| 1) | Rééducation pour affection du neurone moteur périphérique, un nerf | ZK41 | 8,50 | 937 |
| 2) | Rééducation pour affection du neurone moteur périphérique, atteinte multiple | ZK42 | 9,50 | 1.048 |
| 3) | Rééducation pour dystrophie musculaire localisée | ZK43 | 9,50 | 1.048 |
| 4) | Rééducation pour dystrophie musculaire généralisée | ZK44 | 12,00 | 1.323 |

Chapitre 6 - Rééducation pour affection du système nerveux central, tout acte compris

- | | | | | |
|----|--|------|-------|-------|
| 1) | Rééducation pour infirmité motrice cérébrale chez l'enfant de moins de 9 ans | ZK51 | 12,00 | 1.323 |
| 2) | Rééducation pour infirmité motrice cérébrale chez l'enfant de 9 à 18 ans | ZK52 | 11,00 | 1.213 |
| 3) | Rééducation pour infirmité motrice cérébrale chez l'adulte avec démarche possible | ZK53 | 9,00 | 993 |
| 4) | Rééducation pour infirmité motrice cérébrale chez l'adulte avec démarche impossible sans aide | ZK54 | 11,00 | 1.213 |
| 5) | Rééducation fonctionnelle pour hémiplégie | ZK55 | 10,00 | 1.103 |
| 6) | Rééducation pour affection neurologique de longue durée (SEP, AVC sauf hémiplégie) | ZK56 | 9,00 | 993 |
| 7) | Rééducation pour syndrome parkinsonien | ZK57 | 7,00 | 772 |
| 8) | Rééducation des troubles de l'équilibre d'origine centrale ou vestibulaire; sur demande le médecin prescripteur devra fournir un rapport détaillé au contrôle médical de la sécurité sociale | ZK58 | 7,00 | 772 |
| 9) | Rééducation pour syndrome paraplégique ou tétraplégique | ZK59 | 10,00 | 1.103 |

Chapitre 7- Kinésithérapie respiratoire, tout acte compris

- | | | | | |
|----|--|------|------|-----|
| 1) | Expectoration assistée (clapping), éventuellement avec aspiration ou inhalation | ZK61 | 5,00 | 551 |
| 2) | Clapping d'un enfant de moins de deux ans | ZK62 | 7,00 | 772 |
| 3) | Rééducation fonctionnelle respiratoire, éventuellement avec inhalation | ZK63 | 7,00 | 772 |
| 4) | Rééducation fonctionnelle respiratoire avec expectoration assistée, éventuellement avec aspiration ou inhalation | ZK64 | 8,50 | 937 |

Chapitre 8 - Rééducation après affection cardio-vasculaire aiguë, tout acte compris

- | | | | | |
|----|--|------|------|-----|
| 1) | Entraînement à l'effort et rééducation respiratoire éventuelle après affection cardio-vasculaire aiguë, sous surveillance médicale | ZK71 | 7,00 | 772 |
|----|--|------|------|-----|

- | | | | |
|---|------|------|-----|
| 2) Entraînement à l'effort après affection cardio-vasculaire aiguë, traitement en groupe de maximum cinq personnes; sous surveillance médicale; par participant | ZK72 | 2,00 | 221 |
|---|------|------|-----|

Chapitre 9 - Rééducation du plancher pelvien, tout acte compris

- | | | | |
|---|------|------|-----|
| 1) Rééducation pour insuffisance sphinctérienne de la femme par rétrocontrôle avec éventuellement électrostimulation ; au-delà de vingt séances un bilan uro-dynamique est requis | ZK81 | 8,50 | 937 |
| 2) Rééducation périnéale post-natale (au plus tôt six semaines après l'accouchement) limitée à une séance par jour, maximum dix séances | ZK82 | 4,50 | 496 |
| 3) Rééducation pour insuffisance sphinctérienne par rétrocontrôle et électrostimulation après prostatectomie radicale ; au-delà de 20 séances une réévaluation urologique est requise | ZK83 | 8,50 | 937 |

DEUXIEME PARTIE : FRAIS DE DEPLACEMENT

- | | | | |
|--|-----|------|-----|
| 1) Indemnité de déplacement (sauf villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange) | ZD1 | 1,10 | 121 |
| 2) Indemnité de déplacement dans les villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange, | ZD2 | 1,62 | 179 |
| 3) Frais de voyage par kilomètre parcouru d'après la carte officielle des distances | ZD9 | 0,32 | 35 |

PROTOCOLE D'ACCORD

signé en exécution de l'article 32 de la convention du 13 décembre 1993, conclue entre l'association luxembourgeoise des psychomotriciens diplômés et l'union des caisses de maladie, portant fixation de la valeur de la lettre-clé pour l'exercice 1999.

Vu les articles 61 à 67 et 71 du Code des assurances sociales,
vu les articles 31 et 32 de la convention du 13 décembre 1993,

les parties soussignées, à savoir:

- L'association luxembourgeoise des psychomotriciens diplômés, agissant comme groupement professionnel représentatif des psychomotriciens diplômés établis au Luxembourg, représentée par sa présidente, Madame Monique THORN et déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du code des assurances sociales d'une part,
 - et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER,
- d'autre part,

ont convenu ce qui suit:

Art. 1. L'adaptation annuelle de la valeur de la lettre-clé négociée pour l'exercice 1999 conformément à l'article 67 du Code des assurances sociales s'élève à 1,6%.

Art. 2. La valeur de la lettre-clé prévue aux articles 64 à 68 du Code des assurances sociales est fixée à 86,38 avec effet au 1^{er} janvier 1999.

Art. 3. Le tarif des actes et services professionnels obtenu par application de l'article 66 du Code des assurances sociales est porté à l'annexe I du présent protocole d'accord.

Art. 4. Le présent protocole d'accord ainsi que son annexe font partie intégrante de la convention signée entre parties en date du 13 décembre 1993.

En foi de ce qui précède, les soussignés dûment autorisés par leurs mandants, ont signé le présent protocole d'accord.

Fait à Luxembourg, le 16 décembre 1998 en deux exemplaires.

Pour l'association luxembourgeoise
des psychomotriciens diplômés

La présidente
(s.) M. THORN

Pour l'union des caisses de maladie

Le président
(s.) R. KIEFFER

ANNEXE SUIVANT PROTOCOLE D'ACCORD DU 16 DECEMBRE 1998
ENTRE L'ASSOCIATION DES PSYCHOMOTRICIENS DIPLOMES
ET L'UNION DES CAISSES DE MALADIE

PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES

valable à partir du 1.1.1999
Lettre-clé : 86,38

Section 1 - Bilans

	Code	Coeff.	Tarif
1) Premier examen et bilan psychomoteur avant traitement, rapport avec plan de traitement compris, d'une durée minimale de 1 heure	Y11	20,00	1.728
2) Bilan intermédiaire en cas de traitement de longue durée, rapport avec plan de traitement compris; à la demande du contrôle médical	Y12	5,00	432

Section 2 - Rééducation psychomotrice

1) Rééducation psychomotrice, traitement individuel d'une durée de 30 minutes (préparation comprise); APCM	Y21	11,00	950
2) Rééducation psychomotrice, traitement individuel d'une durée de 60 minutes (préparation comprise); APCM	Y22	20,00	1.728
3) Rééducation psychomotrice, traitement collectif, deux enfants, par enfant; APCM	Y32	5,00	432
4) Rééducation psychomotrice, traitement collectif, trois enfants, par enfant; APCM	Y33	3,00	259
5) Rééducation psychomotrice, traitement collectif, quatre enfants, par enfant; APCM	Y34	2,00	173
6) Rééducation psychomotrice complexe en cas de psychose grave, d'arriération profonde ou de déambulation gravement troublée; APCM	Y41	14,00	1.209

Section 3 - Relaxation psychomotrice

1) Relaxation psychomotrice, traitement individuel d'une durée de 45 minutes (préparation comprise); APCM	Y51	13,50	1.166
---	-----	-------	-------

DEUXIEME PARTIE : FRAIS DE DEPLACEMENT

1) Indemnité de déplacement (sauf villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange), ACM	YD1	1,41	122
2) Indemnité de déplacement dans les villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange, ACM	YD2	2,06	178
3) Frais de voyage par kilomètre parcouru d'après la carte officielle des distances	YD9	0,41	35

PROTOCOLE D'ACCORD

signé en exécution de l'article 26 de la convention du 13 décembre 1993, conclue entre l'association luxembourgeoise des orthophonistes et l'union des caisses de maladie, portant fixation de la valeur de la lettre-clé pour l'exercice 1999.

Vu les articles 61 à 67 et 71 du Code des assurances sociales,
vu les articles 25 et 26 de la convention du 13 décembre 1993,
les parties soussignées, à savoir:

L'association luxembourgeoise des orthophonistes, agissant comme groupement professionnel représentatif des orthophonistes établis au Luxembourg, représentée par sa présidente, Madame Georgy MEDERNACH-STEF-FEN et déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du code des assurances sociales d'une part,

et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du Code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit:

Art. 1. L'adaptation annuelle de la valeur de la lettre-clé négociée pour l'exercice 1999 conformément à l'article 67 du Code des assurances sociales s'élève à 1,6%.

Art. 2. La valeur de la lettre-clé prévue aux articles 64 à 68 du Code des assurances sociales est fixée à 288,03 avec effet au 1^{er} janvier 1999.

Art. 3. Le tarif des actes et services professionnels obtenu par application de l'article 66 du Code des assurances sociales est porté à l'annexe I du présent protocole d'accord.

Art. 4. Le présent protocole d'accord ainsi que son annexe font partie intégrante de la convention signée entre parties en date du 13 décembre 1993.

En foi de ce qui précède, les soussignés dûment autorisés par leurs mandants, ont signé le présent protocole d'accord.

Fait à Luxembourg, le 16 décembre 1998 en deux exemplaires.

Pour l'association luxembourgeoise
des orthophonistes
La présidente
(s.) G. MEDERNACH-STEFFEN

Pour l'union des caisses de maladie
Le président
(s.) R. KIEFFER

ANNEXE SUIVANT PROTOCOLE D'ACCORD DU 16 DECEMBRE 1998
ENTRE L'ASSOCIATION LUXEMBOURGEOISE DES ORTHOPHONISTES
ET L'UNION DES CAISSES DE MALADIE

PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES

valable à partir du 1.1.1999
Lettre-clé : 288,03

Section 1 - Bilans

	Code	Coef.	Tarif
1) Premier examen et bilan orthophonique avant traitement, rapport avec plan de traitement compris	Q11	6,00	1.728
2) Bilan intermédiaire en cas de traitement de longue durée, rapport avec plan de traitement compris; à la demande du contrôle médical	Q12	2,00	576

Section 2 - Rééducation de l'aphasie et/ou de la dysarthrie

1) Exploration de l'aphasie et/ou de la dysarthrie pour juger de la rééducabilité du malade, avec rapport et, le cas échéant, avec plan de traitement; maximum 10 séances; prix par séance; APCM	Q21	6,00	1.728
2) Rééducation de l'aphasie et/ou de la dysarthrie; APCM	Q22	6,00	1.728

Section 3 - Rééducation orthophonique

1) Apprentissage de la voix oesophagienne après laryngectomie; APCM	Q41	5,00	1.440
2) Rééducation de la dysphonie sur lésions organiques bucco-pharyngo-laryngées; APCM	Q42	5,00	1.440
3) Rééducation des troubles de la déglutition et/ou de l'articulation d'origine organique; APCM	Q43	4,00	1.152
4) Rééducation ou conservation du langage et de la parole dans les surdités et les atteintes organiques acquises (en dehors de la pathologie néonatale); APCM	Q44	6,00	1.728
5) Apprentissage isolé de la lecture labiale en cas de surdité acquise après 14 ans; APCM	Q45	6,00	1.728

DEUXIEME PARTIE : FRAIS DE DEPLACEMENT

1) Indemnité de déplacement (sauf villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange), ACM	QD1	0,42	121
2) Indemnité de déplacement dans les villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange, ACM	QD2	0,62	179
3) Frais de voyage par kilomètre parcouru d'après la carte officielle des distances	QD9	0,12	35

PROTOCOLE D'ACCORD

signé en exécution de l'article 27 de la convention du 13 décembre 1993, conclue entre l'association luxembourgeoise des sages-femmes et l'union des caisses de maladie, portant fixation de la valeur de la lettre-clé pour l'exercice 1999.

Vu les articles 61 à 67 et 71 du code des assurances sociales,
vu les articles 26 et 27 de la convention du 13 décembre 1993,

les parties soussignées, à savoir:

- L'association luxembourgeoise des sages-femmes, agissant comme groupement professionnel représentatif des sages-femmes établis au Luxembourg, représentée par sa présidente, Madame Mylène KRECKE - VALENTINY et déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du code des assurances sociales d'une part,
- et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER,

d'autre part,
ont convenu ce qui suit:

Art. 1. L'adaptation annuelle de la valeur de la lettre-clé négociée pour l'exercice 1999 conformément à l'article 67 du Code des assurances sociales s'élève à 3,21 %.

Art. 2. La valeur de la lettre-clé prévue aux articles 64 à 68 du Code des assurances sociales est fixée à 108,30 avec effet au 1^{er} janvier 1999.

Art. 3. Le tarif des actes et services professionnels obtenu par application de l'article 66 du Code des assurances sociales est porté à l'annexe I du présent protocole d'accord.

Art. 4. Le présent protocole d'accord ainsi que son annexe font partie intégrante de la convention signée entre parties en date du 13 décembre 1993.

En foi de ce qui précède, les soussignés dûment autorisés par leurs mandants, ont signé le présent protocole d'accord.

Fait à Luxembourg, le 16 décembre 1998 en deux exemplaires.

Pour l'association luxembourgeoise
des sages-femmes
La présidente
(s.) M. KRECKE-VALENTINY

Pour l'union des caisses de maladie
Le président
(s.) R. KIEFFER

ANNEXE SUIVANT PROTOCOLE D'ACCORD DU 16 DECEMBRE 1998
ENTRE L'ASSOCIATION LUXEMBOURGEOISE DES SAGES-FEMMES
ET L'UNION DES CAISSES DE MALADIE

PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES

valable à partir du 1.1.1999
Lettre-clé : 108,30
Code Coeff. Tarif

Section 1 - Période prénatale

- | | | | |
|---|-----|-------|-------|
| 1) Surveillance et exécution de soins obstétricaux en cas de pathologie, sur ordonnance médicale | S11 | 6,00 | 650 |
| 2) Surveillance par cardiocotogramme et exécution de soins obstétricaux en cas de pathologie, sur ordonnance médicale | S12 | 10,00 | 1.083 |

Section 2 - Période postnatale

- | | | | |
|--|-----|-------|-------|
| 1) Forfait pour soins post-partum à domicile, pendant un maximum de 10 jours, en cas d'accouchement à la maternité suivi d'un séjour de la mère ne dépassant pas le jour consécutif à celui de la naissance de l'enfant; indemnité de déplacement comprise | S20 | 54,00 | 5.848 |
| 2) Forfait pour soins post-partum à domicile, pendant un maximum de 9 jours, en cas d'accouchement à la maternité suivi d'un séjour de la mère ne dépassant pas le 2 ^e jour consécutif à celui de la naissance de l'enfant; indemnité de déplacement comprise | S21 | 43,20 | 4.679 |
| 3) Forfait pour soins post-partum à domicile, pendant un maximum de 8 jours, en cas d'accouchement à la maternité suivi d'un séjour de la mère ne dépassant pas le 3 ^e jour consécutif à celui de la naissance de l'enfant; indemnité de déplacement comprise | S22 | 32,40 | 3.509 |
| 4) Forfait pour soins post-partum à domicile, pendant un maximum de 7 jours, en cas d'accouchement à la maternité suivi d'un séjour de la mère ne dépassant pas le 4 ^e jour consécutif à celui de la naissance de l'enfant; indemnité de déplacement comprise | S23 | 21,60 | 2.339 |
| 5) Intervention dans le post-partum ou pendant la période d'allaitement, sur ordonnance médicale, en dehors du forfait prévu sous S20 à S23, en cas de pathologie | S30 | 6,50 | 704 |

DEUXIEME PARTIE : FRAIS DE DEPLACEMENT

- | | | | |
|---|-----|------|-----|
| 1) Indemnité de déplacement (sauf villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange) | SD1 | 1,10 | 119 |
| 2) Indemnité de déplacement dans les villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange | SD2 | 1,61 | 174 |
| 3) Indemnité de déplacement pour urgence demandé et fait entre 20 et 22 h, le samedi après 12h, le dimanche ou un jour férié légal (sauf villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange), ACM | SD4 | 1,35 | 146 |
| 4) Indemnité de déplacement pour urgence demandé et fait entre 20 et 22 h, le samedi | | | |

après 12h, le dimanche ou un jour férié légal dans les villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange	SD5	2,00	217
5) Indemnité de déplacement pour urgence demandé et fait entre 22 et 7h (sauf villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange), ACM	SD6	1,64	178
6) Indemnité de déplacement pour urgence demandé et fait entre 22 et 7 h dans les villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange, ACM	SD7	2,42	262
7) Frais de voyage par kilomètre parcouru d'après la carte officielle des distances	SD9	0,32	35

PROTOCOLE D'ACCORD

signé en exécution de l'article 68 de la convention du 13 décembre 1993, conclue entre l'association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et l'union des caisses de maladie, portant fixation de la valeur de la lettre-clé pour l'exercice 1999 pour les actes et services professionnels des médecins.

Vu les articles 61 à 71 du Code des assurances sociales,
vu les articles 68 et 69 de la convention du 13 décembre 1993,

les parties soussignées, à savoir:

- l'association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg, représentée par son président, le docteur Joe WIRTZ et son secrétaire général le docteur Daniel MART, déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 1 du Code des assurances sociales d'une part,
- et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du Code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER, demeurant à Luxembourg,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit:

Art. 1. L'adaptation annuelle négociée de la valeur de la lettre-clé pour l'exercice 1999 conformément à l'article 67 alinéa 1^{er} du Code des assurances sociales s'élève à 2,20%.

Art. 2. La valeur de la lettre-clé est réduite de 0,44% pour tenir compte des modifications suivantes:

- 1.- du relèvement du coefficient de la position C1 du chapitre 1^{er} de la première partie de l'annexe de la nomenclature des actes et services des médecins, conformément aux alinéas 10 et 11 de l'article 65 du Code des assurances sociales,
- 2.- l'extension de la possibilité de cumul pour le généraliste de la position 1C11 et 1C11X avec une consultation.

Art. 3. La valeur de la lettre-clé prévue aux articles 64 à 68 du Code des assurances sociales est fixée à 115,44 avec effet au 1^{er} janvier 1999.

Art. 4. Le tarif des actes et services professionnels obtenu par application de l'article 66 du Code des assurances sociales est porté à l'annexe I du présent protocole d'accord.

Art. 5. Le présent protocole d'accord ainsi que son annexe font partie intégrante de la convention signée entre parties en date du 13 décembre 1993.

En foi de ce qui précède, les soussignés dûment autorisés par leurs mandants, ont signé le présent protocole d'accord.

Fait à Luxembourg, le 16 décembre 1998 en deux exemplaires.

Pour l'association des médecins et médecins-dentistes

Le président
(s.) Dr Joe WIRTZ

Le secrétaire général
(s.) Dr Daniel MART

Pour l'union des caisses de maladie

Le président
(s.) Robert KIEFFER

ANNEXE SUIVANT PROTOCOLE D'ACCORD
ENTRE L'ASSOCIATION DES MEDECINS
ET L'UNION DES CAISSES DE MALADIE

PREMIERE PARTIE : ACTES GENERAUX

Valeur lettre-clé: 115,44
valable à partir du 1.1.99

Chapitre 1.- Consultations

Section 1 - Consultations normales

	Code	Coef.	Tarif
1) Consultation du médecin généraliste	C1	6,96	805
2) Consultation du médecin spécialiste en - médecine interne - endocrinologie, maladies du métabolisme et de la nutrition - hématologie - néphrologie	C2	7,00	810
3) Consultation du médecin spécialiste en cardiologie et angiologie	C3	5,65	650
4) Consultation du médecin spécialiste en gastro-entérologie	C4	5,65	650
5) Consultation du médecin spécialiste en pneumologie	C5	5,65	650
6) Consultation du médecin spécialiste en pédiatrie pour un enfant jusqu'à l'âge de 14 ans accomplis	C6	8,50	980
7) Consultation du médecin spécialiste en pédiatrie	C7	5,65	650
8) Consultation du médecin spécialiste en dermato-vénérologie	C8	7,05	815
9) Consultation du médecin spécialiste en psychiatrie ou en psychiatrie infantile	C9	5,65	650
10) Consultation du médecin spécialiste en neurologie et en neuropsychiatrie	C10	9,00	1.040
11) Consultation du médecin spécialiste en rhumatologie	C11	6,55	755
12) Consultation du médecin spécialiste en rééducation et en réadaptation fonctionnelles	C12	5,65	650
13) Consultation du médecin spécialiste en -chirurgie générale -orthopédie -chirurgie plastique -chirurgie thoracique -chirurgie vasculaire -chirurgie pédiatrique -neurochirurgie -chirurgie gastro-entérologique -chirurgie maxillo-faciale	C13	5,65	650
14) Consultation du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique	C14	5,65	650
15) Consultation du médecin spécialiste en urologie	C15	5,65	650
16) Consultation du médecin spécialiste en ophtalmologie	C16	9,00	1.040
17) Consultation du médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie	C17	5,65	650
18) Consultation du médecin spécialiste en stomatologie	C18	5,65	650
19) Consultation du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation	C19	5,65	650
20) Consultation du médecin spécialiste en radiodiagnostic, en radiothérapie, en médecine nucléaire	C20	5,65	650
29) Consultation faite au Luxembourg par un professeur d'université ne résidant pas au Luxembourg	C29	5,65	650
Section 2 - Consultations majorées			
1) Consultation majorée du médecin spécialiste en - médecine interne - hématologie - néphrologie - endocrinologie	C30	14,75	1.705
2) Consultation majorée du médecin spécialiste en gastro-entérologie	C31	13,50	1.560

3) Consultation majorée du médecin spécialiste en neurologie ou neuropsychiatrie	C32	14,50	1.675
4) Consultation majorée du médecin spécialiste en psychiatrie	C33	13,50	1.560
5) Consultation majorée du médecin spécialiste en rhumatologie	C34	13,50	1.560
6) Consultation majorée du médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles	C35	13,50	1.560
7) Consultation majorée du médecin spécialiste en neurochirurgie	C36	13,50	1.560
8) Consultation majorée faite au Luxembourg par un professeur d'université ne résidant pas au Luxembourg	C37	20,25	2.340
9) Consultation majorée du médecin généraliste	C38	13,50	1.560

Section 3 - Tarifs spéciaux

1) Renouvellement d'ordonnance	C41	2,95	340
2) Injections et pansements en série, par séance (non applicable pour médicaments non à charge, sauf vaccin)	C42	2,95	340

Section 4 - Consultations spéciales

Sous-section 1 - Tous les médecins à l'exception des médecins-spécialistes en pédiatrie

1) Consultation urgente	C51	8,15	940
2) Consultation du soir demandée et faite entre 20 et 22 heures	C52	10,70	1.235
3) Consultation de dimanche et de jour férié légal	C53	10,70	1.235
4) Consultation de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	C54	15,85	1.830

Sous-section 2 - Médecins-spécialistes en pédiatrie

1) Consultation urgente du pédiatre	C55	11,25	1.300
2) Consultation du soir demandée et faite entre 20 et 22 heures du pédiatre	C56	13,65	1.575
3) Consultation de dimanche et de jour férié légal du pédiatre	C57	13,65	1.575
4) Consultation de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures du pédiatre	C58	18,75	2.165

Section 5 - Examens préparatoires à l'anesthésie

1) Examen préparatoire à l'anesthésie	C61	5,65	650
2) Examen préparatoire à l'anesthésie devant être fait le soir entre 20 et 22 heures	C62	10,70	1.235
3) Examen préparatoire à l'anesthésie devant être fait le dimanche ou un jour férié légal	C63	10,70	1.235
4) Examen préparatoire à l'anesthésie devant être fait la nuit entre 22 et 7 heures	C64	15,85	1.830

Chapitre 2.- Visites

Section 1 - Visites en milieu extra-hospitalier

Sous-section 1 - Tous les médecins à l'exception des médecins-spécialistes en pédiatrie

1) Visite du médecin généraliste	V1	12,00	1.385
2) Visite du médecin spécialiste	V2	12,00	1.385
3) Visite urgente	V3	15,25	1.760
4) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures	V4	18,00	2.080
5) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures	V5	15,25	1.760
6) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	V6	18,00	2.080
7) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	V7	24,35	2.810

Sous-section 2 - Médecins-spécialistes en pédiatrie

1) Visite du pédiatre pour un enfant jusqu'à l'âge de 14 ans accomplis	V10	14,00	1.615
2) Visite du pédiatre	V11	12,00	1.385
5) Visite urgente	V12	17,70	2.045
6) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures	V13	20,45	2.360
7) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures	V14	17,70	2.045
8) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	V15	20,45	2.360
9) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	V16	26,65	3.075

Section 2 - Visites en milieu hospitalier

Sous-section 1 - Tous les médecins à l'exception des médecins-spécialistes en pédiatrie

1) Visite du médecin généraliste	V20	12,00	1.385
2) Visite du médecin spécialiste	V21	12,00	1.385
3) Visite urgente	V22	15,25	1.760
4) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures	V23	18,00	2.080
5) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures	V24	15,25	1.760
6) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	V25	18,00	2.080
7) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	V26	24,35	2.810

Sous-section 2 - Médecins-spécialistes en pédiatrie

1) Visite du pédiatre pour un enfant jusqu'à l'âge de 14 ans accomplis	V30	14,00	1.615
2) Visite du pédiatre	V31	12,00	1.385
3) Visite urgente	V32	17,70	2.045
4) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures	V33	20,45	2.360
5) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures	V34	17,70	2.045
6) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	V35	20,45	2.360
7) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	V36	26,65	3.075

Chapitre 3 - Déplacements

1) Indemnité horo-kilométrique par kilomètre	K1	0,45	52
--	----	------	----

Chapitre 4 - Traitement hospitalier stationnaire

Section 1 - Traitement hospitalier général

1) 1er jour d'hospitalisation	F11	3,05	350
2) 2e au 14e jour d'hospitalisation, par jour	F12	3,05	350
3) 15e au 42e jour d'hospitalisation, par jour	F13	1,55	180
4) A partir du 43e jour d'hospitalisation, par jour	F14	0,75	85

Section 2 - Traitement hospitalier interne

1) 1er jour d'hospitalisation en cas de malade transféré à un médecin spécialiste	F20	19,55	2.255
2) 1er jour d'hospitalisation, (malade non transféré)	F21	6,95	800
3) 2e au 14e jour d'hospitalisation, par jour	F22	4,90	565
4) 15e au 42e jour d'hospitalisation, par jour	F23	2,55	295
5) A partir du 43e jour d'hospitalisation, par jour	F24	0,75	85
6) 1er jour d'hospitalisation d'un malade transféré à un médecin spécialiste en médecine interne	F25	19,55	2.255
7) 1er jour d'hospitalisation par un médecin spécialiste en médecine interne (malade non transféré)	F26	6,95	800
8) 1er jour d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans transféré à un médecin spécialiste en pédiatrie	F27	19,55	2.255
9) 1er jour d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans par un médecin spécialiste en pédiatrie (malade non transféré)	F28	6,95	800

Section 3 - Traitement post-opératoire

1) 1er au 7e jour d'hospitalisation, par jour	F31	2,60	300
2) 8e au 14e jour d'hospitalisation, par jour	F32	1,30	150
3) 15e au 42e jour d'hospitalisation, par jour	F33	0,85	100
4) A partir du 43e jour d'hospitalisation, par jour	F34	0,75	85

Section 4 - Traitement hospitalier en cas d'hébergement

1) Traitement en cas d'hébergement reconnu, par jour	F40	0,75	85
--	-----	------	----

Section 5 - Traitement avec soins intensifs spécifiques par les médecins spécialistes

1)	1er et 2e jour de soins intensifs, par jour	F51	38,55	4.450
2)	3e au 6e jour de soins intensifs, par jour	F52	19,55	2.255

REMARQUE:

A la fin du traitement avec soins intensifs ou à partir du 7e jour, voir section 2 point 3.

Section 6 - Traitement avec soins intensifs par le médecin anesthésiste-réanimateur

1)	1er et 2e jour de soins intensifs, par jour	F61	41,70	4.815
2)	A partir du 3e jour de soins intensifs, par jour	F62	16,25	1.875

Section 7 - Traitement avec manoeuvres de réanimation complexes par le médecin anesthésiste-réanimateur

1)	1er et 2e jour de réanimation, par jour	F71	95,00	10.965
2)	3e et 4e jour de réanimation, par jour	F72	47,50	5.485
3)	A partir du 5e jour de réanimation	F73	28,45	3.285
4)	A partir du 5e jour post-opératoire après une anesthésie générale	F74	28,45	3.285

Section 8 - Traitement avec manoeuvres de réanimation complexes par équipe de spécialistes en pédiatrie

1)	Forfait par jour	F80	48,55	5.605
----	------------------	-----	-------	-------

Chapitre 5.- Rapports

Section 1 - Rapports au médecin traitant

1)	Rapport détaillé au médecin traitant concernant - l'examen clinique général - les résultats d'examens complémentaires - le diagnostic positif (et différentiel) - les propositions de traitement	R1	8,70	1.005
2)	Rapport détaillé au médecin traitant après hospitalisation en cas de décès du malade; rapport rédigé par un médecin n'ayant pas pratiqué d'intervention chirurgicale ou par un médecin ayant fait un traitement post-opératoire dépassant 4 semaines; le contenu du rapport doit correspondre aux points énumérés pour R1	R10	8,70	1.005
3)	Rapport au médecin traitant après hospitalisation, rédigé par un médecin n'ayant pas pratiqué d'intervention chirurgicale et portant sur les points énumérés pour R1	R2	13,05	1.505
4)	Rapport au médecin traitant, rédigé par un médecin; à la suite d'une intervention chirurgicale compliquée ayant entraîné une durée d'hospitalisation post-opératoire dépassant 4 semaines	R3	13,05	1.505

Section 2 - Rapports au contrôle médical de la sécurité sociale

1)	Examen général et rapport dans le cadre de l'instruction d'une demande en obtention d'une pension d'invalidité ou dans le cadre d'une incapacité de travail prolongée à charge de l'assurance maladie	R4	13,75	1.585
2)	Rapport dans le cadre d'une incapacité de travail prolongée à charge de l'assurance accident	R5	9,70	1.120
3)	Rapport après hospitalisation pour accident de travail	R6	11,00	1.270
4)	Déclaration d'une maladie professionnelle par le médecin traitant	R8	4,35	500
5)	Rapport médical de constitution de dossier en cas d'accident du travail	R9	6,00	695

Section 3 - Rapport à la cellule d'évaluation et d'orientation

1)	Rapport du médecin traitant dans le cadre de l'instruction d'une demande en obtention de prestations de l'assurance dépendance (non cumulable avec consultation ou visite)	R20	13,75	1.585
----	--	-----	-------	-------

Chapitre 6.- Examens à visée préventive et de dépistage

Section 1 - Examen prénuptial

1)	Examen médical avant mariage avec établissement d'un certificat, tel que prévu par la loi du 19 décembre 1972 et le règlement grand-ducal du 14 mars 1973	E1	18,35	2.120
----	---	----	-------	-------

Section 2 - Examens prénatals de la femme et examens des enfants jusqu'à l'âge de deux ans, tels que prévus par la loi du 20 juin 1977 et les règlements grand-ducaux du 8 décembre 1977

Sous-section 1 - Examens prénatals

1) 1er examen effectué par le médecin habilité à cet effet par la loi avant la fin du 3e mois de la grossesse comportant la remise du carnet dûment complété	E2	13,20	1.525
2) 2e examen (au plus tard dans la deuxième quinzaine du 4e mois)	E3	4,85	560
3) 3e examen (au cours du 6e mois)	E4	4,85	560
4) 4e examen (dans les quinze premiers jours du 8e mois)	E5	4,85	560
5) 5e examen (dans les quinze premiers jours du 9e mois)	E6	4,85	560

Sous-section 2 - Examen postnatal

1) 6e examen dans les 8 semaines après l'accouchement	E7	4,85	560
---	----	------	-----

Sous-section 3 - Examens médicaux des enfants en bas âge par un pédiatre

1) 1er examen périnatal, effectué par le médecin habilité à ces fins par la loi, dans les 48 heures qui suivent la naissance comportant la remise du carnet dûment complété	E8	7,20	830
2) 2e examen périnatal à la sortie de la maternité ou entre le 5e et le 10e jour de la naissance	E9	7,20	830
3) 3e examen périnatal à l'âge de 4 à 6 semaines	E10	7,20	830
4) 4e examen périnatal à l'âge de 4 à 6 mois	E11	7,20	830
5) 5e examen périnatal à l'âge de 9 à 12 mois	E12	7,20	830
6) 6e examen périnatal à l'âge de 21 à 24 mois	E13	7,20	830

Sous-section 4 - Examens médicaux des enfants en bas âge par un médecin autre que le pédiatre

1) 3e examen périnatal à l'âge de 4 à 6 semaines	E14	4,85	560
2) 4e examen périnatal à l'âge de 4 à 6 mois	E15	4,85	560
3) 5e examen périnatal à l'âge de 9 à 12 mois	E16	4,85	560
4) 6e examen périnatal à l'âge de 21 à 24 mois	E17	4,85	560

Section 3 - Examens médicaux systématiques pour les enfants âgés de deux à quatre ans prévus par la loi du 15 mai 1984

1) Examen effectué entre l'âge de 30 et 36 mois par un médecin généraliste, par un médecin spécialiste en pédiatrie ou en médecine interne	E18	4,85	560
2) Examen effectué entre l'âge de 42 et 48 mois par un médecin généraliste, par un médecin spécialiste en pédiatrie ou en médecine interne	E19	4,85	560

Section 4 - Examens médicaux dans le cadre d'un programme de médecine préventive élaboré par la direction de la santé en collaboration avec l'UCM

1) Examen médical spécial effectué par les médecins généralistes, les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique ou en médecine interne et à visée préventive dans le cadre d'un programme de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie comprend: - les renseignements sur le résultat de la mammographie; - l'information en matière d'éducation à la santé et d'apprentissage de modes de vie sains, l'information sur la prévention des cancers les plus fréquemment rencontrés (sein, col utérin, rectum, côlon, thyroïde, peau); - une anamnèse personnelle et familiale, un examen général à visée préventive dans le cadre d'un programme de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie; - une évaluation du risque cancéreux ainsi que des conseils spécifiques.	E20	8,00	925
2) Consultation et première injection de vaccin contre l'hépatite B	E30	6,75	780

Chapitre 7 - Forfaits médicaux pour surveillance des cures thermales

1) Foie/Rhumatisme, pour 21 jours	G1	30,00	3.465
2) Foie/Rhumatisme, par journée	G2	1,43	165
3) Voies respiratoires inférieures, pour 21 jours	G3	30,00	3.465

4) Voies respiratoires inférieures, par journée	G4	1,43	165
5) Voies respiratoires supérieures, pour 21 jours	G5	30,00	3.465
6) Voies respiratoires supérieures, par journée	G6	1,43	165
7) Stase lympho-veineuse, pour 21 jours	G7	30,00	3.465
8) Stase lympho-veineuse, par journée	G8	1,43	165
9) Obésité pathologique, pour 21 jours	G9	30,00	3.465
10) Obésité pathologique, par journée	G10	1,43	165

REMARQUE:

Le coefficient des positions du présent chapitre comprend le rapport au médecin traitant et, le cas échéant, au contrôle médical de la sécurité sociale

DEUXIEME PARTIE: ACTES TECHNIQUES**Chapitre 1 - Médecine générale - Spécialités non chirurgicales****Section 1 - Médecine Générale***Sous-section 1 - Infiltrations***REMARQUE:**

Les positions de la sous-section 1 ne sont pas cumulables entre elles, pour la même région anatomique. Les infiltrations superficielles ne sont pas à mettre en compte.

1) Infiltration du ganglion de Gasser, infiltration périaortique	1M11	14,35	1.655
2) Infiltration d'un ganglion ou d'un nerf profond de la tête ou du cou	1M12	6,80	785
3) Infiltration du sympathique dorsal, lombaire, pelvien ou splanchnique - CAC	1M13	4,50	520
4) Infiltration périnerveuse profonde - CAC	1M14	3,80	440
5) Infiltration de tendons, de ligaments, d'apophyses osseuses, de gaines synoviales - CAC	1M15	3,80	440
6) Infiltration pour syndrome du canal carpien ou tarsien, du trou sacré, de l'hiatus sacro-coccygien	1M16	6,85	790
7) Infiltration périurale	1M17	9,95	1.150

*Sous-section 2 - Injections***REMARQUE:**

Mises en compte au maximum une fois par jour.

1) Mise en place d'une voie veineuse centrale (veine sous-clavière, jugulaire ou fémorale), perfusion ou transfusion comprise	1M21	9,75	1.125
2) Dénudation d'une veine ou mise en place d'une voie veineuse centrale chez un enfant de moins de 3 ans, perfusion ou transfusion comprise	1M22	18,90	2.180
3) Cathétérisme d'une artère chez l'enfant, perfusion ou transfusion comprise	1M23	29,15	3.365
4) Prise de sang ou injection intraveineuse chez l'enfant de moins de 12 mois - CAC	1M24	2,20	255
5) Injection intra-artérielle	1M25	6,80	785
6) Injections sclérosantes des troncs saphéniens et/ou des grosses collatérales avec pansement compressif; contrôle échographique éventuel compris; par séance	1M26	8,82	1.020
REMARQUE: Cette position ne concerne pas les varices isolées ni les varicosités (télangiectasies)			
7) Injection intraveineuse pour épreuve fonctionnelle dans un laboratoire d'analyses médicales et de biologie clinique	1M28	4,30	495
8) Injections sclérosantes d'une ou des crosses saphènes et/ou de veines perforantes sous contrôle échographique (non cumulable à 1M26)	1M29	15,22	1.755
9) Location d'appareil	1M29X	5,55	640
10) Perfusion intraveineuse d'au moins 10 ml, en milieu extra-hospitalier; prise en charge pour réhydratation, alimentation parentérale ou apport de médicaments à indication majeure	1M31	5,50	635
11) Perfusion intraveineuse, en milieu extra-hospitalier; prise en charge pour réhydratation, alimentation parentérale ou apport de médicaments à indication majeure, pour enfants de moins de 7 ans	1M32	6,70	775

12)	Transfusion de sang ou d'éléments figurés du sang, y compris les contrôles avant et pendant la transfusion, en milieu extra-hospitalier	1M33	5,50	635
13)	Transfusion de sang ou d'éléments figurés du sang, y compris les contrôles avant et pendant la transfusion, pour enfant de moins de 7 ans en milieu extra-hospitalier	1M34	6,70	775
14)	Exsanguino-transfusion chez l'adulte ou l'enfant	1M35	91,10	10.515
15)	Exsanguino-transfusion chez le nouveau-né	1M36	70,35	8.120
16)	Mise en place par voie percutanée d'un cathéter veineux central avec contrôle radiologique et implantation d'un port sous-cutané pour injections répétées pour chimiothérapie ou analgésie (non cumulable avec 1M21 ou 1M22)	1M37	65,95	7.615
17)	Mise en place ou changement d'un cathéter veineux central avec contrôle radiologique et raccordement à un port sous-cutané (non cumulable avec 1M21 ou 1M22)	1M38	26,45	3.055
18)	Mise en place ou changement d'un port sous-cutané avec contrôle radiologique	1M39	39,50	4.560
<i>Sous-section 3 - Ponctions</i>				
1)	Ponction d'une collection superficielle (abcès, kyste, hydrocèle ...) - CAC	1M41	2,75	315
2)	Ponction d'une collection profonde (sous-aponévrotique)	1M42	6,80	785
3)	Ponction d'une articulation autre que la hanche	1M45	6,80	785
4)	Ponction d'une hanche	1M46	11,25	1.300
5)	Ponction de gaine tendineuse ou de bourse séreuse	1M47	6,85	790
6)	Saignée	1M51	3,65	420
7)	Ponction-biopsie d'un tissu ou organe peu profond - CAC	1M52	2,75	315
8)	Ponction sternale ou de la crête iliaque	1M53	7,00	810
9)	Ponction exploratrice de la cavité thoracique ou abdominale - CAC	1M61	3,80	440
10)	Ponction de la cavité thoracique ou abdominale et évacuation de grandes quantités	1M62	9,05	1.045
11)	Ponction évacuatrice de la cavité thoracique avec lavage des plèvres pour empyème ou hémithorax	1M63	13,05	1.505
12)	Ponction du péricarde	1M64	16,15	1.865
13)	Ponction transcutanée d'un organe intra-abdominal	1M65	11,80	1.360
14)	Ponction lombaire ou sous-occipitale avec ou sans injection (première ponction)	1M71	11,45	1.320
15)	Ponction lombaire ou sous-occipitale avec ou sans injection, répétition de la ponction dans un délai de 14 jours	1M72	5,65	650
16)	Ponction lombaire ou sous-occipitale en série avec injection médicamenteuse chez un enfant de moins de 7 ans	1M73	7,95	920
17)	Ponction du sinus longitudinal	1M74	11,80	1.360
18)	Ponction d'un disque avec ou sans injection de produit de contraste	1M75	20,75	2.395
<i>Sous-section 4 - Pansements</i>				
1)	Pansement compressif pour ulcère variqueux ou phlébite - CAC	1M81	4,25	490
2)	Pansement de fixation (genre colle de zinc) ou taping; une articulation ou un segment	1M82	5,70	660
3)	Pansement de fixation ou taping; plus d'un segment	1M83	8,60	995
<i>Sous-section 5 - Immobilisation plâtrée en dehors des traumatismes ostéo-articulaires, moulage pour appareil orthopédique</i>				
1)	Immobilisation plâtrée d'un membre	1M85	8,60	995
2)	Grand plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux	1M86	35,35	4.080
3)	Corset, lit plâtré ou corset minerve	1M87	35,35	4.080
<i>Sous-section 6 - Actes techniques dans le cadre de programmes de médecine préventive</i>				
1)	Deuxième injection de vaccin contre l'hépatite B - CAC	1E11	2,95	340
2)	Troisième injection de vaccin contre l'hépatite B - CAC	1E12	2,95	340
Section 2 - Médecine Interne spécialisée				
<i>Sous-section 1 - Cancérologie, chimiothérapie</i>				
1)	Cycle de chimiothérapie anti-cancéreuse intravasculaire; injection ou perfusion avec surveillance par le médecin, (non renouvelable avant un délai de 6 jours dans le chef du patient)	1S11	33,25	3.840
2)	Cytophérèse, par séance	1S15	27,90	3.220

Sous-section 2 - Néphrologie, épuration extra-rénale

REMARQUE:

Est compris dans le tarif de l'épuration extra-corporelle tout appel d'urgence au cours de la séance. Pour les séances de routine, des majorations de dimanche ou de jour férié ne peuvent être mises en compte.

1) Hémodialyse (épuration extra-corporelle) pour insuffisance rénale, par séance	1S21	27,90	3.220
2) Hémodialyse pour insuffisance rénale aiguë, les 3 premières séances pendant une période de 15 jours; par séance	1S22	63,65	7.350
3) Plasmaphérèse, par séance	1S25	27,90	3.220
4) Dialyse péritonéale (épuration intra-corporelle), les deux premiers jours du traitement; par jour	1S26	50,70	5.855
5) Dialyse péritonéale, 3 ^e ou 4 ^e jour du traitement; par jour	1S27	25,40	2.930
6) Dialyse péritonéale, à partir du 5 ^e jour du traitement; par jour	1S28	15,20	1.755

Sous-section 3 - Pédiatrie

1) Réanimation immédiate du nouveau-né comportant au minimum respiration assistée instrumentale, avec ou sans intubation et injection; mise en compte uniquement s'il n'y a pas d'hospitalisation par le même médecin	1S31	18,85	2.175
2) Exploration polysomnographique chez le nourrisson en cas d'apnées ou de malaises. Enregistrement continu comprenant au moins EEG, EMG, EOG, ECG, saturation en oxygène, flux aériens naso-buccaux, mouvements respiratoires thoraco abdominaux et actimétrie, éventuellement pH-métrie oesophagienne, avec protocole et extraits de tracé	1S35	45,00	5.195

Sous-section 4 - Allergologie

1) Inventaire allergologique avec tests cutanés effectués par scarification (scratch) ou par piqûre épicutanée (prick) - CAC	1S41	4,00	460
2) Frais de matériel	1S41M	1,40	160
3) Inventaire allergologique par tests à application épicutanée	1S42	6,15	710
4) Frais de matériel	1S42M	1,40	160
5) Inventaire allergologique avec tests cutanés par injection intradermique	1S43	7,05	815
6) Fourniture de matériel	1S43M	1,40	160
7) Injection de désensibilisation, par séance	1S44	4,30	495

Section 3 - Cardiologie

Sous-section 1 - Électrocardiographie

1) Électrocardiogramme (ECG), minimum 12 dérivations, tracé et rapport - CAC	1C11	6,60	760
2) Location d'appareil	1C11X	3,00	345
3) Enregistrement ECG continu de 24h par enregistreur portable (Holter) avec mise en place, lecture et rapport; premier examen pour une période de 28 jours	1C14	15,55	1.795
4) Location d'appareil	1C14X	39,55	4.565
5) Enregistrement ECG continu de 24h; examen répété dans les 28 jours	1C15	9,25	1.070
6) Location d'appareil	1C15X	39,55	4.565
7) Épreuve d'effort (sous) maximale, standardisée (cycloergomètre ou tapis roulant), ECG au repos compris, avec moyens de réanimation, sous surveillance ECG et TA continue; enregistrement et rapport (non cumulable avec 1C11)	1C17	23,75	2.740
8) Location d'appareil	1C17X	10,15	1.170

Sous-section 2 - Échocardiographie

1) Échocardiographie, enregistrement en time-motion	1C21	15,55	1.795
2) Location d'appareil	1C21X	24,55	2.835
3) Échocardiographie, enregistrement bidimensionnel	1C22	15,55	1.795
4) Location d'appareil	1C22X	24,55	2.835
5) Echographie, enregistrement bidimensionnel et en mode time-motion	1C23	18,75	2.165
6) Location d'appareil	1C23X	24,55	2.835

7) Échocardiographie, enregistrement bidimensionnel et en mode time-motion - CAC, à condition qu'il n'y ait pas eu de consultation mise en compte par le même médecin dans les 7 jours précédents	1C24	18,75	2.165
8) Location d'appareil	1C24X	24,55	2.835
9) Échocardiographie Doppler	1C25	24,90	2.875
10) Location d'appareil	1C25X	24,55	2.835
11) Échocardiographie Doppler, voie oesophagienne comprise	1C26	27,05	3.125
12) Location d'appareil	1C26X	24,55	2.835

REMARQUE:

Les positions 1C21 à 1C26 ne sont pas cumulables entre elles.

Sous-section 3 - Examens vasculaires

1) Ultrasonographie par vélocimétrie (Doppler) des vaisseaux du cou et de la tête, enregistrement et rapport	1C31	12,45	1.435
2) Location d'appareil	1C31X	5,40	625
3) Ultrasonographie des vaisseaux des membres ou de territoires localisés du tronc, enregistrement et rapport	1C32	6,30	725
4) Location d'appareil	1C32X	5,40	625
5) Ultrasonographie des vaisseaux des membres, du cou et de la tête, enregistrement et rapport	1C33	18,75	2.165
6) Location d'appareil	1C33X	5,40	625
7) Écho-Doppler pulsé artériel	1C34	24,90	2.875
8) Location d'appareil; non cumulable avec les locations d'appareil de la sous-section 2 - Echocardiographie	1C34X	24,55	2.835
9) Enregistrement continu de la tension artérielle pendant 24 heures par enregistreur portable; mise en place de l'enregistreur, lecture du tracé et rapport d'interprétation - APCM pour répétition de cet examen dans les 6 mois	1C38	15,55	1.795
10) Location d'appareil	1C38X	7,80	900

Sous-section 4 - Autres enregistrements et traitements cardiaques

1) Mesure du débit cardiaque par thermodilution (3 déterminations minimum)	1C41	19,80	2.285
2) Mesure du débit cardiaque par méthode de Fick ou par méthode de dilution de colorant	1C42	26,45	3.055
3) Défibrillation d'urgence et répétition dans les 24 heures	1C45	13,20	1.525
4) Cardioversion, mise en compte une fois par 24 heures	1C46	46,10	5.320

Sous-section 5 - Cathétérisme cardiaque et examens radiologiques

1) Microcathétérisme du coeur droit, sous contrôle ECG, avec enregistrement des pressions	1C51	19,80	2.285
2) Microcathétérisme du coeur droit, sous contrôle ECG, avec enregistrement des pressions et oxymétrie étagée	1C52	26,45	3.055
3) Évaluation de la fonction sinusale et de la conduction atrio-ventriculaire par cathétérisme cardiaque	1C55	46,10	5.320
4) Évaluation de la fonction sinusale et de la conduction atrio-ventriculaire par cathétérisme cardiaque avec épreuve pharmacologique	1C56	52,70	6.085
5) Cathétérisme du coeur droit (voie veineuse), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, mesure du débit, oxymétrie étagée	1C61	46,10	5.320
6) Cathétérisme du coeur droit (voie veineuse), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, mesure du débit, oxymétrie étagée avec injection de produit de contraste et angiocardigraphie	1C62	59,30	6.845
7) Cathétérisme du coeur gauche (voie artérielle), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions	1C65	59,30	6.845
8) Cathétérisme du coeur gauche (voie artérielle), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, avec injection de produit contraste et angiocardigraphie, aortographie comprise	1C66	72,50	8.370
9) Cathétérisme du coeur gauche (voie artérielle), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, injection de produit contraste, angiocardigraphie (ventriculographie et/ou aortographie) et coronarographie sélective	1C67	92,20	10.645

	droite et gauche en plusieurs incidences avec cinéangiographie			
10)	Angioplastie transluminale des coronaires, cathétérisme et angiocardiographie compris, non cumulable avec 1C65 à 1C67	1C71	117,60	13.575
11)	Mise en place d'un cathéter endocavitaire pour entraînement électrosystolique transitoire, sous contrôle ECG et/ou radioscopique	1C75	32,95	3.805
	<i>Sous-section 6 - Stimulateur cardiaque (pacemaker)</i>			
1)	Mise en place de sondes pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation	1C81	65,95	7.615
2)	Mise en place de sondes pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation et implantation du boîtier	1C83	105,45	12.175
3)	Remplacement du boîtier du stimulateur cardiaque avec mesures du seuil de stimulation	1C85	52,70	6.085
4)	Mesures du seuil de stimulation, en cas de changement du boîtier	1C86	13,20	1.525
5)	Contrôle d'un stimulateur cardiaque implanté avec enregistrement ECG et contrôles techniques	1C88	15,00	1.730
6)	Location d'appareil	1C88X	3,00	345

REMARQUE:

L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour l'implantation du boîtier (position 2C21) ou le changement du boîtier (position 2C22) et non pour la mise en place des sondes

Section 4 - Pneumologie*Sous-section 1 - Examens et petites interventions*

1)	Biopsie pleurale à l'aiguille	1P11	28,25	3.260
2)	Institution d'un drainage pleural continu	1P12	20,80	2.400
3)	Provocation d'une symphyse pleurale	1P13	12,05	1.390
4)	Ponction-biopsie pulmonaire transpariétale	1P14	38,55	4.450
5)	Pleuroscopie exploratrice	1P21	28,90	3.335
6)	Pleuroscopie avec biopsie pleurale ou section de brides	1P22	44,30	5.115
7)	Pleuroscopie avec biopsie pleurale ou traitement de lésions pleurales avec supplément pour utilisation de rayons laser	1P23	118,55	13.685
8)	Location du laser	1P23X	23,00	2.655
9)	Pleuroscopie avec biopsie pulmonaire ou traitement de lésions pulmonaires	1P24	50,50	5.830
10)	Pleuroscopie avec biopsie pulmonaire ou traitement de lésions pulmonaires avec supplément pour utilisation de rayons laser	1P25	124,75	14.400
11)	Location du laser	1P25X	23,00	2.655
12)	Création d'un pneumothorax	1P31	16,40	1.895
13)	Réinsufflation ou exsufflation d'un pneumothorax	1P32	9,60	1.110
14)	Création d'un pneumomédiastin	1P35	26,05	3.005
15)	Drainage endocavitaire pulmonaire	1P36	40,35	4.660

Sous-section 2 - Bronchofibroscopie

1)	Cathétérisme des bronches avec injection de produit de contraste ou d'un médicament	1P41	18,35	2.120
2)	Bronchoscopie ou bronchofibroscopie exploratrice	1P51	28,90	3.335
3)	Location du bronchofibroscope	1P51X	12,75	1.470
4)	Bronchofibroscopie avec prélèvement ou biopsie endobronchique	1P52	37,75	4.360
5)	Location du bronchofibroscope	1P52X	12,75	1.470
6)	Bronchoscopie avec ponction, biopsie ou brossage sur lésion située au-delà du champ de visibilité	1P53	71,40	8.240
7)	Location du bronchofibroscope	1P53X	12,75	1.470
8)	Bronchofibroscopie avec extraction de corps étrangers en une ou plusieurs séances	1P54	65,10	7.515
9)	Location du bronchofibroscope	1P54X	12,75	1.470
10)	Bronchofibroscopie avec lavage bronchiolo-alvéolaire	1P55	62,90	7.260

11)	Location du bronchofibroscope	1P55X	12,75	1.470
12)	Bronchofibroscope et traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser, première séance	1P61	97,95	11.305
13)	Location du bronchofibroscope	1P61X	12,75	1.470
14)	Bronchofibroscope et traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser, séances suivantes	1P62	70,90	8.185
15)	Location du bronchofibroscope	1P62X	12,75	1.470
16)	Bronchofibroscope, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et prélèvement ou biopsie endobronchique	1P63	112,00	12.930
17)	Location du bronchofibroscope	1P63X	12,75	1.470
18)	Bronchofibroscope, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et prélèvement ou biopsie trans- ou perbronchique	1P64	151,70	17.510
19)	Location du bronchofibroscope	1P64X	12,75	1.470
20)	Bronchofibroscope, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et lavage bronchiolo-alvéolaire	1P65	139,35	16.085
21)	Location du bronchofibroscope	1P65X	12,75	1.470

REMARQUE:

Pour les positions 1P41 à 1P65, majoration de 10% pour les enfants âgés de moins de 14 ans.

Sous-section 3 - Épreuve fonctionnelle respiratoire

1)	Spirographie	1P71	12,60	1.455
2)	Frais de location	1P71X	4,50	520
3)	Détermination du volume résiduel	1P72	9,50	1.095
4)	Frais de location	1P72X	4,50	520
5)	Détermination du volume résiduel et des résistances bronchiques	1P73	30,75	3.550
6)	Frais de location	1P73X	6,75	780
7)	Détermination du volume résiduel et étude de la diffusion alvéolo-capillaire	1P74	26,45	3.055
8)	Frais de location	1P74X	6,75	780
9)	Détermination du volume résiduel, des résistances bronchiques, des courbes débit-volume	1P75	43,35	5.005
10)	Frais de location	1P75X	9,00	1.040
11)	Détermination des compliances par barographie oesophagienne	1P76	32,55	3.760
12)	Frais de location	1P76X	9,00	1.040
13)	Détermination du volume de fermeture	1P77	21,65	2.500
14)	Frais de location	1P77X	9,00	1.040
15)	Épreuve quantitative aux agents pharmaco-dynamiques ou de provocation aux allergènes avec mesure du seuil de réactivité	1P81	20,10	2.320
16)	Frais de location	1P81X	4,50	520
17)	Épreuve d'exercice de 3 à 10 minutes, à puissance constante et mesurable, enregistrement de la ventilation et de la consommation d'oxygène, avant, pendant et après l'exercice	1P82	15,85	1.830
18)	Frais de location	1P82X	4,50	520
19)	Exercice de 15 minutes au moins, à puissance constante et croissante, période témoin de 5 minutes avant et période de récupération de 5 minutes, enregistrement de la ventilation, de la consommation d'oxygène et du rejet de CO ₂ pendant l'épreuve	1P83	24,85	2.870
20)	Frais de location	1P83X	4,50	520
21)	Épreuve d'effort en milieu hospitalier avec surveillance de la T.A., de la fréquence cardiaque et des gaz du sang artériel (prélèvement compris), pendant et après l'effort	1P85	25,60	2.955
22)	Frais de location	1P85X	10,20	1.175

REMARQUE:

Les positions 1P73 et 1P75 ne sont pas cumulables entre elles. La position 1P72 n'est pas cumulable avec les positions 1P73 à 1P75.

Section 5 - Neurologie et Psychiatrie

Sous-section 1 - Neurologie

1)	Electroencéphalogramme (EEG) - CAC	1N11	13,05	1.505
2)	Location d'appareil	1N11X	6,50	750
3)	Electroencéphalogramme, enregistrement continu de 24 heures, pose et enlèvement de l'appareil, analyse du tracé	1N14	50,00	5.770
4)	EEG per-opérateur	1N15	54,00	6.235
5)	Exploration polysomnographique au laboratoire du sommeil pour la recherche de troubles neuro- psychiatriques; enregistrement continu comprenant au moins EEG, EMG, électro-oculographie (EOG) et ECG, avec protocole et extraits des tracés	1N21	70,00	8.080
6)	Exploration polysomnographique au laboratoire du sommeil pour la recherche d'apnées du sommeil: enregistrement continu comprenant au moins EEG, EMG, EOG, d'autre part ECG, saturation en oxygène, débits aériens naso-buccaux et mouvements respiratoires thoraco-abdominaux, avec protocole et extraits des tracés	1N22	100,00	11.545
7)	Enregistrement polysomnographique au laboratoire du sommeil en cas d'apnées (enregistrement continu comprenant au moins EEG, EMG, EOG, d'autre part ECG, saturation en oxygène, débits aériens naso-buccaux et mouvements respiratoires thoraco-abdominaux), et mise en route d'un traitement par pression positive, avec protocole et extraits de tracés	1N23	100,00	11.545
8)	Exploration polysomnographique pluridisciplinaire au laboratoire du sommeil pour la recherche d'apnées du sommeil: enregistrement continu neurologique (EEG,EMG, EOG)	1N25	50,00	5.770
9)	Exploration polysomnographique pluridisciplinaire au laboratoire du sommeil pour la recherche d'apnées du sommeil, enregistrement continu des variables cardio-respiratoires, au moins: ECG, saturation en oxygène, débits aériens naso-buccaux et mouvements respiratoires thoraco-abdominaux	1N26	50,00	5.770
10)	Enregistrement polysomnographique pluridisciplinaire au laboratoire du sommeil en cas d'apnées, enregistrement continu neurologique (EEG, EMG, EOG) lors de la mise en route d'un traitement par pression positive	1N27	50,00	5.770
11)	Enregistrement polysomnographique pluridisciplinaire au laboratoire du sommeil en cas d'apnées, enregistrement des variables cardio-respiratoires (au moins: ECG, saturation en oxygène, débits aériens naso-buccaux et mouvements respiratoires thoraco-abdominaux) et mise en route d'un traitement par pression positive	1N28	50,00	5.770
12)	Electromyographie (EMG) avec enregistrement - CAC	1N32	19,55	2.255
13)	Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise	1N32X	14,25	1.645
14)	Mesure des vitesses de conduction motrice - CAC	1N33	13,05	1.505
15)	Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise	1N33X	14,25	1.645
16)	Mesure des vitesses de conduction sensitive - CAC	1N34	13,05	1.505
17)	Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise	1N34X	14,25	1.645
18)	EMG per-opérateur	1N37	54,00	6.235
19)	Potentiels évoqués auditifs (non applicable pour un examen audiométrique)	1N40	33,65	3.885
20)	Location d'appareil	1N40X	14,40	1.660
21)	Potentiels évoqués visuels	1N41	33,65	3.885
22)	Location d'appareil	1N41X	14,40	1.660
23)	Potentiels évoqués somesthésiques	1N42	33,65	3.885
24)	Location d'appareil	1N42X	14,40	1.660
25)	Potentiels évoqués moteurs par stimulation magnétique percutanée du cortex	1N43	30,00	3.465
26)	Location d'appareil	1N43X	14,40	1.660
27)	Potentiels évoqués somesthésiques per-opérateurs	1N45	120,00	13.855

REMARQUES:

- 1) Les possibilités de cumul avec la consultation (CAC) dans cette sous-section sont réservées aux médecins spécialistes en neurologie et en neuro-psychiatrie.

- 2) Les tarifs des examens per-opérateurs (1N15, 1N37 et 1N45) ne sont cumulables ni avec l'assistance opératoire définie à l'article 11, ni avec l'anesthésie définie à l'article 12.
- 3) Les tarifs des positions 1N21 à 1N28 sont applicables par nuit, à condition qu'il s'agisse d'un enregistrement complet. Elles ne sont pas cumulables entre elles par le même médecin. Les majorations prévues à l'article 8 ne s'appliquent pas.
- 4) Les positions 1N25 et 1N26 ainsi que les positions 1N27 et 1N28 sont respectivement mises en compte par les médecins qui travaillent en équipe pour l'enregistrement neurologique et cardiorespiratoire ainsi que, le cas échéant, le traitement par pression positive.
Ensemble ils font l'évaluation finale et rédigent le protocole avec extraits de tracés.
- 5) Les positions 1N32X, 1N33X et 1N34X ne sont pas cumulables entre elles.
- 6) Les positions 1N40X, 1N41X, 1N42X et 1N43X ne sont pas cumulables entre elles.

Sous-section 2 - Psychiatrie

1) Tests mentaux, séance de minimum 30 minutes; maximum quatre séances par jour et dix séances par année	1N51	13,55	1.565
2) Exploration du milieu familial et thérapie de couple, séance d'une durée minimum de 90 minutes	1N52	39,30	4.535
3) Psychothérapie de soutien par médecin non psychiatre, durée minimum 15 minutes - APCM pour plus de 6 séances par an	1N60	7,95	920
4) Psychothérapie de soutien, durée minimum 15 minutes; cinq premières séances, par séance	1N61	7,95	920
5) Psychothérapie de soutien, durée minimum 15 minutes; à partir de la sixième séances, par séance	1N62	6,60	760
6) Psychothérapie d'élucidation directe, relaxation spécifique; durée minimum 30 minutes; cinq premières séances, par séance	1N63	16,05	1.855
7) Psychothérapie d'élucidation directe, relaxation spécifique; durée minimum 30 minutes; à partir de la sixième séance, par séance	1N64	13,10	1.510
8) Psychothérapie d'inspiration psychanalytique ou psychanalyse; durée minimum 60 minutes; cinq premières séances, par séance	1N65	32,45	3.745
9) Psychothérapie d'inspiration psychanalytique ou psychanalyse; durée minimum 60 minutes; à partir de la sixième séance, par séance	1N66	26,15	3.020
10) Psychothérapie de groupe; durée minimum 90 minutes; maximum cinq malades, par malade	1N71	7,90	910
11) Psychothérapie de groupe; durée minimum 90 minutes; maximum huit malades, par malade	1N72	6,60	760
12) Electrochoc, convulsivothérapie chimique	1N81	7,55	870

REMARQUES:

Les positions 1N52 et 1N61 à 1N72 ne peuvent être mises en compte que par les médecins spécialistes en psychiatrie et en neuropsychiatrie.

Les positions 1N61, 1N63 et 1N65 ne peuvent être mises en compte à nouveau qu'après une interruption de la psychothérapie pendant 12 mois au moins chez ce psychiatre

Section 6 - Gastro-Entérologie

1) Lithotritie extracorporelle des voies biliaires et pancréatique	1G11	60,00	6.925
2) Laparoscopie, sans autre intervention intra-abdominale	1G15	31,25	3.610
3) Laparoscopie avec biopsie ou petite intervention	1G16	37,70	4.350
4) Tubage gastrique ou duodéal	1G21	6,30	725
5) Tamponnade de l'oesophage	1G22	8,90	1.025
6) PH-métrie oesophagienne ou gastrique d'une durée supérieure à 12 heures, avec épreuves de provocations éventuelles	1G31	37,85	4.370
7) Location d'appareil	1G31X	11,70	1.350
8) Manométrie oesophagienne	1G32	26,90	3.105
9) Location d'appareil	1G32X	8,90	1.025
10) Oesophago(fibro)scopie exploratrice	1G38	14,00	1.615
11) Location d'appareil	1G38X	13,65	1.575

12)	Oesophagoscopie avec biopsie	1G39	18,85	2.175
13)	Location d'appareil	1G39X	13,65	1.575
14)	Oesogastroduodénoscopie	1G41	28,90	3.335
15)	Location d'appareil	1G41X	13,65	1.575
16)	Oesogastroduodénoscopie avec biopsie, cytologie ou coloration vitale	1G42	36,35	4.195
17)	Location d'appareil	1G42X	13,65	1.575
18)	Oesogastroduodénoscopie avec extraction de corps étrangers	1G43	42,80	4.940
19)	Location d'appareil	1G43X	13,65	1.575
20)	Oesogastroduodénoscopie avec dilatation de sténose	1G44	42,80	4.940
21)	Location d'appareil	1G44X	13,65	1.575
22)	Oesogastroduodénoscopie avec polypectomie ou sclérothérapie de varices ou ligatures de varices ou clips ou résection de tumeurs ou électrocoagulation de tumeurs	1G45	42,80	4.940
23)	Location d'appareil	1G45X	13,65	1.575
24)	Oesogastroduodénoscopie et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies	1G46	50,00	5.770
25)	Oesogastroduodénoscopie avec mise en place d'une prothèse au niveau du tractus digestif supérieur, dilatation comprise	1G51	109,85	12.680
26)	Location d'appareil	1G51X	13,65	1.575
27)	Oesogastroduodénoscopie avec drainage kysto-digestif	1G52	109,85	12.680
28)	Location d'appareil	1G52X	13,65	1.575
29)	Gastrostomie ou jéjunostomie percutanée par voie endoscopique	1G55	42,80	4.940
30)	Location d'appareil	1G55X	13,65	1.575
31)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) exploratrice	1G56	74,30	8.575
32)	Location d'appareil	1G56X	13,65	1.575
33)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec sphinctérotomie et/ou biopsie	1G57	89,80	10.365
34)	Location d'appareil	1G57X	13,65	1.575
35)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec extraction de calculs (sphinctérotomie, Dormia, ballonnet, lithotritie mécanique, dilatation)	1G58	109,85	12.680
36)	Location d'appareil	1G58X	13,65	1.575
37)	CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec drainage temporaire par sonde ou mise en place d'une prothèse	1G59	134,50	15.525
38)	Location d'appareil	1G59X	13,65	1.575
39)	Anuscopie - CAC	1G61	5,00	575
40)	Manométrie rectale	1G62	26,90	3.105
41)	Location d'appareil	1G62X	8,90	1.025
42)	Traitement de la fistule anale au fil de nylon, première séance	1G63	6,55	755
43)	Traitement de la fistule anale au fil de nylon, séances suivantes	1G64	3,65	420
44)	Pose d'une ligature élastique sur une hémorroïde	1G65	6,55	755
45)	Rectoscopie exploratrice	1G66	10,05	1.160
46)	Location d'appareil	1G66X	2,00	230
47)	Rectoscopie avec biopsie	1G67	17,65	2.040
48)	Location d'appareil	1G67X	2,00	230
49)	Colofibrosopie du côlon gauche (rectosigmoïdoscopie comprise)	1G71	29,85	3.445
50)	Location d'appareil	1G71X	13,65	1.575
51)	Colofibrosopie du côlon gauche avec biopsie	1G72	37,70	4.350
52)	Location d'appareil	1G72X	13,65	1.575
53)	Colofibrosopie du côlon gauche avec une des interventions suivantes: polypectomie, résection de tumeurs, extraction de corps étrangers, mise en place d'une sonde, dilatation endoscopique, traitement des hémorragies	1G73	44,80	5.170
54)	Location d'appareil	1G73X	13,65	1.575
55)	Colofibrosopie totale	1G74	49,60	5.725

56)	Location d'appareil	1G74X	13,65	1.575
57)	Colofibroscope totale avec biopsie	1G75	54,20	6.255
58)	Location d'appareil	1G75X	13,65	1.575
59)	Colofibroscope totale avec une des interventions suivantes: polypectomie, résection de tumeurs, extraction de corps étrangers, mise en place d'une sonde, dilatation endoscopique, traitement des hémorragies	1G76	62,00	7.155
60)	Location d'appareil	1G76X	13,65	1.575
61)	Colofibroscope du côlon gauche et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies	1G81	50,00	5.770
62)	Colofibroscope totale et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies	1G82	85,00	9.810

REMARQUES:

1) Les positions 1G41 à 1G59 ne sont pas cumulables entre elles.

2) Les positions 1G66 à 1G82 ne sont pas cumulables entre elles.

Section 7 - Rhumatologie - Rééducation et Réadaptation fonctionnelles

1)	Ponction-biopsie articulaire: coude, épaule, hanche, sacro-iliaque, genou	1R11	26,15	3.020
2)	Ponction-biopsie articulaire: autres articulations que le coude, l'épaule, la hanche, la sacro-iliaque, et le genou	1R12	12,75	1.470
3)	Ponction-biopsie osseuse ou trocart	1R21	12,75	1.470
4)	Synoviorthèse isotopique	1R31	11,05	1.275
5)	Traction vertébrale sur table mécanique ou à moteur électrique - APCM pour plus de 6 séances	1R51	5,50	635
6)	Manipulation vertébrale - APCM pour plus de 6 séances par an	1R52	8,55	985
7)	Ponction d'un disque et chimionucléolyse	1R61	41,40	4.780
8)	Arthroscopie avec ou sans biopsie	1R71	51,15	5.905

Section 8 - Dermatologie

1)	Prélèvement de peau ou de muqueuse pour examen histologique - CAC	1D11	5,15	595
2)	Frais de matériel de suture	1D11M	3,50	405
3)	Prélèvement de peau au niveau du visage pour examen histologique - CAC	1D12	7,75	895
4)	Frais de matériel de suture	1D12M	3,50	405
5)	Capillaroscopie - CAC	1D13	5,15	595
6)	Destruction d'une ou de plusieurs tumeurs bénignes de la peau, par séance	1D21	9,25	1.070
7)	Frais de matériel de suture	1D21M	3,50	405
8)	Destruction de plus de 4 tumeurs bénignes de la peau, en une seule séance	1D22	18,50	2.135
9)	Frais de matériel de suture	1D22M	3,50	405
10)	Destruction de lésions ou tumeurs péri- ou sous-unguéales avec exérèse partielle de l'ongle, par doigt	1D25	6,70	775
11)	Destruction de végétations vénériennes, par séance	1D26	9,90	1.145
12)	Excision ou destruction d'une tumeur maligne de la peau ou d'un naevus naevo-cellulaire de moins de 4 cm ²	1D41	11,45	1.320
13)	Frais de matériel de suture	1D41M	3,50	405
14)	Excision ou destruction d'une tumeur maligne de la peau ou d'un naevus naevo-cellulaire du visage de moins de 4 cm ²	1D42	14,75	1.705
15)	Frais de matériel de suture	1D42M	3,50	405
16)	Excision ou destruction d'une tumeur maligne de la peau; plus de 4 cm ²	1D43	22,60	2.610
17)	Frais de matériel de suture	1D43M	3,50	405
18)	Destruction d'un tatouage accidentel de moins de 8 cm ²	1D51	10,50	1.210
19)	Destruction d'un tatouage accidentel de plus de 8 cm ²	1D52	20,75	2.395
20)	Traitement exfoliant de l'épiderme avec nettoyage de la peau et mise à plat des collections suppurées ou kystiques; par séance	1D61	6,70	775
21)	Traitement des téguments par abrasion mécanique ou fraisage; par séance; maximum 6 séances	1D62	6,70	775
22)	Photothérapie (UVA et/ou UVB) pour affection dermatologique régionale; par séance	1D71	2,80	325
23)	Frais de location	1D71X	0,70	80

24) Photothérapie (UVA et/ou UVB) pour affection dermatologique; application générale; par séance	1D72	4,60	530
25) Frais de location	1D72X	1,85	215
26) Scarification dermatologique, acte isolé	1D81	5,15	595

Chapitre 2.- Chirurgie

Section 1 - Traitement des lésions traumatiques

Sous-section 1 - Fractures

a) Traitement orthopédique, y compris l'immobilisation, d'une fracture simple ne nécessitant pas de réduction. Appareillage provisoire d'une fracture.

1) Immobilisation d'une fracture: main, poignet, pied, cheville	2L11	8,60	995
2) Immobilisation d'une fracture: jambe, avant-bras	2L12	8,60	995
3) Immobilisation d'une fracture: coude, bras, épaule, genou, fémur, hanche, bassin	2L13	8,60	995
4) Immobilisation d'une fracture par grand plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux	2L14	35,35	4.080
5) Immobilisation d'une fracture par corset plâtré, lit plâtré ou collier plâtré	2L15	35,35	4.080
6) Répétition d'un plâtre pour fracture	2L17	8,60	995
7) Répétition d'un plâtre pour fracture bimalléolaire ou fracture du tibia	2L18	12,75	1.470
8) Répétition d'un plâtre pour fracture des 2 os de l'avant-bras, de l'humérus ou du fémur	2L19	16,80	1.940

b) Traitement d'une fracture par réduction, extension continue, ou broches de Kirschner et contention

9) Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture (sauf celles décrites sous 2L22 à 2L24)	2L21	15,20	1.755
10) Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture: rachis, bassin, olécrane, rotule ou tarse	2L22	35,35	4.080
11) Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture bimalléolaire ou fracture des deux os de la jambe	2L23	47,60	5.495
12) Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture des 2 os de l'avant-bras, de l'humérus ou du fémur	2L24	63,45	7.325

c) Traitement sanglant de fractures, sans ostéosynthèse ni greffe osseuse, réduction et contention comprises

13) Traitement sanglant de fracture: clavicule, olécrane, métacarpe, doigt, péroné, une malléole, orteil	2L31	23,55	2.720
14) Traitement sanglant de fracture: un os de l'avant-bras, poignet, rotule, tarse, métatarse	2L32	53,10	6.130
15) Traitement sanglant de fracture: omoplate, côtes, diaphyses du fémur, du tibia, des deux os de la jambe	2L33	71,40	8.240
16) Traitement sanglant de fracture: humérus, coude, deux os de l'avant-bras, bassin, col du fémur, plateau tibial ou mortaise	2L34	95,10	10.980

d) Traitement par ostéosynthèse

17) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: clavicule, olécrane, métacarpien, doigt, péroné, une malléole, orteil	2L41	39,40	4.550
18) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: un os de l'avant-bras, poignet, rotule, tarse, métatarsien	2L42	88,30	10.195
19) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: omoplate, côte, diaphyse du fémur, du tibia, des deux os de la jambe	2L43	119,05	13.745
20) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: humérus, coude, deux os de l'avant-bras, bassin, col du fémur, plateau tibial et mortaise	2L44	158,60	18.310

Sous-section 2 - Luxations

1) Réduction orthopédique et contention d'une luxation d'un doigt, d'un orteil, de la clavicule	2L51	7,05	815
2) Réduction orthopédique et contention d'une luxation du poignet, carpe, bassin, rotule, cou-de-pied	2L52	17,45	2.015

3) Réduction orthopédique et contention d'une luxation épaule, coude, hanche, genou, pied, colonne vertébrale	2L53	28,05	3.240
4) Réduction sanglante et contention d'une luxation d'un doigt, d'un orteil	2L61	13,60	1.570
5) Réduction sanglante et contention d'une luxation clavicule, carpe, poignet, rotule	2L62	58,25	6.725
6) Réduction sanglante et contention d'une luxation épaule, coude, genou, cou-de-pied	2L63	89,90	10.380
7) Réduction sanglante et contention d'une luxation de la hanche	2L64	116,45	13.445

REMARQUE:

En cas de fracture avec luxation associée du même segment, les positions des sous-sections 1 et 2 ne sont pas cumulables.

Sous-section 3 - Plaies et brûlures

1) Parage et suture d'une plaie superficielle et peu étendue (moins de 5 points) des parties molles	2L71	8,60	995
2) Frais de matériel	2L71M	3,50	405
3) Parage et suture d'une plaie profonde et étendue ou de plaies multiples (5 points au moins)	2L72	17,45	2.015
4) Frais de matériel	2L72M	3,50	405
5) Traitement chirurgical de grands délabrements musculo-cutanés ou de plaies multiples nécessitant une anesthésie générale	2L73	22,25	2.570
6) Suture secondaire (plus de 12 heures) avec avivement, 5 points de suture au moins	2L76	17,45	2.015
7) Frais de matériel	2L76M	3,50	405
8) Premier traitement d'une brûlure de moyenne étendue (10% au moins)	2L81	13,20	1.525
9) Premier traitement d'une brûlure de grande étendue (deux segments de membre ou surface totale de plus de 25%)	2L82	15,20	1.755

Section 2 - Chirurgie générale*Sous-section 1 - Chirurgie des infections*

1) Incision, drainage d'une collection superficielle, peu volumineuse (abcès, furoncle, hématome) - CAC	2G01	4,25	490
2) Incision, drainage d'une collection volumineuse sous-cutanée ou profonde	2G02	8,50	980
3) Incision et drainage d'un phlegmon des gaines digitales ou digito-carpiennes, d'un phlegmon diffus des muscles ou des parois	2G03	16,75	1.935

*Sous-section 2 - Peau et tissu cellulaire sous-cutané***REMARQUE:**

Les positions 2G05 à 2G07 ne s'appliquent pas aux lésions inférieures à 1 cm² au visage et inférieures à 5 cm² au niveau des autres parties du corps.

1) Traitement par laser à colorant pulsé d'angiodyplasies superficielles; séance test, y compris une documentation photographique avant le début du traitement - APCM pour personne âgée de 18 ans et plus	2G05	11,00	1.270
2) Traitement par laser à colorant pulsé d'angiodyplasies superficielles; par séance, jusqu'à 20 cm ² - APCM pour personne âgée de 18 ans et plus	2G06	22,00	2.540
3) Traitement par laser à colorant pulsé d'angiodyplasies superficielles; par séance, au-delà de 20 cm ² - APCM pour personne âgée de 18 ans et plus	2G07	33,00	3.810
4) Excision d'une cicatrice vicieuse et suture	2G11	17,45	2.015
5) Frais de suture	2G11M	3,50	405
6) Excision d'une cicatrice vicieuse du visage ou des mains avec suture	2G12	26,20	3.025
7) Frais de suture	2G12M	3,50	405
8) Correction d'une bride rétractile par plastie en Z	2G13	48,20	5.565
9) Correction d'une bride rétractile par plastie en Z, visage ou mains	2G14	72,30	8.345
10) Excision d'une fistule des parties molles	2G15	22,25	2.570
11) Frais de suture	2G15M	3,50	405
12) Greffe dermo-épidermique de moins de 10 cm ²	2G21	14,00	1.615
13) Greffe dermo-épidermique de moins de 10 cm ² , visage ou mains	2G22	21,00	2.425
14) Greffe dermo-épidermique de 10 à 50 cm ²	2G23	28,90	3.335
15) Greffe dermo-épidermique de 10 à 50 cm ² , visage ou mains	2G24	43,35	5.005

16)	Greffe dermo-épidermique de 50 à 200 cm ²	2G25	48,20	5.565
17)	Greffe dermo-épidermique de plus de 200 cm ²	2G26	67,40	7.780
18)	Greffes libres de peau totale	2G31	55,80	6.440
19)	Greffe dermo-pileuse - APCM	2G32	57,85	6.680
20)	Greffe muqueuse, acte isolé	2G33	48,20	5.565
21)	Greffe cartilagineuse, acte isolé	2G34	38,60	4.455
22)	Lipectomie abdominale antérieure - APCM	2G36	105,25	12.150
23)	Lipectomie abdominale totale circulaire - APCM	2G37	131,50	15.180
24)	Lipectomie d'une cuisse - APCM	2G38	105,25	12.150
25)	Autoplastie par rotation ou par glissement	2G41	57,85	6.680
26)	Autoplastie par rotation ou par glissement, visage ou mains	2G42	86,80	10.020
27)	Autoplastie par lambeau unipédiculé à distance	2G43	96,30	11.115
28)	Autoplastie par lambeau unipédiculé à distance, visage ou mains	2G44	144,45	16.675
29)	Autoplastie par lambeau bipédiculé tubulé, chaque temps opératoire; maximum 5 séances à mettre en compte	2G45	38,60	4.455
30)	Autoplastie par lambeau bipédiculé tubulé au visage ou aux mains, chaque temps opératoire; maximum 5 séances à mettre en compte	2G46	57,90	6.685
31)	Plastie cutanée hétéro-jambière, l'ensemble des temps	2G47	144,55	16.685
32)	Plastie cutanée hétéro-digitale, l'ensemble des temps	2G48	57,85	6.680
REMARQUE:				
Dans le coefficient des positions 2G31 à 2G49 sont compris: le recouvrement de la région donneuse, l'appareillage d'immobilisation ainsi que l'excision de tumeurs ou de cicatrices vicieuses				
33)	Extraction de corps étrangers superficiels nécessitant une incision	2G51	8,60	995
34)	Frais de suture	2G51M	3,50	405
35)	Extraction de corps étrangers profonds sous contrôle radiologique (radiologie non comprise)	2G52	21,40	2.470
36)	Implants de médicaments sous forme de pastilles nécessitant une incision cutanée avec suture éventuelle comprise	2G53	8,60	995
37)	Frais de suture	2G53M	3,50	405
38)	Excision de petites tumeurs sous-cutanées, par séance	2G55	6,55	755
39)	Frais de suture	2G55M	3,50	405
40)	Excision de tumeurs sous-cutanées de taille moyenne (2 à 5 cm de diamètre)	2G56	12,55	1.450
41)	Frais de suture	2G56M	3,50	405
42)	Excision de tumeurs cutanées ou sous-cutanées étendues	2G57	26,00	3.000
43)	Frais de suture	2G57M	3,50	405
<i>Sous-section 3. - Muscles, tendons, synoviales</i>				
1)	Biopsie musculaire	2G60	13,05	1.505
1a)	Traitement opératoire des ruptures et hernies musculaires	2G61	26,55	3.065
2)	Suture primitive ou secondaire d'un tendon extenseur	2G65	17,45	2.015
3)	Suture primitive ou secondaire de plusieurs tendons extenseurs	2G66	35,35	4.080
4)	Suture primitive ou secondaire d'un ou de deux tendons fléchisseurs	2G67	58,25	6.725
5)	Suture primitive ou secondaire de trois tendons fléchisseurs ou plus	2G68	89,90	10.380
6)	Prise d'un greffon de tendon ou d'aponévrose - CAT	2G71	13,05	1.505
7)	Rétablissement de la continuité d'un tendon par prothèse	2G72	89,90	10.380
8)	Rétablissement de la continuité d'un tendon par greffe, prise du greffon tendineux comprise	2G73	102,95	11.885
9)	Allongement, raccourcissement, réimplantation d'un tendon	2G74	35,35	4.080
10)	Transplantation tendineuse simple	2G75	52,95	6.115
11)	Transplantations tendineuses nécessitant des incisions multiples	2G76	89,90	10.380
12)	Ténolyse du tendon extenseur d'un doigt	2G81	57,85	6.680
13)	Ténolyse de tendons extenseurs de deux doigts	2G82	77,05	8.895

14)	Ténolyse de tendons extenseurs de trois doigts ou plus	2G83	96,30	11.115
15)	Ténolyse de tendons fléchisseurs d'un doigt	2G84	77,05	8.895
16)	Ténolyse de tendons fléchisseurs de deux doigts	2G85	96,30	11.115
17)	Ténolyse de tendons fléchisseurs de trois doigts ou plus	2G86	115,60	13.345
18)	Ténotomie	2G91	13,60	1.570
19)	Extirpation de kystes synoviaux superficiels (poignet...)	2G92	13,05	1.505
20)	Extirpation de kystes synoviaux profonds (creux poplité...)	2G93	17,45	2.015
21)	Exérèse d'une gaine synoviale	2G94	57,85	6.680
22)	Exérèse de deux gaines synoviales	2G95	77,05	8.895
23)	Exérèse de trois gaines synoviales ou plus	2G96	96,30	11.115
	<i>Sous-section 4 - Système lymphatique</i>			
1)	Extirpation d'un ou de plusieurs ganglions pour examen histologique	2F11	6,70	775
2)	Extirpation d'une chaîne ganglionnaire	2F12	48,20	5.565
3)	Cellulo-adénectomie unilatérale (avec examen histologique et rapport opératoire): partielle cervicale, axillaire, pelvienne ou inguinale	2F13	120,00	13.855
4)	Cellulo-adénectomie élargie (avec examen histologique et rapport opératoire): curage cervical fonctionnel ou radical, thoracique, abdominal	2F14	320,00	36.940
	<i>Sous-section 5 - Vaisseaux</i>			
	REMARQUE:			
	Les positions de cette sous-section ne s'appliquent qu'à la chirurgie vasculaire par abord direct, à l'exclusion des interventions sous imagerie avec abord par ponction.			
1)	Ligature ou dénudation avec cathétérisme des vaisseaux principaux des membres, opération isolée	2F21	17,45	2.015
2)	Ligature des vaisseaux principaux du cou, du bassin ou de la fesse; opération isolée	2F22	35,15	4.060
3)	Ligature des vaisseaux principaux de la tête, du thorax ou de l'abdomen; opération isolée	2F23	35,15	4.060
4)	Ligature de la veine cave	2F24	91,10	10.515
5)	Artériectomie des vaisseaux principaux des membres	2F25	50,70	5.855
6)	Artériectomie des vaisseaux principaux du cou, du bassin ou de la fesse	2F26	50,70	5.855
7)	Artériectomie des vaisseaux principaux de la tête, du thorax ou de l'abdomen	2F27	50,70	5.855
8)	Suture vasculaire, opération isolée	2F28	70,35	8.120
9)	Anévrysmectomie ou résection artérielle, avec rétablissement de la continuité, des troncs supraaortiques	2F31	273,45	31.565
10)	Anévrysmectomie ou résection artérielle, avec rétablissement de la continuité, de l'aorte abdominale ou des artères abdominales	2F32	273,45	31.565
11)	Anévrysmectomie ou résection artérielle, avec rétablissement de la continuité, des artères des membres	2F33	182,30	21.045
12)	Thrombo-endarterectomie des troncs supraaortiques	2F35	182,30	21.045
13)	Thrombo-endarterectomie du carrefour aortique ou des artères abdominales	2F36	182,30	21.045
14)	Thrombo-endarterectomie des artères des membres	2F37	182,30	21.045
15)	Embolectomie du carrefour aortique et des artères abdominales	2F41	70,35	8.120
16)	Embolectomie des artères des membres	2F42	70,35	8.120
17)	Pontage par greffe veineuse des troncs supra-aortiques	2F43	306,20	35.350
18)	Pontage par greffe veineuse des artères des membres	2F44	306,20	35.350
19)	Pontage par prothèse des troncs supra-aortiques	2F45	273,45	31.565
20)	Pontage par prothèse du carrefour aortique	2F46	364,60	42.090
21)	Pontage par prothèse des artères abdominales	2F47	273,45	31.565
22)	Pontage par prothèse des artères des membres	2F48	306,20	35.350
23)	Extirpation d'un paquet de varices	2F61	18,35	2.120
24)	Extirpation complète des varices de la jambe et du pied	2F62	50,70	5.855
25)	Extirpation complète des varices de la jambe et de la cuisse, y compris la crosse de la saphène	2F63	65,55	7.565

26)	Réséction de la crosse de la saphène interne et de ses affluents	2F64	50,70	5.855
27)	Anastomose porto-cave	2F65	182,30	21.045
28)	Pose d'un filtre cave ou d'un clip	2F66	95,10	10.980
29)	Thrombectomie veineuse du bassin et des membres	2F67	70,35	8.120
30)	Shunt externe pour hémodialyse	2F71	70,35	8.120
31)	Shunt interne pour hémodialyse	2F72	182,30	21.045
	<i>Sous-section 6 - Nerfs</i>			
1)	Suture nerveuse primitive	2P11	37,70	4.350
2)	Suture nerveuse secondaire	2P12	44,25	5.110
3)	Ablation d'une tumeur nerveuse avec suture	2P13	91,15	10.520
4)	Grefe nerveuse	2P14	115,60	13.345
5)	Rétablissement de la sensibilité par transplantation cutanée avec le pédicule vasculo-nerveux	2P15	144,55	16.685
6)	Libération d'un nerf comprimé après fracture	2P16	37,70	4.350
7)	Intervention pour syndrome du canal carpien avec neurolyse	2P21	48,20	5.565
8)	Neurotomie du nerf occipital ou du nerf phrénique	2P22	22,25	2.570
9)	Neurotomie d'un nerf de la face ou des membres	2P23	38,60	4.455
10)	Dénervation articulaire d'un doigt ou d'un orteil	2P24	19,20	2.215
11)	Dénervation du poignet ou de la cheville	2P25	57,85	6.680
12)	Dénervation de l'épaule	2P26	77,05	8.895
13)	Section bilatérale des nerfs hypogastriques ou érecteurs ou du nerf honteux interne	2P31	70,35	8.120
14)	Réséction du ganglion stellaire ou de la chaîne sympathique cervicale, dorsale, lombaire ou splanchnique	2P32	91,10	10.515
15)	Réséction du nerf présacré	2P33	52,05	6.010
16)	Sympathectomie périartérielle	2P34	46,85	5.410
	Section 3 - Chirurgie des os et des articulations			
	<i>Sous-section 1 - Os</i>			
1)	Ablation d'exostoses ou de chondrome	2K11	13,05	1.505
2)	Prise d'un greffon osseux - CAT	2K12	13,05	1.505
3)	Biopsie osseuse	2K13	13,05	1.505
4)	Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou cure d'un abcès d'un petit os	2K21	13,05	1.505
5)	Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou traitement d'un abcès central d'un grand os	2K22	36,40	4.200
6)	Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou traitement d'un abcès central d'un grand os, suivie de greffe osseuse	2K23	62,45	7.210
7)	Transplantation ou greffe osseuse	2K31	44,25	5.110
8)	Réséction diaphysaire avec rétablissement de la continuité par greffe, prothèse ou plastie	2K32	166,55	19.225
9)	Ostéotomie de redressement, d'allongement, de dérotation	2K33	166,55	19.225
10)	Opération de pseudarthrose avec greffe osseuse	2K34	166,55	19.225
11)	Ablation de matériel d'ostéosynthèse par voies d'accès superficielles, désenclouage	2K35	25,55	2.950
12)	Ablation de matériel d'ostéosynthèse: hanche, fémur, épaule, humérus	2K36	33,05	3.815
	<i>Sous-section 2 - Articulations</i>			
1)	Arthrotomie de drainage des doigts et orteils	2K41	3,90	450
2)	Arthrotomie de drainage de toute autre articulation	2K42	17,45	2.015
3)	Arthrotomie pour corps étranger ou synovectomie des doigts ou orteils, appareil de fixation compris	2K44	26,55	3.065
4)	Arthrotomie pour corps étranger ou synovectomie de l'épaule ou de la hanche, appareil de fixation compris, sauf plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux	2K45	126,90	14.650
5)	Arthrotomie pour corps étranger, lésions méniscales ou synovectomie du genou, appareil de fixation compris	2K46	126,90	14.650

6)	Arthrotomie pour corps étranger ou synoviectomie des articulations autres que doigt, orteil, hanche, épaule, genou, articulation temporo-maxillaire	2K47	74,15	8.560
7)	Réfection d'un ligament extra-articulaire d'une articulation importante	2K51	74,15	8.560
8)	Réfection d'un ligament intra-articulaire d'une articulation importante	2K52	148,10	17.095
9)	Ligamentoplastie d'une articulation de la main	2K53	38,60	4.455
10)	Ligamentoplastie de deux articulations de la main	2K54	48,20	5.565
11)	Ligamentoplastie de trois articulations ou plus de la main	2K55	67,35	7.775
12)	Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie des doigts ou orteils	2K61	35,35	4.080
13)	Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie sur carpe, poignet, coude, cheville ou tarse	2K62	97,85	11.295
14)	Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie de l'épaule ou du genou	2K63	148,10	17.095
15)	Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie de la hanche	2K64	185,25	21.385
15a)	Triple ostéotomie du bassin	2K65	305,00	35.210
16)	Arthroplastie par interposition d'une prothèse d'un doigt ou orteil	2K71	48,20	5.565
17)	Arthroplastie par interposition d'une prothèse du poignet	2K72	96,30	11.115
18)	Redressement articulaire progressif d'une grande articulation sous anesthésie générale	2K73	26,00	3.000

Section 4 - Chirurgie des membres

Sous-section 1 - Membre supérieur

1)	Aponévrotomie palmaire	2E11	19,20	2.215
2)	Extirpation partielle de l'aponévrose palmaire	2E12	57,85	6.680
3)	Extirpation partielle de l'aponévrose palmaire avec plastie d'un ou de plusieurs doigts	2E13	81,85	9.450
4)	Extirpation totale de l'aponévrose palmaire	2E14	115,60	13.345
5)	Extirpation totale de l'aponévrose palmaire avec plastie d'un ou de plusieurs doigts	2E15	139,60	16.115
6)	Traitement opératoire de la syndactylie d'une commissure, greffe comprise	2E21	77,05	8.895
7)	Traitement opératoire de la syndactylie sur deux commissures de la même main, greffe comprise	2E22	96,30	11.115
8)	Traitement opératoire du doigt à ressort, de la camptodactylie	2E25	15,05	1.735
9)	Ablation de l'hygroma du coude	2E28	11,00	1.270
10)	Amputation partielle ou totale d'un doigt	2E31	8,80	1.015
11)	Amputation partielle ou totale de deux doigts	2E32	13,20	1.525
12)	Amputation partielle ou totale de trois doigts ou plus	2E33	15,40	1.780
13)	Amputation d'un doigt avec résection du métacarpien	2E34	38,60	4.455
14)	Amputation de deux doigts avec résection des métacarpiens	2E35	57,90	6.685
15)	Replantation d'un doigt (ostéosynthèse, suture vasculaire, nerveuse ou tendineuse comprises)	2E36	173,45	20.025
16)	Replantation de deux doigts (ostéosynthèse, suture vasculaire, nerveuse ou tendineuse comprises)	2E37	260,20	30.035
17)	Replantation de trois doigts ou plus (ostéosynthèse, suture vasculaire, nerveuse ou tendineuse comprises)	2E38	303,55	35.040
18)	Amputation ou désarticulation de la main à l'épaule incluse	2E41	46,85	5.410
19)	Désarticulation interscapulo-thoracique	2E42	80,80	9.330
20)	Réfection complète d'un moignon du membre supérieur, à l'exception des doigts	2E43	26,00	3.000
21)	Cinématisation d'un moignon d'amputation (par temps opératoire)	2E44	44,25	5.110
22)	Enucléation d'un os du carpe	2E45	35,15	4.060
23)	Pollicisation d'un doigt	2E46	173,45	20.025
24)	Phalangisation d'un métacarpien	2E47	77,05	8.895
25)	Restauration de l'opposition du pouce	2E48	57,85	6.680
26)	Prothèse totale du coude	2E49	223,70	25.825

Sous-section 2 - Membre inférieur

1)	Suture du tendon d'Achille, du tendon rotulien ou de la longue portion du biceps (immobilisation comprise)	2E51	58,25	6.725
----	--	------	-------	-------

2)	Traitement opératoire d'un orteil en marteau par résection ou par amputation	2E52	8,80	1.015
3)	Opération d'alignement des métatarsiens (Clayton), par orteil	2E53	35,35	4.080
4)	Traitement chirurgical d'un hallux valgus	2E54	26,00	3.000
5)	Amputation partielle ou totale d'un orteil	2E61	8,80	1.015
6)	Amputation ou désarticulation du pied à la hanche excluse	2E62	46,85	5.410
7)	Désarticulation de la hanche	2E63	80,80	9.330
8)	Désarticulation interilio-abdominale	2E64	117,25	13.535
9)	Réfection d'un moignon du membre inférieur, à l'exception des orteils	2E65	26,00	3.000
10)	Astragalectomie	2E71	44,25	5.110
11)	Patellectomie	2E72	44,25	5.110
12)	Ablation d'un hygroma prérotulien	2E73	8,80	1.015
13)	Ablation de l'ongle avec sa matrice - CAC	2E74	4,30	495
14)	Extirpation d'un névrome de Morton	2E75	38,60	4.455
15)	Réduction orthopédique de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise	2E81	26,00	3.000
16)	Changement de position après une réduction orthopédique de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise	2E82	13,00	1.500
17)	Réduction orthopédique bilatérale pour luxation congénitale des hanches	2E83	35,15	4.060
18)	Changement de position après une réduction orthopédique bilatérale pour luxation congénitale des hanches	2E84	17,60	2.030
19)	Traitement sanglant de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise	2E85	80,80	9.330
20)	Prothèse totale de la hanche	2E90	223,70	25.825
21)	Prothèse totale du genou	2E91	223,70	25.825
22)	Prothèse totale de la cheville	2E92	223,70	25.825
23)	Prothèse totale de l'épaule	2E93	223,70	25.825
24)	Redressement non sanglant d'un pied bot	2E94	10,70	1.235
25)	Redressement sanglant d'un pied bot	2E95	54,75	6.320
26)	Changement de prothèse totale de la hanche	2E96	305,00	35.210
27)	Changement de prothèse totale du genou	2E97	305,00	35.210

Section 5 - Chirurgie du thorax et du cou

Sous-section 1 - Cou

1)	Torticolis traité par ténotomie sous-cutanée	2H11	13,60	1.570
2)	Torticolis traité par allongement à ciel ouvert	2H12	35,35	4.080
3)	Scalénotomie	2H13	20,75	2.395
4)	Ablation de fistules ou de kystes congénitaux du cou	2H21	44,25	5.110
5)	Thyroïdectomie partielle	2H31	124,45	14.365
6)	Thyroïdectomie totale	2H32	124,45	14.365
7)	Thyroïdectomie nécessitant une sternotomie	2H33	213,45	24.640
8)	Parathyroïdectomie	2H41	124,45	14.365
9)	Parathyroïdectomie ectopique	2H42	213,45	24.640
10)	Thymectomie	2H43	213,45	24.640

Sous-section 2 - Chirurgie des seins

1)	Incision et drainage d'un abcès du sein	2S11	8,50	980
2)	Biopsie du sein	2S21	10,50	1.210
3)	Ponction-biopsie du sein - CAC	2S22	2,75	315
4)	Ablation d'une tumeur bénigne du sein	2S31	10,50	1.210
5)	Excision locale d'une tumeur maligne du sein	2S32	107,55	12.415
6)	Mastectomie pour lésion bénigne	2S41	107,55	12.415
7)	Mastectomie pour lésion maligne	2S42	107,55	12.415
8)	Mastectomie pour gynécomastie de l'homme	2S43	107,55	12.415

9)	Plastie d'un sein pour hypertrophie - APCM	2S61	113,90	13.150
10)	Remodelage du sein contro-latéral après amputation d'un sein	2S62	113,90	13.150
11)	Plastie reconstructrice du sein après amputation, y compris la mise en place éventuelle d'une prothèse mammaire	2S71	113,90	13.150
12)	Plastie reconstructrice du sein après amputation avec reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire	2S72	170,90	19.730
13)	Reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire après opération antérieure - APCM	2S73	57,00	6.580
14)	Implantation ou échange d'une prothèse mammaire - APCM	2S74	57,00	6.580
15)	Plastie d'augmentation d'un sein par prothèse en cas d'aplasie ou en cas d'hypoplasie unilatérale avec asymétrie importante - APCM	2S75	96,30	11.115
<i>Sous-section 3 - Cage thoracique</i>				
1)	Résection d'une côte cervicale	2T11	44,25	5.110
2)	Résection de côtes	2T12	30,75	3.550
3)	Traitement chirurgical des difformités de la paroi thoracique (en entonnoir, en carène)	2T21	78,10	9.015
4)	Thoracoplastie portant sur la paroi thoracique	2T22	78,10	9.015
5)	Fracture du sternum et/ou de côte(s), traitement sanglant	2T23	71,40	8.240
<i>Sous-section 4 - Médiastin</i>				
1)	Médiastinoscopie	2T31	82,00	9.465
2)	Extirpation d'un kyste ou d'une tumeur bénigne du médiastin	2T41	213,45	24.640
3)	Extirpation d'une tumeur maligne du médiastin	2T42	213,45	24.640
4)	Chirurgie des lésions de l'oesophage thoracique sans suppression de la continuité, sans anastomose	2T51	213,45	24.640
5)	Résection segmentaire de l'oesophage et oesophagoplastie	2T52	213,45	24.640
6)	Résection segmentaire de l'oesophage et anastomose gastrique ou entérique	2T53	286,10	33.025
REMARQUE:				
Les positions 2T41 à 2T53 ne peuvent être mises en compte qu'en cas d'intervention avec sternotomie ou thoracotomie.				
<i>Sous-section 5 - Poumons et Plèvre</i>				
1)	Thoracotomie exploratrice et petite intervention locale	2T61	61,60	7.110
2)	Opération de la pleurésie purulente avec résection costale	2T62	35,15	4.060
3)	Thoracoplastie avec intervention pleuro-pulmonaire	2T71	78,10	9.015
4)	Pneumothorax extra-pleural	2T72	52,05	6.010
5)	Décortication pleurale	2T73	78,10	9.015
6)	Traitement par thoracotomie des lésions traumatiques graves des poumons et de la cage thoracique	2T74	184,50	21.300
7)	Lobectomie ou résection segmentaire	2T81	184,50	21.300
8)	Pneumonectomie	2T82	184,50	21.300
<i>Sous-section 6 - Coeur, gros vaisseaux du médiastin</i>				
a) Intervention sans circulation extra-corporelle				
1)	Péricardectomie	2C11	182,30	21.045
2)	Implantation du boîtier du stimulateur cardiaque (sans mise en place de la sonde)	2C21	39,50	4.560
3)	Changement du boîtier du stimulateur cardiaque	2C22	39,50	4.560
4)	Chirurgie des plaies du coeur et des gros vaisseaux du médiastin	2C31	130,20	15.030
b) Chirurgie du coeur avec circulation extra-corporelle				
5)	Mise en place de la circulation extra-corporelle (assistance opératoire non applicable) - CAT	2C41	143,70	16.590
6)	Revascularisation chirurgicale portant sur une artère coronaire	2C51	191,55	22.115
7)	Revascularisation chirurgicale portant sur deux artères coronaires	2C52	287,35	33.170
8)	Revascularisation chirurgicale portant sur trois artères coronaires	2C53	383,15	44.230

9)	Chirurgie portant sur un orifice cardiaque	2C61	191,55	22.115
10)	Chirurgie portant sur plus d'un orifice cardiaque	2C62	287,35	33.170

REMARQUE:

Les positions 2C61 et 2C62 peuvent être cumulées à plein tarif avec une des positions 2C51, 2C52 ou 2C53.

Section 6 - Chirurgie de l'appareil digestif et de l'abdomen

Sous-section 1 - Paroi abdominale

1)	Cure de hernie ombilicale	2A11	78,20	9.025
2)	Cure de hernie inguinale, crurale ou autre	2A21	78,20	9.025
3)	Cure de hernie étranglée sans résection viscérale	2A22	78,20	9.025
4)	Cure de hernie avec hydrocèle ou ectopie testiculaire	2A23	78,20	9.025
5)	Cure de hernie avec résection d'intestin	2A24	106,70	12.315
6)	Cure d'une grande éventration avec ou sans mise en place d'une prothèse	2A31	106,70	12.315

Sous-section 2 - Cavité péritonéale

1)	Laparotomie exploratrice et petite intervention éventuelle, non cumulable avec une autre intervention intra-abdominale	2A51	52,05	6.010
2)	Laparotomie et cure d'une collection (abcès...), non cumulable avec autre une intervention intra-abdominale	2A52	44,25	5.110
3)	Laparotomie d'urgence et cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, sans résection ni anastomose	2A53	120,90	13.955
4)	Laparotomie d'urgence et cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, avec résection d'organe	2A54	120,90	13.955
5)	Laparotomie d'urgence et cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, avec anastomose	2A55	120,90	13.955
6)	Cure de hernie hiatale ou éventration diaphragmatique	2A61	213,45	24.640
7)	Gastroplastie pour obésité pathologique - APCM	2A62	213,45	24.640

Sous-section 3 - Estomac et intestin

1)	Oesophagoplastie pour achalasie	2D11	213,45	24.640
2)	Gastrotomie, duodénotomie, entérotomie, non cumulable avec une intervention intra-abdominale	2D21	67,75	7.820
3)	Cure de fistule ou de stomie de l'estomac ou du grêle	2D22	70,95	8.190
4)	Gastrostomie, duodénostomie	2D23	78,20	9.025
5)	Vagotomie tronculaire, acte isolé	2D24	78,20	9.025
6)	Vagotomie sélective, acte isolé	2D25	213,45	24.640
7)	Gastro-entérostomie	2D31	145,25	16.770
8)	Gastro-entérostomie et vagotomie tronculaire	2D32	184,35	21.280
9)	Pyloroplastie	2D33	99,45	11.480
10)	Pyloroplastie et vagotomie tronculaire	2D34	138,55	15.995
11)	Pyloroplastie pour sténose pylorique du nourrisson	2D35	99,45	11.480
12)	Gastrectomie partielle	2D41	145,25	16.770
13)	Dégastro-entérostomie et gastrectomie	2D42	177,85	20.530
14)	Gastrectomie totale	2D43	177,85	20.530
15)	Gastrectomie totale pour cancer	2D44	177,85	20.530
16)	Résection segmentaire du grêle, anastomose entre deux (segments de) viscères digestifs	2D51	120,90	13.955
17)	Cure d'occlusion du nouveau-né par malformation congénitale (atrésie, volvulus, méésentère commun)	2D52	145,25	16.770
18)	Colostomie, caecostomie, iléostomie	2D61	78,20	9.025
19)	Colostomie, caecostomie, iléostomie pour cancer	2D62	78,20	9.025
20)	Cure de fistule ou stomie du côlon sans laparotomie	2D63	70,95	8.190
21)	Appendicectomie, acte non cumulable avec une autre intervention intra-abdominale	2D71	61,60	7.110
22)	Ablation du diverticule de Meckel, avec ou sans appendicectomie	2D72	61,60	7.110

23) Colectomie segmentaire avec anastomose	2D81	160,10	18.480
24) Colectomie segmentaire avec abouchement à la peau	2D82	238,30	27.510
25) Hémicolectomie	2D83	160,10	18.480
26) Colectomie totale	2D84	240,15	27.725
27) Opération de fixation d'un organe abdominal (pexie), non cumulable avec une autre intervention intra-abdominale	2D91	99,45	11.480
<i>Sous-section 4 - Foie, voies biliaires, pancréas</i>			
1) Cholécystotomie ou cholécystostomie	2B11	57,25	6.610
2) Cholécystectomie (manométrie éventuelle comprise), non cumulable avec une intervention sur les voies biliaires	2B21	99,45	11.480
3) Scopie ou radiographie peropératoire des voies biliaires ou pancréatiques - CAT	2B22	20,80	2.400
4) Cholédotomie ou hépatotomie	2B31	156,65	18.085
5) Cholédotomie avec papillotomie	2B32	156,65	18.085
6) Reconstitution de la voie biliaire principale après interruption de la continuité	2B33	156,65	18.085
7) Anastomose bilio-digestive directe sur la voie biliaire principale	2B41	156,65	18.085
8) Anastomose bilio-digestive sur la voie biliaire principale par l'intermédiaire d'une anse grêle	2B42	217,10	25.060
9) Anastomose bilio-digestive sur canal biliaire hilaire ou intrahépatique	2B43	217,10	25.060
10) Résection des voies biliaires pour cancer	2B44	213,45	24.640
11) Cure de fistule biliaire	2B45	125,15	14.445
12) Intervention pour kyste, abcès ou fistule du foie ou de la rate	2B51	99,45	11.480
13) Résection segmentaire ou lobaire du foie et résection d'une tumeur localisée	2B52	213,45	24.640
14) Pancréatectomie partielle, excision d'une tumeur localisée	2B61	156,65	18.085
15) Duodéno-pancréatectomie	2B62	307,60	35.510
16) Duodéno-pancréatectomie pour cancer	2B63	307,60	35.510
17) Marsupialisation d'un kyste du pancréas	2B64	99,45	11.480
<i>Sous-section 5 - Surrénales, rate</i>			
1) Splénectomie	2B91	107,80	12.445
2) Surrénalectomie sans intervention sur le rein avec ou sans résection des splanchniques, avec ou sans décapsulation, acte isolé	2B92	150,00	17.315
<i>Sous-section 6 - Rectum et anus</i>			
1) Intervention pour imperforation de l'anus, forme simple	2R11	7,00	810
2) Imperforation anale vraie, traitement par voie basse	2R12	83,40	9.630
3) Imperforation anale traitée par voie haute ou combinée	2R13	156,25	18.040
4) Fissure anale ou hémorroïde traitée par électrocoagulation ou injection sclérosante, première séance	2R21	9,30	1.075
5) Fissure anale ou hémorroïde traitée par électrocoagulation ou injection sclérosante, séances suivantes	2R22	4,50	520
6) Hémorroïdes ou prolapsus anal, excision	2R23	35,50	4.100
7) Hémorroïdes, résection circulaire	2R24	35,50	4.100
8) Cerclage de l'anus, acte isolé	2R31	13,05	1.505
9) Traitement chirurgical du prolapsus rectal (sans résection), toute voie d'abord	2R32	92,40	10.665
10) Traitement de plaies du canal anal et du périnée	2R41	35,50	4.100
11) Plaies du rectum, tumeurs bénignes du rectum, traitement par voie basse	2R42	92,40	10.665
12) Traitement par voie basse des lésions traumatiques complexes du périnée, du canal ano-rectal et des organes du petit bassin	2R43	63,10	7.285
13) Mise à plat des abcès de la marge de l'anus et des fistules intra-sphinctériennes	2R51	35,50	4.100
14) Traitement chirurgical des fistules et abcès profonds ou extra-sphinctériens de l'anus	2R52	63,10	7.285
15) Reconstruction du sphincter anal par plastie musculaire	2R53	92,40	10.665
16) Excision de tumeurs de la marge de l'anus	2R61	6,55	755
17) Résection du rectum	2R71	199,15	22.990

18)	Amputation du rectum et colostomie	2R72	238,25	27.505
19)	Rétablissement secondaire de la continuité intestinale après résection recto-colique	2R73	199,15	22.990
Section 7 - Neurochirurgie, Chirurgie du rachis				
<i>Sous-section 1 - Crâne et encéphale</i>				
1)	Trépanation pour traumatisme récent avec ouverture de la dure-mère	2N11	200,60	23.155
2)	Extraction d'un corps étranger intra-cérébral	2N12	218,80	25.260
3)	Traitement d'une plaie crânio-cérébrale avec embarrure	2N13	218,80	25.260
4)	Intervention réparatrice pour perte de substance crânienne (prothèse exogène ou autoplastie)	2N14	264,60	30.545
5)	Plastie pour brèche avec écoulement de liquide céphalo-rachidien	2N15	205,40	23.710
6)	Trépanation exploratrice, quelque soit le nombre des trous de trépan	2N21	45,75	5.280
7)	Trépanation exploratrice avec intervention palliative sur lésion chronique ou inopérable	2N22	136,90	15.805
8)	Intervention secondaire pour complications locales	2N23	218,80	25.260
9)	Chirurgie de la crânio-sténose	2N24	218,80	25.260
10)	Intervention sur la région hypophysaire ou sur les nerfs optiques	2N31	218,80	25.260
11)	Intervention sur la fosse cérébrale postérieure, intervention pour malformation d'Arnold-Chiari	2N32	300,95	34.740
12)	Trépanation et ablation d'une tumeur de la voûte crânienne	2N33	132,40	15.285
13)	Trépanation et ablation de tumeur, hématome ou abcès des hémisphères cérébraux	2N34	218,80	25.260
14)	Trépanation et ablation d'un méningiome	2N35	300,95	34.740
15)	Trépanation et ablation d'une tumeur profonde para- ou intra-ventriculaire, d'un pinéalome	2N36	300,95	34.740
16)	Trépanation et évacuation d'un abcès ou d'un hématome extra-dural	2N37	100,55	11.605
17)	Anastomose vasculaire extra - intracrânienne	2N41	319,25	36.855
18)	Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne par abord direct	2N42	319,25	36.855
19)	Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne par volet bifrontal	2N43	328,55	37.930
20)	Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne avec dénudation des carotides	2N44	342,05	39.485
21)	Traitement opératoire d'une malformation vasculaire de la fosse cérébrale postérieure	2N45	342,05	39.485
22)	Intervention pour conflit artère - nerf intracrânien	2N46	300,95	34.740
23)	Excision d'une cicatrice cérébrale ou d'une zone épileptogène	2N51	218,80	25.260
24)	Drainage permanent des ventricules pour hydrocéphalie	2N52	218,80	25.260
25)	Dérivation kysto - péritonéale ou sous-duro - péritonéale	2N53	218,80	25.260
26)	Drainage temporaire par trépanoponction pour hydrocéphalie	2N54	100,55	11.605
27)	Mise en place d'un capteur de pression intra - crânienne	2N55	100,55	11.605
28)	Insertion d'un cathéter ventriculaire avec installation d'un réservoir	2N56	100,55	11.605
29)	Drainage lombaire temporaire pour hypertension intra - crânienne	2N57	45,75	5.280
30)	Topectomie, lobotomie, tractotomie	2N58	218,80	25.260
31)	Interventions stéréotaxiques, temps opératoire et radiologique	2N61	337,50	38.960
32)	Réintervention stéréotaxique homolatérale	2N62	136,90	15.805
33)	Section isolée de la tente du cervelet	2N63	182,40	21.055
34)	Hémisphérectomie cérébrale ou cérébelleuse	2N64	342,05	39.485
35)	Traitement chirurgical de la méningoencéphalocèle de la voûte du crâne	2N65	100,55	11.605
36)	Traitement chirurgical de la méningoencéphalocèle de la base du crâne	2N66	182,40	21.055
37)	Trépanoponction ventriculaire	2N71	36,40	4.200
38)	Ponction latéofontanelle	2N72	22,75	2.625
39)	Trépanation décompressive (grand volet)	2N73	136,90	15.805

Sous-section 2 - Nerfs crâniens et périphériques

1) Neurotomie intra - crânienne	2N81	136,90	15.805
2) Neurectomie vestibulaire	2N82	300,95	34.740
3) Gangliolyse (Taarnhoj)	2N83	182,40	21.055
4) Neurotomie sélective ou anastomose du nerf facial périphérique	2N84	136,90	15.805
5) Thermocoagulation du trijumeau	2N85	136,90	15.805
6) Transposition d'un tronc nerveux	2N86	91,15	10.520
7) Exploration du plexus brachial	2N87	136,90	15.805

Sous-section 3 - Chirurgie du canal rachidien

1) Traitement chirurgical du spina bifida sans méningo-myélocèle	2V11	57,25	6.610
2) Traitement chirurgical du spina bifida avec méningo-myélocèle	2V12	136,90	15.805
3) Laminectomie avec cure d'abcès, arachnoidite, pachyméningite	2V21	136,90	15.805
4) Laminectomie avec section des ligaments dentelés	2V22	136,90	15.805
5) Laminectomie avec ablation d'une tumeur sous-durale, extramédullaire	2V23	168,85	19.490
6) Cure chirurgicale d'une malformation vasculaire médullaire	2V24	168,85	19.490
7) Laminectomie avec ponction d'une tumeur intramédullaire	2V31	136,90	15.805
8) Laminectomie pour hématome intrarachidien	2V32	168,85	19.490
9) Intervention pour syringomyélie ou hydromélie	2V33	168,85	19.490
10) Laminectomie avec ablation d'une tumeur intramédullaire	2V34	218,80	25.260
11) Laminectomie avec ablation d'une tumeur de la queue de cheval	2V35	218,80	25.260
12) Extraction d'un corps étranger du canal rachidien	2V36	136,90	15.805
13) Cordotomie isolée	2V41	136,90	15.805
14) Cordotomies combinées multiples	2V42	159,70	18.435
15) Myélotomie commissurale	2V43	136,90	15.805
16) Radicotomies intradurales multiples	2V44	159,70	18.435
17) Implantation du boîtier d'un stimulateur médullaire	2V51	39,50	4.560
18) Mise en place par voie percutanée de la sonde d'un stimulateur médullaire sous contrôle radiologique et stimulation de repérage	2V52	65,95	7.615
19) Mise en place par voie percutanée de la sonde d'un stimulateur médullaire sous contrôle radiologique, stimulation de repérage et implantation du boîtier	2V53	87,50	10.100
20) Laminectomie et mise en place de la sonde d'un stimulateur, stimulation éventuelle avec enregistrement des potentiels évoqués	2V54	136,95	15.810
21) Laminectomie et mise en place de la sonde d'un stimulateur, stimulation éventuelle avec enregistrement des potentiels évoqués et implantation du boîtier	2V55	156,70	18.090

Sous-section 4 - Chirurgie des vertèbres et disques intervertébraux

Remarque: Sauf indication contraire prévue dans le libellé, les positions tarifaires sont applicables par niveau respectivement segment et par voie d'abord.

a) Rachis cervical

1) Réduction et contention d'une fracture ou luxation cervicale par traction transosseuse	2V61	45,75	5.280
2) Ostéosynthèse occipito-cervicale	2V62	113,85	13.145
3) Ostéosynthèse cervicale	2V63	136,90	15.805
4) Ostéosynthèse cervicale par voie transorale	2V64	252,15	29.110
5) Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis cervical (ostéosynthèse comprise)	2V65	168,85	19.490
6) Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis cervical, par voie transorale (ostéosynthèse comprise)	2V66	252,15	29.110
7) Greffe osseuse cervicale, prise du greffon comprise	2V67	78,10	9.015
8) Laminectomie cervicale simple, un niveau	2V71	68,50	7.910
9) Laminectomie cervicale élargie, plus d'un niveau	2V72	168,85	19.490
10) Intervention pour hernie discale cervicale avec ou sans uncoforaminotomie	2V73	168,85	19.490
11) Corporectomie cervicale avec greffe et ostéosynthèse	2V75	252,15	29.110

b) Rachis dorsal ou lombaire			
1)	Réduction et contention d'une fracture ou luxation de la colonne dorsale ou lombaire	2V81	35,35 4.080
2)	Ostéosynthèse dorsale par voie postérieure	2V82	136,90 15.805
3)	Ostéosynthèse dorsale par voie antérieure	2V83	168,85 19.490
4)	Ostéosynthèse lombaire	2V84	136,90 15.805
5)	Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis dorsal ou lombaire (ostéosynthèse comprise)	2V85	168,85 19.490
6)	Greffe osseuse dorsale ou lombaire, prise du greffon comprise	2V86	78,10 9.015
7)	Laminectomie dorsale ou lombaire simple, un niveau	2V91	68,50 7.910
8)	Laminectomie dorsale ou lombaire élargie, plus d'un niveau	2V92	168,85 19.490
9)	Intervention pour hernie discale dorsale ou lombaire	2V93	100,55 11.605
10)	Arthrodèse intersomatique lombaire (greffe et prise du greffon comprise)	2V94	175,95 20.310
11)	Traitement orthopédique d'une scoliose ou cyphose avec réduction et contention	2V95	45,75 5.280
12)	Traitement chirurgical d'une scoliose ou cyphose avec ostéosynthèse, quelle que soit l'étendue	2V96	252,15 29.110
13)	Réséction du coccyx, opération pour fistule sacro-coccygienne	2V97	36,20 4.180

Chapitre 3.- Oto-Rhino-Laryngologie

Section 1 - Oreilles

Sous-section 1 - Examens

1)	Audiométrie vocale en chambre insonorisée	3R01	10,05 1.160
2)	Location d'appareil	3R01X	2,25 260
3)	Audiométrie tonale en chambre insonorisée complétée par audiométrie vocale et/ou par recherche du recrutement, documentation par graphique	3R02	15,00 1.730
4)	Location d'appareil	3R02X	2,25 260
5)	Audiométrie comportementale de l'enfant de moins de 6 ans	3R03	12,00 1.385
6)	Location d'appareil	3R03X	2,25 260
7)	Electrocochléographie	3R06	27,75 3.205
8)	(en suspens)		
9)	(en suspens)		
10)	Electronystagmographie et tests d'oculomotricité avec épreuve rotatoire en fauteuil pendulaire	3R08	40,00 4.620
11)	Balayage audiométrique - CAC	3R11	4,00 460
12)	Location d'appareil	3R11X	2,25 260
13)	Audiométrie tonale en chambre insonorisée, détermination des seuils de conduction aérienne et osseuse pour les fréquences 250 à 8000 Hz, documentation par graphique	3R12	10,05 1.160
14)	Location d'appareil	3R12X	2,25 260
15)	Impédancemétrie (tympanométrie, réflexe stapédien) - CAC (non cumulable à la position 3R02)	3R13	4,00 460
16)	Location d'appareil	3R13X	2,25 260
17)	Otoscopie au microscope - CAC	3R14	3,90 450
18)	Examen labyrinthique avec épreuve de stimulation - CAC	3R15	5,00 575
19)	Electronystagmographie avec épreuve de stimulation	3R16	22,40 2.585
20)	Location d'appareil	3R16X	5,95 685
21)	Potentiels évoqués auditifs, en chambre insonorisée, avec recherche du seuil de détection de l'onde V et étude des latences	3R17	33,65 3.885
22)	Location d'appareil	3R17X	14,40 1.660

REMARQUE: Ne sont pas cumulables entre eux:

* les examens d'audiométrie (3R01, 3R02, 3R03, 3R11, 3R12)

* les examens labyrinthiques (3R08, 3R15, 3R16)

Sous-section 2 - Petites interventions

1) Cathétérisme ou bougirage de la trompe d'Eustache - CAC	3R21	4,65	535
2) Extraction d'un corps étranger enclavé du conduit auditif externe - CAC	3R22	5,00	575
3) Paracentèse du tympan ou injection transtympanique	3R23	7,75	895
4) Drainage transtympanique	3R24	20,70	2.390
5) Extraction d'un polype de l'oreille moyenne	3R25	7,55	870
6) Traitement pré-opératoire de l'otite chronique sous microscope, par séance (maximum 4 séances)	3R26	12,00	1.385
7) Traitement post-opératoire de l'otite chronique sous microscope, par séance, (maximum 5 séances)	3R29	12,00	1.385

Sous-section 3 - Chirurgie de l'oreille

1) Autoplastie du pavillon de l'oreille avec intervention sur le cartilage, chirurgie de l'oreille décollée - APCM	3R31	60,65	7.000
2) Reconstitution du pavillon de l'oreille pour aplasie ou mutilation grave, avec greffe cartilagineuse, non compris les temps de préparation des lambeaux cutanés	3R32	115,60	13.345
3) Ablation d'un ostéome pédiculé du conduit auditif	3R41	10,70	1.235
4) Ablation d'un ostéome non pédiculé du conduit auditif	3R42	21,80	2.515
5) Ablation d'une tumeur maligne de l'oreille externe par résection cunéiforme	3R43	10,70	1.235
6) Résection large d'une tumeur maligne de l'oreille externe	3R44	32,60	3.765
7) Plastie du tympan avec réparation de la continuité de la chaîne ossiculaire, quelque soit le temps osseux	3R50	156,25	18.040
8) Plastie de la membrane tympanique (myringoplastie)	3R51	104,10	12.015
9) Trépanation du labyrinthe	3R52	91,10	10.515
10) Intervention pour ankylose de l'étrier	3R53	156,25	18.040
11) Mastoïdectomie simple	3R61	65,00	7.505
12) Evidement pétro-mastoidien	3R64	91,10	10.515
13) Opération de libération ou de réparation du nerf facial intrapétreux	3R67	156,25	18.040
14) Résection du rocher pour tumeur de l'oreille moyenne, mastoïdectomie comprise	3R68	200,00	23.090

Section 2 - Nez et Sinus

Sous-section 1 - Examens

1) Rhinomanométrie, mesure des débits et des pressions	3N10	12,30	1.420
2) Location d'appareil	3N10X	2,15	250
3) Rhinomanométrie avant et après épreuve pharmaco-dynamique (non cumulable à la position 3N10)	3N11	18,45	2.130
4) Location d'appareil	3N11X	2,15	250
5) Sinuscopie avec optique, exploration (non cumulable avec un acte de chirurgie intrasinusale)	3N12	29,25	3.375
6) Rhinoscopie antérieure avec optique, exploration complète des fosses nasales et des méats (non cumulable avec un acte de chirurgie endonasale, ni avec la sinuscopie), avec ou sans biopsie - CAC	3N13	5,00	575
7) Sinuscopie avec optique et biopsie (non cumulable avec un acte de chirurgie intrasinusale)	3N14	39,00	4.500

Sous-section 2 - Petites interventions

1) Hémostase nasale par tamponnement antérieur et postérieur	3N20	60,00	6.925
2) Réduction simple d'une fracture du nez, contention comprise	3N21	13,05	1.505
3) Hémostase nasale par tamponnement antérieur - CAC	3N22	3,80	440
4) Incision d'un hématome ou d'un abcès intra-nasal - CAC	3N23	4,25	490
5) Traitement de lésions de la muqueuse nasale par électrocoagulation, cautérisation, infiltration, injection sclérosante (anesthésie locale comprise) - CAC	3N25	5,30	610
6) Ablation de polypes nasaux, la première séance	3N26	12,55	1.450
7) Ablation de polypes nasaux, séance suivante pour une période de six mois	3N27	7,55	870

8)	Panendoscopie naso-sinusienne de nettoyage après chirurgie de la rhino-sinusite polypeuse, un côté	3N28	60,00	6.925
9)	Extraction de corps étrangers enclavés du nez, anesthésie locale comprise - CAC	3N30	5,00	575
10)	Ponction isolée du sinus maxillaire, anesthésie locale comprise	3N31	8,80	1.015
11)	Lavage et/ou aspiration et/ou instillation au niveau d'un sinus par un orifice naturel ou artificiel	3N32	6,15	710
12)	Sidération du ganglion sphéno-palatin ou des branches du trijumeau à la sortie du crâne, première séance	3N35	12,55	1.450
13)	Sidération du ganglion sphéno-palatin ou des branches du trijumeau à la sortie du crâne, séance suivante	3N36	7,55	870
<i>Sous-section 3 - Chirurgie du nez</i>				
1)	Réduction sanglante d'une fracture du nez ou de sinus, contention comprise	3N41	35,15	4.060
2)	Traitement chirurgical du rhinophyma, une ou plusieurs séances	3N42	16,75	1.935
3)	Extraction de corps étrangers par rhinotomie externe	3N43	35,15	4.060
4)	Réséction d'un éperon ou d'une crête de cloison	3N44	11,00	1.270
5)	Plastie narinaire sur traumatisme, avec greffe	3N45	35,15	4.060
6)	Plastie narinaire sur cicatrice, un ou plusieurs temps	3N46	44,25	5.110
7)	Septoplastie correctrice, un ou plusieurs temps	3N47	65,00	7.505
8)	Rhinoplastie reconstructrice de la pyramide nasale - APCM	3N48	78,10	9.015
9)	Réséction sous-muqueuse d'une déviation de la cloison nasale	3N51	31,25	3.610
10)	Chirurgie de la rhinite atrophique	3N52	78,10	9.015
11)	Traitement d'une synéchie nasale ostéo-cartilagineuse, une ou plusieurs séances	3N53	15,05	1.735
12)	Réséction endonasale d'une oblitération choanale osseuse	3N54	65,00	7.505
13)	Réséction partielle ou totale d'un cornet (conchotomie, turbinectomie)	3N55	15,00	1.730
<i>Sous-section 4 - Chirurgie des sinus</i>				
1)	Traitement d'une sinusite frontale par forage de Beck	3N61	30,55	3.525
2)	Traitement chirurgical d'une sinusite ethmoïdale et/ou frontale par voie externe ou endonasale, un côté	3N62	80,00	9.235
3)	Traitement chirurgical d'une sinusite maxillaire par la fosse canine ou par voie endonasale avec méatotomie moyenne, un côté	3N65	80,00	9.235
4)	Méatotomie inférieure, un côté	3N66	44,25	5.110
5)	Traitement chirurgical d'une sinusite sphénoïdale, un côté	3N71	60,00	6.925
6)	Traitement chirurgical d'une pansinusite unilatérale	3N72	120,00	13.855
7)	Traitement chirurgical d'un ostéome ou d'un mucocèle ethmoïdal et/ou frontal	3N75	100,00	11.545
Section 3 - Pharynx, Larynx, Trachée				
<i>Sous-section 1 - Examens</i>				
1)	Pharyngo-laryngoscopie indirecte avec optique	3L11	9,90	1.145
2)	Naso-pharyngo-laryngo-fibroscopie	3L12	15,00	1.730
3)	Location d'appareil	3L12X	12,75	1.470
4)	Naso-pharyngo-laryngo-fibroscopie avec biopsie	3L13	20,00	2.310
5)	Location d'appareil	3L13X	12,75	1.470
6)	(en suspens)			
7)	(en suspens)			
8)	Panendoscopie comprenant une endoscopie des fosses nasales, du pharynx, du larynx, de la trachée, des bronches et de l'oesophage à la recherche de lésions cancéreuses, (sous anesthésie générale) biopsies comprises	3L18	75,00	8.660
<i>Sous-section 2 - Petites interventions</i>				
1)	Intubation trachéale	3L21	6,30	725
2)	Tubage du larynx	3L22	6,30	725
3)	Biopsie sous laryngoscopie indirecte, anesthésie locale comprise	3L23	28,60	3.300
4)	Dilatation laryngée, première séance, anesthésie locale comprise	3L24	5,15	595

5) Dilatation laryngée, séance suivante, anesthésie locale comprise	3L25	3,50	405
6) Extraction par les voies naturelles d'un corps étranger du pharynx ou du larynx, sans endoscopie, anesthésie locale comprise	3L31	8,50	980
7) Extraction par les voies naturelles d'un corps étranger enclavé du pharynx ou du larynx, sans endoscopie, anesthésie locale comprise	3L32	25,15	2.905
8) Cautérisation chimique du larynx - CAC	3L33	4,00	460
9) Electrocoagulation endolaryngée , anesthésie locale comprise, première séance	3L34	9,05	1.045
10) Electrocoagulation endolaryngée , anesthésie locale comprise, séance suivante	3L35	6,15	710

Sous-section 3 - Chirurgie

1) Adénotomie, non cumulable avec l'amygdalectomie (3 L 42/43)	3L41	20,00	2.310
2) Amygdalectomie, uni- ou bilatérale, chez l'enfant de moins de 12 ans	3L42	41,70	4.815
3) Amygdalectomie, uni- ou bilatérale, chez personne de plus de 12 ans	3L43	46,85	5.410
4) Extirpation d'un fibrome naso-pharyngien, un ou plusieurs temps	3L44	150,00	17.315
5) Extirpation de tumeurs malignes de l'épipharynx	3L45	150,00	17.315
6) Incision d'un abcès rétro- ou latéropharyngien	3L51	35,15	4.060
7) Incision d'un abcès endo- ou périlaryngé	3L52	17,45	2.015
8) Microlaryngoscopie, laryngoscopie directe, sous anesthésie générale, avec ou sans biopsie	3L54	30,00	3.465
9) Microlaryngoscopie avec résection de nodules, kystes ou polypes	3L56	50,00	5.770
10) Microlaryngoscopie avec épluchage complet d'une corde vocale	3L57	60,00	6.925
11) Microchirurgie endoscopique avec aryténoïdectomie. aryténoïdopexie ou résection de cordes vocales	3L58	90,00	10.390
12) Laryngotomie, thyrotomie et traitement de lésions du larynx, y compris la cordectomie	3L61	80,00	9.235
13) Trachéotomie ou trachéostomie	3L63	35,15	4.060
14) Pharyngotomie ou oesophagotomie	3L64	52,05	6.010
15) Traitement de la sténose laryngée	3L66	140,65	16.235
16) Laryngectomie partielle pour lésion bénigne	3L71	88,45	10.210
17) Laryngectomie partielle pour tumeur maligne	3L72	88,45	10.210
18) Laryngectomie totale ou sus-glottique pour tumeur maligne	3L73	140,65	16.235
19) Laryngectomie reconstructive pour tumeur maligne	3L74	213,45	24.640
20) Pharyngectomie pour tumeur maligne	3L75	140,65	16.235
21) Pharyngo-laryngectomie pour tumeur maligne	3L76	210,30	24.275
22) Résection segmentaire de la trachée	3L77	240,00	27.705
23) Traitement de diverticules de l'oesophage cervical par pexie	3L81	85,90	9.915
24) Résection de diverticules de l'oesophage cervical	3L82	104,10	12.015
25) Exérèse de tumeurs de l'espace parapharyngé	3L91	200,00	23.090
26) Traitement chirurgical des troubles respiratoires du sommeil dans le cadre du syndrome des apnées du sommeil - APCM	3L95	150,00	17.315

Chapitre 4. - Ophtalmologie

Section 1 - Examens Ophtalmiques

1) Tonométrie - CAC	4E11	2,00	230
2) Examen du fond d'oeil - CAC	4E12	4,00	460
3) Examen de la vision binoculaire	4E13	8,50	980
4) Détermination instrumentale et tracé du champ visuel, (périmétrie et/ou campimétrie)	4E14	8,50	980
5) Courbe d'adaptation à l'obscurité (adaptométrie)	4E15	8,10	935
6) Repérage et marquage ophtalmoscopique de déchirures rétinienne ou de corps étrangers intraoculaires	4E16	8,80	1.015
7) Mesure de la résistance de la barrière hématoaqueuse par tests de contraste	4E17	11,25	1.300

8)	Angiographie fluorescéinique	4E18	15,00	1.730
<i>Section 2 - Chirurgie des paupières et des voies lacrymales</i>				
1)	Electrolyse, diathermocoagulation, cautérisation au niveau des paupières ou des voies lacrymales - CAC	4A11	4,25	490
2)	Incision d'abcès ou de kystes des annexes de l'oeil, d'un orgelet - CAC	4A12	4,25	490
3)	Excision d'un chalazion, d'un kyste, de xanthélasmas	4A13	13,90	1.605
4)	Ablation d'une petite tumeur palpébrale (sans autoplastie)	4A14	8,80	1.015
5)	Suture de plaies compliquées des paupières avec section du tarse et/ou des voies lacrymales	4A15	44,25	5.110
6)	Canthotomie	4A16	19,60	2.265
7)	Blépharorrhaphie, tarsorrhaphie, canthoplastie	4A17	35,15	4.060
8)	Traitement chirurgical de l'entropion ou de l'ectropion	4A21	50,20	5.795
9)	Trichiasis, opération sans greffe	4A22	21,80	2.515
10)	Trichiasis, opération avec greffe libre	4A23	42,75	4.935
11)	Chirurgie de la ptose palpébrale par excision cutanée	4A24	12,55	1.450
12)	Chirurgie de la ptose palpébrale, opération portant sur le tarse et/ou le muscle releveur	4A25	72,95	8.420
13)	Autoplastie palpébrale avec ou sans greffe, chaque temps	4A26	42,75	4.935
14)	Ablation d'une tumeur étendue ou maligne, avec autoplastie palpébrale	4A27	85,40	9.860
15)	Sondage des voies lacrymales avec injection ou lavage - CAC	4A31	2,00	230
16)	Opération de l'imperforation des voies lacrymales chez le nourrisson	4A32	12,55	1.450
17)	Stricturectomie du sac lacrymal	4A33	6,55	755
18)	Dacryocystectomie	4A34	44,25	5.110
19)	Dacryocystorhinostomie	4A35	72,95	8.420
20)	Ablation de la partie palpébrale de la glande lacrymale	4A36	21,80	2.515
21)	Extirpation de la glande lacrymale	4A37	52,75	6.090
Section 3 - Chirurgie de la conjonctive et de la cornée				
1)	Cautérisation superficielle de la conjonctive ou de la cornée; ablation de concrétions conjonctivales - CAC	4G21	4,25	490
2)	Traitement de granulations trachomateuses	4G22	17,65	2.040
3)	Ablation de corps étrangers multiples de la conjonctive ou de la cornée	4G23	4,80	555
4)	Excision d'un corps étranger sous-conjonctival, cornéen ou sclérotique devant le biomicroscope, y compris l'application de l'électroaimant	4G24	6,80	785
5)	Suture de plaie simple de la conjonctive	4G25	4,25	490
6)	Recouvrement conjonctival	4G26	25,15	2.905
7)	Autoplastie conjonctivale, sans greffe libre	4G31	26,15	3.020
8)	Autoplastie conjonctivale, avec greffe libre	4G32	70,35	8.120
9)	Ablation de brides conjonctivales ou de petites néoformations; péritomie	4G33	12,55	1.450
10)	Excision de néoformations étendues avec autoplastie	4G34	40,30	4.650
11)	Excision de néoformations étendues avec greffe libre	4G35	91,10	10.515
12)	Suture d'une plaie cornéenne ou sclérale, avec ou sans iridectomie ou recouvrement conjonctival	4G36	65,00	7.505
13)	Suture d'une plaie cornéenne ou sclérale, (avec ou sans iridectomie) avec extraction d'un corps étranger de la chambre antérieure, repérage ophtalmoscopique compris	4G37	72,95	8.420
14)	Suture d'une plaie cornéenne ou sclérale, (avec ou sans iridectomie) avec extraction d'un corps étranger du segment postérieur, repérage ophtalmoscopique compris	4G38	91,10	10.515
15)	Grefte de la cornée ou de la sclérotique	4G41	78,10	9.015
16)	Tatouage de la cornée	4G42	21,80	2.515
17)	Excision simple d'un ptérygion	4G43	22,70	2.620
18)	Excision d'un symblépharon	4G44	40,35	4.660
19)	Excision d'un ptérygion avec autoplastie	4G45	44,25	5.110
20)	Excision d'un ptérygion ou d'un symblépharon avec greffe cornéenne	4G46	83,35	9.620

21) Paracentèse de la cornée, kératotomie	4G47	18,35	2.120
22) Photocoagulation des lésions de l'oeil, première séance pour une période de 3 mois	4G48	21,90	2.530
23) Photocoagulation des lésions de l'oeil, séances suivantes (au maximum trois) pour une période de trois mois	4G49	11,05	1.275

Section 4 - Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique

1) Extraction de corps étrangers intraoculaires	4G51	67,95	7.845
2) Iridotomie, iridectomie, iridopexie, enclavement	4G52	65,35	7.545
3) Capsulectomie pour cataracte	4G53	67,95	7.845
4) Cyclodialyse, trabéculotomie, trabéculéctomie, trépanation sclérale, iridencleisis	4G54	70,35	8.120
5) Amputation du segment antérieur	4G55	65,35	7.545
6) Discision pour cataracte	4G61	36,40	4.200
7) Extraction du cristallin	4G62	82,05	9.470
8) Extraction du cristallin et pose d'un cristallin artificiel	4G63	130,00	15.005
9) Implantation, explantation ou reposition d'un cristallin artificiel, acte isolé	4G64	41,05	4.740
10) Sclérotomie, ponction de la sclérotique	4G65	15,05	1.735
11) Sclérectomie avec ou sans iridectomie	4G66	83,35	9.620

Section 5 - Globe oculaire, segment postérieur

1) Traitement du décollement et/ou de lésions de la rétine par diathermie et cryopexie	4G71	91,10	10.515
2) Traitement du décollement de la rétine par indentation limitée à un quadrant	4G72	100,25	11.575
3) Traitement du décollement de la rétine par indentation atteignant plusieurs quadrants	4G73	118,50	13.680
4) Traitements des altérations de la rétine (sauf le décollement) par photocoagulation ou par laser, première séance pour une période de trois mois	4G74	43,90	5.070
5) Traitements des altérations de la rétine (sauf le décollement) par photocoagulation ou par laser, séances suivantes (au maximum trois) pour une période de trois mois	4G75	21,90	2.530

REMARQUE:

Pour les positions 4G74 et 4G75 le médecin doit préciser dans le libellé s'il s'agit du traitement de l'oeil gauche ou de l'oeil droit en ajoutant les lettres OD resp. OG.

Section 6 - Orbita

1) Ténotomie ou allongement plastique d'un muscle de l'orbite	4G81	40,35	4.660
2) Avancement, ectomie, récession d'un muscle de l'orbite	4G82	65,00	7.505
3) Ténotomie et avancement combinés des muscles de l'orbite	4G83	72,95	8.420
4) Moulage du globe ou de la cavité orbitaire, matériel non compris	4G91	8,80	1.015
5) Enucléation, éviscération du globe oculaire	4G92	54,75	6.320
6) Enucléation ou éviscération, moignon artificiel	4G93	67,65	7.810
7) Exentération de l'orbite	4G94	83,35	9.620
8) Opération pour phlegmon de l'orbite	4G95	17,45	2.015
9) Excision d'un kyste dermoïde profond intraorbitaire	4G96	42,75	4.935
10) Orbitotomie avec extractions de corps étrangers ou révision et réduction d'une fracture de l'orbite osseuse	4G97	83,35	9.620
11) Ablation d'une tumeur intraorbitaire, opérations d'accès comprises	4G98	104,10	12.015
12) Greffe tissulaire intraorbitaire	4G99	26,00	3.000

REMARQUE:

Toutes les interventions faites du même côté doivent être considérées comme faites dans le même champ opératoire

Chapitre 5.- Urologie

Section 1 - Appareil urinaire

Sous-section 1 - Examens et interventions

1) Petites interventions sur l'urètre: exploration instrumentale, dilatation simple, injection ou instillation de médicaments - CAC; non cumulable avec une autre intervention par voie urétrale	5U10	3,65	420
2) Massage prostatique en vue d'un prélèvement bactériologique - CAC	5U11	3,65	420

3)	Extraction d'un corps étranger de l'urètre antérieur	5U12	6,15	710
4)	Cathétérisme de la vessie - CAC	5U13	3,65	420
5)	Lavage de la vessie - CAC	5U14	3,65	420
6)	Pose ou changement d'une sonde vésicale à demeure par voie basse, lavage éventuel compris	5U15	6,15	710
7)	Première mise en place d'une sonde vésicale sus-pubienne	5U16	19,00	2.195
8)	Changement d'une sonde de cystostomie	5U17	6,15	710
9)	Chimiothérapie endovésicale	5U21	6,15	710
10)	Débitmétrie mictionnelle avec enregistrement (uroflowmétrie)	5U22	7,95	920
11)	Location d'appareil	5U22X	1,95	225
12)	Exploration urodynamique avec enregistrement: cystométrie ou profil de pression urétrale avec ou sans débitmétrie	5U23	15,90	1.835
13)	Location d'appareil	5U23X	3,95	455
14)	Exploration urodynamique avec enregistrement: cystométrie et profil de pression urétrale, avec ou sans débitmétrie	5U24	23,80	2.745
15)	Location d'appareil	5U24X	6,00	695
16)	Exploration urodynamique avec enregistrement: cystométrie et/ou profil de pression urétrale avec électromyographie des muscles périnéaux, avec ou sans débitmétrie	5U25	31,85	3.675
17)	Location d'appareil	5U25X	7,95	920
18)	Exploration urodynamique avec enregistrement: cystométrie et profil de pression urétrale avec électromyographie des muscles périnéaux, avec débitmétrie et pression différentielle	5U26	39,75	4.590
19)	Location d'appareil	5U26X	7,95	920
20)	Lithotritie extracorporelle des voies urinaires	5U27	60,00	6.925
21)	Ponction percutanée du rein avec ou sans biopsie	5U28	32,20	3.715

REMARQUE:

Les positions 5U22 à 5U26 ne sont pas cumulables entre elles

*Sous-section 2 - Endoscopie exploratrice et opérationnelle***REMARQUES:**

Pour toutes les positions de la sous-section 2:

a) L'anesthésie locale est comprise dans le coefficient de l'acte

b) Les différentes positions ne sont pas cumulables entre elles

1)	Urétrocystoscopie exploratrice	5U31	15,05	1.735
2)	Urétrocystoscopie avec cathétérisme des uretères y compris l'injection, la dilatation, la sonde de Zeiss	5U32	37,50	4.330
3)	Urétrocystoscopie avec biopsie ou ablation de calculs ou de corps étrangers	5U33	37,50	4.330
4)	Urétrocystoscopie avec lithotritie	5U34	59,00	6.810
5)	Electrocoagulation endoscopique de l'urètre ou de la vessie, première séance	5U41	59,00	6.810
6)	Electrocoagulation endoscopique de l'urètre ou de la vessie, séances suivantes pour une période d'un mois	5U42	26,80	3.095
7)	Urétrotomie interne endoscopique	5U43	64,35	7.430
8)	Plastie endoscopique au téflon	5U44	107,25	12.380
9)	Electroréssection endoscopique au niveau de l'urètre, de la vessie ou de la prostate vésicale, y compris une éventuelle ligature des canaux déférents	5U45	128,70	14.855
10)	Electroréssection endoscopique au niveau de l'urètre, de la vessie ou de la prostate vésicale, y compris une éventuelle ligature des canaux déférents, combinée à une urétrotomie interne	5U46	160,90	18.575
11)	Urétéro-pyéloscopie exploratrice, dilatation de l'orifice comprise	5U51	85,75	9.900
12)	Urétéro-pyéloscopie opérationnelle sur l'uretère ou le pyélon	5U52	128,70	14.855
13)	Néphroscopie percutanée exploratrice, y compris la ponction ou la dilatation du canal	5U61	85,75	9.900
14)	Néphroscopie percutanée exploratrice, y compris la ponction ou la dilatation du canal et urétéro-pyélographie rétrograde peropératoire, montée de sonde	5U62	104,55	12.070
15)	Néphroscopie percutanée opérationnelle, première séance	5U63	128,70	14.855

16)	Néphroscopie percutanée, séance ultérieure	5U64	64,35	7.430
17)	Néphroscopie percutanée opérationnelle, et urétéro-pyélographie rétrograde peropératoire, montée de sonde	5U65	147,40	17.015
<i>Sous-section 3 - Chirurgie des reins et uretères</i>				
1)	Traitement opératoire de l'éventration lombaire	5R11	85,80	9.905
2)	Lombotomie exploratrice	5R12	53,65	6.195
3)	Incision et drainage du phlegmon périnéphrétique	5R13	64,35	7.430
4)	Néphropexie	5R21	91,10	10.515
5)	Lombotomie avec biopsie rénale, décapsulation ou traitement conservateur des kystes du rein	5R22	91,10	10.515
6)	Néphrostomie percutanée, y compris la dilatation du canal et la pose d'une sonde	5R31	64,35	7.430
7)	Changement d'une sonde de néphrostomie	5R32	39,75	4.590
8)	Néphrostomie, pyélotomie (non cumulable avec une autre intervention sur le rein)	5R33	91,10	10.515
9)	Opération plastique sur le bassinet et la jonction pyélo-urétérale	5R34	112,50	12.985
10)	Néphrolithotomie	5R41	128,70	14.855
11)	Néphrectomie simple	5R51	107,25	12.380
12)	Néphrectomie partielle ou section de l'isthme d'un rein en fer à cheval	5R52	128,70	14.855
13)	Néphrectomie partielle pour cancer	5R53	160,85	18.570
14)	Néphrectomie élargie	5R54	128,70	14.855
15)	Néphro-urétérectomie totale	5R55	160,85	18.570
16)	Néphrectomie pour cancer par voie abdominale ou thoraco-phréno-abdominale	5R56	240,00	27.705
17)	Néphro-urétérectomie totale pour cancer du bassinet ou de l'uretère par 2 incisions	5R57	214,50	24.760
18)	Urétérotomie lombaire, urétérolyse	5R61	91,10	10.515
19)	Urétérotomie pelvienne	5R62	107,25	12.380
20)	Opération plastique sur l'uretère	5R63	112,50	12.985
21)	Anastomose urétéro-urétérale	5R64	112,50	12.985
22)	Urétérectomie secondaire totale	5R65	107,25	12.380
23)	Urétérostomie cutanée	5R71	91,10	10.515
24)	Cure de fistule cutanée de l'uretère	5R72	112,50	12.985
25)	Urétérostomie cutanée transintestinale	5R73	214,50	24.760
26)	Abouchement d'un uretère dans l'intestin en place	5R74	107,25	12.380
27)	Remplacement urétéral par plastie	5R75	268,15	30.955
28)	Urétérocystonéostomie avec ou sans plastie antireflux	5R81	160,85	18.570
29)	Implantation urétérale par lambeau vésical pédiculé et tubulé	5R82	160,85	18.570
30)	Réalisation d'un dispositif antireflux vésico-urétéral	5R83	112,50	12.985
31)	Supplément en cas de réintervention sur le rein ou l'uretère; pour toutes les positions de la sous-section 3, à l'exception des positions 5R11, 5R31 et 5R32 - CAT	5R87	19,85	2.290
<i>Sous-section 4 - Chirurgie de la vessie</i>				
1)	Cystotomie avec ou sans extraction de calculs	5V13	64,35	7.430
2)	Cystotomie avec exérèse ou électrocoagulation d'une tumeur vésicale pédiculée	5V14	85,80	9.905
3)	Cystotomie avec cystectomie partielle, p. ex. pour tumeur	5V15	128,70	14.855
4)	Cystotomie avec exérèse de diverticules vésicaux, avec ou sans résection du col vésical	5V16	160,85	18.570
5)	Cystectomie totale isolée	5V21	160,85	18.570
6)	Cystectomie totale avec abouchement des uretères à la peau	5V22	214,50	24.760
7)	Cystectomie totale avec réimplantation des uretères dans l'intestin	5V23	268,15	30.955
8)	Cystectomie totale avec dérivation urinaire par conduit intestinal	5V24	321,75	37.145
9)	Cystectomie totale avec dérivation urinaire par réservoir intestinal continent	5V25	375,35	43.330
10)	Cure de l'incontinence d'urine chez l'homme par plastie ou par prothèse - APCM	5V31	200,00	23.090
11)	Cure de fistule urinaire par voie abdominale	5V41	91,10	10.515
12)	Cure de fistule urinaire par voie abdominale en deux temps, premier temps	5V42	56,35	6.505

13)	Cure de fistule urinaire par voie abdominale en deux temps, deuxième temps	5V43	44,25	5.110
14)	Exstrophie vésicale: ablation simple de la plaque vésicale ou reconstitution simple de la vessie	5V51	107,25	12.380
15)	Exstrophie vésicale: reconstitution en un temps de la vessie et de l'uretère avec dispositif antireflux et ostéotomie iliacale	5V52	321,75	37.145
16)	Retouche ultérieure après intervention pour exstrophie vésicale	5V53	53,65	6.195
17)	Entéro-cystoplastie ou urétéro-entéro-cystoplastie	5V55	268,15	30.955
18)	Intervention chirurgicale pour mise en place de matériel radioactif dans la vessie ou la prostate	5V61	64,35	7.430
<i>Sous-section 5 - Chirurgie de l'urètre</i>				
1)	Méatotomie	5V71	21,40	2.470
2)	Dilatation de l'urètre pour rétrécissement, par séance	5V72	9,90	1.145
3)	Urétrotomie interne non endoscopique	5V73	33,90	3.915
4)	Urétrotomie externe, urétrostomie	5V74	64,35	7.430
5)	Urétrotomie externe avec mise à plat d'un rétrécissement ou section à ciel ouvert de valvules congénitales de l'urètre postérieur	5V75	85,80	9.905
6)	Urétroplastie en un temps	5V81	128,70	14.855
7)	Urétroplastie en plusieurs temps, par temps opératoire	5V82	42,90	4.950
8)	Cure chirurgicale du diverticule sous-urétral	5V91	32,20	3.715
9)	Cure de fistule périnéale avec ou sans urérectomie, dérivation comprise	5V92	128,70	14.855
10)	Traitement opératoire du phlegmon périurétral diffus gangreneux	5V93	64,35	7.430
Section 2 - Appareil génital masculin				
1)	Ponction biopsie de la prostate	5A11	19,85	2.290
2)	Incision d'un abcès de la prostate par voie périnéale	5A12	49,70	5.735
3)	Prostatectomie pour adénome	5A21	128,70	14.855
4)	Prostatectomie totale pour cancer	5A22	160,90	18.575
5)	Opération isolée sur les vésicules séminales (non cumulable avec une intervention sur la vessie, l'urètre ou l'appareil génital masculin)	5A31	128,70	14.855
6)	Opération pour phimosis (circoncision simple, sans indication médicale, non à charge)	5A41	32,20	3.715
7)	Réduction sanglante du paraphimosis	5A42	10,75	1.240
8)	Section ou plastie chirurgicale du frein	5A43	9,90	1.145
9)	Traitement chirurgical de l'hypospadias balanique	5A51	64,35	7.430
10)	Traitement chirurgical de l'hypospadias pénien ou périnéal	5A52	107,25	12.380
11)	Traitement chirurgical de l'épispadias	5A53	107,25	12.380
12)	Réintervention pour hypospadias ou épispadias	5A55	42,90	4.950
13)	Amputation partielle de la verge	5A61	64,35	7.430
14)	Amputation totale de la verge	5A62	85,80	9.905
15)	Intervention pour déviation pénienne en cas de malformation congénitale ou de maladie de La Peyronie	5A65	160,85	18.570
16)	Intervention pour rupture pénienne	5A66	107,25	12.380
17)	Shunt pour priapisme	5A67	189,95	21.930
18)	Chirurgie de l'impuissance sexuelle avec ou sans prothèse - APCM	5A68	107,25	12.380
19)	Chirurgie isolée du canal déférent, sauf opération de stérilisation ou opération de recanalisation après ligature antérieure (non cumulable avec une intervention sur la vessie, l'urètre ou l'appareil génital masculin)	5A71	19,85	2.290
20)	Chirurgie de l'ectopie testiculaire (cure de hernie inguinale comprise)	5A81	78,10	9.015
21)	Opération sur le testicule ou le cordon spermatique (sauf varicocèle)	5A82	44,25	5.110
22)	Castration pour cancer du testicule avec ablation du cordon spermatique	5A83	160,90	18.575
23)	Cure de varicocèle	5A84	78,10	9.015
24)	Plastie unilatérale pour stérilité sur l'épididyme et/ou le déférent - APCM	5A91	107,25	12.380

Chapitre 6.- Gynécologie

Section 1 - Obstétrique

Sous-section 1 - Forfaits d'accouchement

1) Assistance à un accouchement	6A11	90,00	10.390
2) Assistance à un accouchement gémellaire	6A12	114,00	13.160
3) Assistance à un accouchement multiple (triple et plus)	6A13	138,00	15.930

Les coefficients de la sous-section 1 sont fixés par le règlement grand-ducal visé à l'article 26 du code des assurances sociales.

Sous-section 2 - Actes effectués isolément, non cumulables avec le forfait d'accouchement

1) Révision utérine	6A31	13,35	1.540
2) Extraction manuelle du placenta adhérent, taponnement éventuel compris	6A32	19,80	2.285
3) Tamponnement utérin	6A33	14,85	1.715
4) Suture d'une épisiotomie ou d'une déchirure du périnée n'intéressant pas le rectum	6A34	8,55	985
5) Suture d'une déchirure du col utérin	6A35	13,55	1.565

Sous-section 3 - Actes non compris dans le forfait d'accouchement cumulables avec le forfait d'accouchement

1) Cardiotocogramme	6A41	6,60	760
2) Location d'appareil	6A41X	7,55	870
3) Prélèvement de sang fœtal in utero pendant l'accouchement	6A42	15,50	1.790
4) Provocation de l'accouchement prématuré ou après terme	6A43	18,60	2.145
5) Suture d'une déchirure complète du périnée étendue au rectum	6A44	24,75	2.855
6) Réparation chirurgicale d'une inversion utérine	6A45	79,30	9.155
7) Extraction par le siège	6A51	18,60	2.145
8) Version par manoeuvres internes	6A52	18,60	2.145
9) Extraction instrumentale (forceps, ventouse)	6A53	18,60	2.145
10) Incision du col et suture	6A54	18,60	2.145
11) Embryotomie, basiotripsie	6A55	18,60	2.145

REMARQUE:

- 1) Le cumul se fait à raison de 100% du tarif pour le premier acte cumulé et à raison de 50% du tarif pour les deux actes suivants
- 2) Les positions 6A51 à 6A55 ne sont pas cumulables entre elles

Sous-section 4 - Césarienne

1) Opération césarienne, voie abdominale ou vaginale	6A61	110,05	12.705
--	------	--------	--------

Sous-section 5 - Evacuation chirurgicale d'un utérus gravide (avant la date de viabilité légale du fœtus)

1) Evacuation d'un utérus gravide par curetage ou aspiration, avant 14 semaines de grossesse	6A71	24,75	2.855
2) Evacuation d'un utérus gravide par hystérotomie ou par procédé médicamenteux, après 14 semaines de grossesse	6A72	49,50	5.715

Sous-section 6 - Actes en relation avec la grossesse

1) Amnioscopie	6A81	7,00	810
2) Amniocentèse avec prélèvement ou injection, jusqu'à la 20e semaine de la gestation incluse - APCM	6A82	15,50	1.790
3) Frais de matériel	6A82M	7,50	865
4) Amniocentèse, avec prélèvement ou injection, à partir de la 21e semaine de la gestation - APCM	6A83	15,50	1.790
5) Frais de matériel	6A83M	7,50	865
6) Perfusion ou transfusion fœtale in utero (amniocentèse comprise)	6A85	20,65	2.385
7) Cerclage du col utérin	6A86	16,50	1.905

Section 2 - Gynécologie, actes non liés à la gestation ou à l'accouchement

1) Colposcopie - CAC	6G11	3,85	445
----------------------	------	------	-----

2)	Prélèvement cervico-vaginal avec examen microscopique qualitatif direct - CAC	6G12	2,00	230
3)	Biopsie du col	6G13	7,05	815
4)	Prélèvement ou biopsie de l'endomètre	6G14	9,55	1.100
5)	Insufflation tubo-utérine avec enregistrement ou injection	6G15	9,55	1.100
6)	Ponction du cul-de-sac de Douglas - CAC	6G21	3,85	445
7)	Ponction de la glande de Bartholin	6G22	4,45	515
8)	Incision d'un abcès de la glande de Bartholin - CAC	6G23	4,20	485
9)	Pose d'un pessaire	6G24	3,85	445
10)	Coelioscopie, culdoscopie	6G31	29,65	3.425
11)	Coelioscopie avec biopsie ou geste thérapeutique simple (sauf intervention sur les trompes pour stérilisation)	6G32	37,70	4.350
12)	Microhystéroskopie exploratrice avec ou sans biopsie	6G33	16,10	1.860
13)	Location d'appareil	6G33X	4,95	570
14)	Microhystéroskopie avec traitement préalable de la muqueuse	6G34	22,35	2.580
15)	Location d'appareil	6G34X	7,45	860
16)	Microhystéroskopie opérationnelle	6G35	32,25	3.725
17)	Location d'appareil	6G35X	9,90	1.145
18)	Extirpation de la glande de Bartholin	6G41	15,90	1.835
19)	Ablation d'une tumeur bénigne de la région vulvo-vaginale	6G42	12,00	1.385
20)	Vulvectomie simple	6G43	61,90	7.145
21)	Ablation d'un cancer de la vulve ou du vagin	6G44	99,00	11.430
22)	Colpotomie	6G51	11,45	1.320
23)	Opération de l'imperforation vulvaire	6G52	12,00	1.385
24)	Opération de l'imperforation vaginale	6G53	23,90	2.760
25)	Création d'un néovagin sans laparotomie	6G54	99,00	11.430
26)	Création d'un néovagin par voie haute et basse	6G55	123,80	14.290
27)	Dilatation non sanglante du col, acte isolé	6G61	5,90	680
28)	Dilatation sanglante du col, acte isolé	6G62	9,95	1.150
29)	Ablation d'un polype du col	6G63	7,05	815
30)	Electrocoagulation du col, première séance	6G64	7,05	815
31)	Electrocoagulation du col, à partir de la 2e séance pour une période de 4 semaines	6G65	4,80	555
32)	Conisation du col ou opération analogue	6G66	16,50	1.905
33)	Amputation du col	6G67	24,75	2.855
34)	Colpopérinéorrhaphie postérieure	6G71	24,75	2.855
35)	Colporraphie antérieure	6G72	32,25	3.725
36)	Colporraphie antérieure et postérieure	6G73	53,50	6.175
37)	Colporraphie antérieure et postérieure avec fixation utérine (Doléris, Kocher)	6G74	69,35	8.005
38)	Cure de l'incontinence d'urine par voie vaginale, procédé complexe (p.ex. plastie des bulbo-caverneux), ou par voie vaginale et abdominale combinée	6G75	104,65	12.080
39)	Cure du prolapsus génital par procédés complexes (type Wertheim, Manchester, Lefort, Labhardt)	6G76	116,25	13.420
40)	Cure de fistules urinaires ou rectales par voie vaginale	6G77	75,55	8.720
41)	Hystéropexie simple par voie haute	6G81	79,50	9.175
42)	Hystérectomie	6G82	122,30	14.120
43)	Hystérectomie totale élargie pour cancer	6G83	160,90	18.575
44)	Autre intervention sur l'utérus par voie abdominale, acte isolé	6G84	81,70	9.430
45)	Extirpation de tumeurs intra-utérines par voie vaginale	6G85	39,65	4.575
46)	Curetage de la cavité utérine, dilatation et tamponnement compris	6G86	22,40	2.585
47)	Intervention sur les trompes avec stérilisation sur indication médicale - APCM	6G91	37,70	4.350
48)	Intervention sur les trompes avec stérilisation sur indication médicale, en post-partum par laparotomie - APCM	6G92	81,70	9.430

49)	Intervention sur les annexes, sauf la stérilisation ou la recanalisation après ligature antérieure des trompes, non cumulable avec une intervention intra-abdominale	6G93	81,70	9.430
50)	Ovariectomie pour cancer après hystérectomie	6G94	122,30	14.120

Section 3 - Exploration et traitement de la stérilité

1)	Hétéro-insémination artificielle	6F11	9,85	1.135
----	----------------------------------	------	------	-------

Chapitre 7.- Anesthésie - Réanimation

Section 1 - Anesthésie générale

1)	Anesthésie générale de courte durée (moins de cinq minutes) par un seul moyen d'anesthésie, faite par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, sans nécessité de soins subséquents	7A11	13,60	1.570
----	---	------	-------	-------

REMARQUE:

Pour les autres anesthésies générales faites par le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, voir article 12

2)	Anesthésie générale faite par un médecin non spécialiste en anesthésie-réanimation (non cumulable avec un autre acte)	7A12	9,30	1.075
----	---	------	------	-------

Section 2 - Actes techniques accompagnant l'anesthésie générale

1)	Surveillance de la circulation extracorporelle en chirurgie cardiaque	7A21	95,80	11.060
2)	Intubation endobronchique en chirurgie endothoracique	7A22	16,95	1.955
3)	Technique de transfusion autologue de sang par hémodilution préopératoire	7A23	19,15	2.210
4)	Technique de transfusion autologue de sang par technique type cell-saver ou Stryker	7A24	19,15	2.210

REMARQUE:

Les actes de cette section ne sont pas soumis aux dispositions de l'article 9 alinéa 1.

Section 3 - Autres actes d'anesthésie-réanimation

1)	Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation appelé par un autre médecin spécialiste pour un malade à fonction vitale gravement atteinte, acte isolé	7A41	10,20	1.175
2)	Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation appelé par un autre médecin spécialiste pour un malade à fonction vitale gravement atteinte, la nuit entre 22 et 7 heures, acte isolé	7A42	16,00	1.845
3)	Anesthésie péridurale continue ou anesthésie continue d'un tronc ou plexus nerveux, avec mise en place d'un cathéter permanent, pour traitement de douleurs rebelles, en dehors de toute intervention, pour une période maximale de cinq jours	7A43	32,20	3.715
4)	Oxygénothérapie hyperbare, séance d'au moins une heure, y compris la surveillance par tous procédés, à une pression de 2 à 3 bares absolues; cumulable avec le forfait journalier d'hospitalisation par le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation - ACM	7A44	20,80	2.400

Section 4 - Urgences extra-hospitalières

REMARQUE:

Les majorations prévues à l'article 8 ne s'appliquent pas à cette section.

Les actes de cette section ne sont pas soumis aux dispositions de l'article 9 alinéa 1.

Les tarifs de ces actes peuvent être cumulés avec ceux des forfaits pour traitement hospitalier prévus au chapitre 4, sections 6 et 7 de la première partie de l'annexe à condition d'être effectués par deux médecins différents d'une même association.

1)	Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation par voiture SAMU pour accident ou maladie aiguë avec mesures de réanimation	7A61	41,70	4.815
2)	Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation par voie aérienne pour accident ou maladie aiguë avec mesures de réanimation	7A62	41,70	4.815
3)	Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation pour transfert secondaire médicalisé par route	7A71	70,00	8.080
4)	Supplément pour transfert secondaire médicalisé par route à l'étranger, par tranche de 100 km à partir de la frontière pour trajet aller-retour	7A72	30,00	3.465
5)	Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation pour transfert secondaire médicalisé par voie aérienne	7A73	45,00	5.195
6)	Supplément pour transfert secondaire médicalisé par voie aérienne à l'étranger par			

	tranche de 100 km à partir de la frontière pour trajet aller-retour	7A74	15,00	1.730
7)	Intervention du médecin spécialiste en pédiatrie pour transfert secondaire médicalisé d'un nouveau-né, par route, pour une distance de moins de 15 km	7A80	41,70	4.815
8)	Intervention du médecin spécialiste en pédiatrie pour transfert secondaire médicalisé d'un nouveau-né, par route, à partir de 15 km	7A81	70,00	8.080
9)	Supplément pour transfert secondaire médicalisé par route à l'étranger, par tranche de 100 km à partir de la frontière pour trajet aller-retour	7A82	30,00	3.465
10)	Intervention du médecin spécialiste en pédiatrie pour transfert secondaire médicalisé d'un nouveau-né par voie aérienne	7A83	45,00	5.195
11)	Supplément pour transfert secondaire médicalisé par voie aérienne à l'étranger par tranche de 100 km à partir de la frontière pour trajet aller-retour	7A84	15,00	1.730

Chapitre 8.- Imagerie médicale, radiologie interventionnelle, radiothérapie

Section 1 - Radiodiagnostic

Sous-section 1 - Films

a) Films

1)	Film 9/13	8F10M	0,85	100
2)	Film 13/18	8F11M	1,10	125
3)	Film 18/24	8F12M	1,30	150
4)	Film 15/40	8F13M	1,35	155
5)	Film 20/40	8F14M	1,80	210
6)	Film 24/30	8F15M	1,80	210
7)	Film 30/40	8F16M	2,20	255
8)	Film 35/35	8F17M	2,15	250
9)	Film 36/43	8F18M	2,55	295
10)	Film 40/40	8F19M	2,20	255

b) Supplément pour exposition multiple

11)	Exposition en 2 plans	8F31M	0,30	35
12)	Exposition en 3 plans	8F32M	0,45	50
13)	Exposition en 4 plans	8F33M	0,60	70

Sous-section 2 - Squelette

REMARQUE:

Les tarifs des différentes positions de radiodiagnostic de la sous-section 2 ne peuvent être mis en compte qu'une seule fois, sauf l'examen simultané du même segment de deux membres. Ce tarif inclut toutes les incidences.

a) Membres

1)	Rx doigts et/ou main - CAC	8S01	4,30	495
2)	Rx poignet - CAC	8S02	4,30	495
3)	Rx avant-bras - CAC	8S03	4,30	495
4)	Rx coude - CAC	8S04	4,30	495
5)	Rx humérus - CAC	8S05	4,30	495
6)	Rx épaule et/ou clavicule - CAC	8S06	4,30	495
7)	Rx orteils et/ou pied - CAC	8S13	4,30	495
8)	Rx cheville - CAC	8S14	4,30	495
9)	Rx jambe - CAC	8S15	4,30	495
10)	Rx genou - CAC	8S16	4,30	495
11)	Rx fémur - CAC	8S18	4,30	495
12)	Rx bassin - CAC	8S22	4,30	495
13)	Rx hanche - CAC	8S23	4,30	495
14)	Radiomésure ou mesure des axes des 2 membres inférieurs	8S24	12,90	1.490
15)	Supplément pour épreuves dynamiques à la recherche de lésions ligamentaires			

des articulations des membres - CAC	8S25	2,15	250
16) Radiographie comparative du segment controlatéral - CAC	8S26	2,15	250
b) Tête et thorax			
1) Rx crâne - CAC	8S40	4,30	495
2) Rx sinus faciaux, squelette facial - CAC	8S41	4,30	495
3) Rx crâne, poses spéciales du rocher ou de l'orbite - CAC	8S42	4,30	495
4) Orthopantomographie	8S45	5,80	670
5) Rx sternum - CAC	8S51	4,30	495
6) Rx côtes, gril costal - CAC	8S52	4,30	495
c) Colonne vertébrale			
1) Rx colonne cervicale, toutes incidences - CAC	8S61	6,45	745
2) Rx colonne dorsale, toutes incidences - CAC	8S62	4,30	495
3) Rx colonne lombaire, toutes incidences - CAC	8S63	6,45	745
4) Rx sacrum et/ou coccyx et/ou articulations sacro-iliaques - CAC	8S64	4,30	495
5) Rachis dans son entier en téléradiographie, face et profil	8S65	12,90	1.490
6) Supplément pour épreuves dynamiques de la colonne cervicale, en cas de traumatisme - CAC	8S66	2,15	250
d) Arthrographie, discographie			
1) Arthrographie, ponction non comprise	8S81	10,50	1.210
2) Arthrographie, ponction articulaire et injection comprises	8S82	17,30	1.995
3) Arthrographie de la hanche, ponction articulaire et injection comprises	8S83	21,75	2.510
4) Discographie, un ou plusieurs niveaux, ponction non comprise	8S85	10,25	1.185
5) Discographie, ponction des disques et injection comprises	8S86	31,00	3.580
<i>Sous-section 3 - Organes de la tête, du cou et du thorax</i>			
1) Lacrymographie; injection non comprise	8V10	7,75	895
2) Lacrymographie, sondage des voies lacrymales et injection compris	8V11	9,75	1.125
3) Sialographie; injection non comprise	8V12	10,50	1.210
4) Sialographie, sondage et injection compris	8V13	14,00	1.615
5) Rx parties molles du cou et de la tête; sans moyen de contraste- CAC; non cumulable à une autre radiographie de la tête (8S40 à 8S42-8V10 à 8V13 et 8V15)	8V14	4,30	495
6) Laryngographie avec produit de contraste	8V15	7,00	810
7) Radioscopie thoracique, opacification oesophagienne comprise; non cumulable avec un autre examen radiologique du thorax ou de l'abdomen (8V17 à 8V33)-CAC	8V16	3,50	405
8) Location d'appareil	8V16X	0,80	90
9) Radiographie thoracique de face - CAC	8V17	4,30	495
10) Radiographie thoracique, face et profil et autres incidences éventuelles - CAC	8V18	7,20	830
11) Location d'appareil en cas de radioscopie associée	8V18X	0,80	90
12) Bronchographie, médiastinographie (injection non comprise)	8V19	8,50	980
<i>Sous-section 4 - Appareil digestif</i>			
1) Radiographie de l'abdomen sans préparation, radioscopie éventuelle comprise; non cumulable avec un autre examen radiographique de l'abdomen (8V21 à 8V49 et 8V55 à 8V58)-CAC	8V20	7,20	830
2) Rx oesophage seul; non cumulable avec 8V16	8V22	7,00	810
3) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V22X	1,10	125
4) Transit oeso-gastro-duodéal	8V23	16,15	1.865
5) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V23X	1,10	125
6) Transit du grêle seul; non cumulable à 8V20-8V25	8V24	7,75	895
7) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V24X	1,10	125
8) Transit oeso-gastro-duodéal et transit intestinal complet avec au moins 1 contrôle subséquent	8V25	16,15	1.865
9) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V25X	1,10	125

10) Lavement baryté	8V26	16,15	1.865
11) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V26X	1,25	145
12) Cholécystographie par voie orale	8V31	7,10	820
13) Cholécysto-cholangiographie par voie intra-veineuse	8V32	14,35	1.655
14) Cholangiographie par voie percutanée transhépatique	8V34	26,55	3.065
15) Cholangiographie peropératoire	8V35	8,55	985
<i>Sous-section 5 - Système urinaire</i>			
1) Urographie intra-veineuse	8V41	10,50	1.210
2) Urographie intra-veineuse avec tomographie simultanée	8V42	14,75	1.705
3) Urétéro-pyélographie rétrograde uni-ou bilatérale; cathétérisme non compris	8V43	13,05	1.505
4) Cystographie	8V44	5,15	595
5) Urétero-cystographie rétrograde avec injection du produit de contraste	8V45	15,05	1.735
6) Urétrographie, sans injection du produit de contraste	8V46	7,75	895
7) Urétrographie rétrograde avec injection du produit de contraste	8V47	17,65	2.040
8) Vésiculo- et/ou déférentographie	8V48	7,95	920
<i>Sous-section 6 - Gynécologie</i>			
1) Mammographie unilatérale, toutes incidences	8V51	5,85	675
2) Mammographie bilatérale	8V52	11,70	1.350
3) Mammographie bilatérale dans le cadre d'un programme de dépistage précoce du cancer du sein	8V53	11,70	1.350
4) Galactographie, injection comprise	8V54	10,50	1.210
5) Hystérosalpingographie	8V55	10,50	1.210
6) Radiopelvimétrie	8V56	4,30	495
7) Mammographie unilatérale de contrôle dans un délai de moins de 12 mois pour lésions suspectes constatées à la mammographie de dépistage précoce du cancer du sein	8V57	5,85	675
8) Mammographie bilatérale de contrôle dans un délai de moins de 12 mois pour lésions suspectes constatées à la mammographie de dépistage précoce du cancer du sein	8V58	11,70	1.350
<i>Sous-section 7 - Système nerveux</i>			
1) Myélographie, ponction non comprise	8V61	13,45	1.555
2) Myélographie, ponction et injection comprises	8V62	27,55	3.180
<i>Sous-section 8 - Angiographie</i>			
REMARQUES:			
Les coefficients des actes de cette sous-section comprennent l'anesthésie locale , la ponction respectivement le cathétérisme, l'injection du produit de contraste, la prise des films et le rapport.			
Le coefficient reste le même si les actes sont faits avec digitalisation. En cas d'examen bilatéral, la règle générale des actes bilatéraux est applicable(article 9)			
1) Artériographie unilatérale des artères intracrâniennes (non cumulable avec 8V75 ou 8V76)	8V70	89,00	10.275
2) Artériographie d'un membre	8V71	29,45	3.400
3) Artériographie des deux membres inférieurs et de l'aorte abdominale par cathétérisme unilatéral ou par ponction aortique	8V72	44,05	5.085
4) Artériographie de l'aorte thoracique et/ou abdominale et de ses branches (non cumulable avec 8V71, 8V72, 8V78, ou 8V79)	8V73	34,60	3.995
5) Artériographie d'une carotide ou d'une artère vertébrale par cathétérisme	8V75	59,25	6.840
6) Artériographie unilatérale des artères du cou (y compris la crosse aortique)	8V76	89,00	10.275
7) Artériographie médullaire	8V77	59,00	6.810
8) Artériographie par cathétérisme sélectif d'une branche de l'aorte thoraco-abdominale	8V78	89,00	10.275
9) Artériographie par cathétérisme sélectif de plusieurs branches de l'aorte thoraco-abdominale	8V79	110,00	12.700

10)	Artériographie locale par injection directe peropératoire	8V80	20,80	2.400
11)	Phlébographie	8V81	29,45	3.400
12)	Splénoportographie	8V82	34,60	3.995
13)	Lymphographie	8V83	29,45	3.400
14)	Cathétérisme sélectif, sous contrôle artériographique, d'un vaisseau des membres ou d'organes thoraco-abdominaux pour prélèvement local ou chimiothérapie	8V86	89,00	10.275
15)	Cathétérisme sélectif, sous contrôle artériographique, d'un vaisseau crânio-cervical ou médullaire pour prélèvement local ou chimiothérapie	8V87	89,00	10.275

Sous-section 9 - Examens divers

1)	Contrôle radiologique de bonne mise en place d'une sonde ou d'un cathéter avec injection de produit de contraste	8V90	7,20	830
2)	Fistulographie sous opacification par sonde	8V91	7,95	920
3)	Repérage percutané de corps étrangers par marquage géométrique	8V92	7,20	830
4)	Repérage percutané d'une lésion focale au décours d'une séance d'imagerie médicale (mise en compte une seule fois) CAT	8V93	20,00	2.310
5)	Amplificateur de brillance avec TV pour contrôle radioscopique d'un acte chirurgical ou analogue- CAT (non applicable pour acte de radiologie ni pour position à libellé spécifié" sous contrôle radioscopique")	8V95	8,85	1.020

Sous-section 10 - Tomographie, scanographie

a) Tomographie

1)	Tomographie du squelette en présence de matériel métallique	8A15	13,05	1.505
2)	Tomographie des poumons et/ou du larynx	8A16	13,05	1.505

b) Tomodensitométrie (TDM), scanographie

1)	TDM de la tête (cou compris)	8A21	23,60	2.725
2)	TDM du cou et/ou des organes thoraciques	8A31	29,25	3.375
3)	TDM des organes abdominaux et/ou pelviens	8A32	29,25	3.375
4)	TDM de la colonne cervicale	8A33	29,25	3.375
5)	TDM de la colonne lombaire et/ou dorsale	8A34	29,25	3.375
6)	TDM des membres	8A35	23,60	2.725
7)	TDM du corps entier	8A36	35,45	4.090
8)	TDM de l'arcade dentaire	8A37	13,05	1.505
9)	Supplément pour TDM combinée à une arthrographie, discographie ou myélographie	8A41	14,60	1.685
10)	Contrôle scanographique pour un acte diagnostique ou thérapeutique - CAT	8A45	8,85	1.020

REMARQUE:

Les positions 8A21-8A45 ne sont pas applicables à l'examen d'ostéodensitométrie réalisé à l'aide d'un scanner

Section 2 - Radiothérapie

Sous-section 1 - Traitement par les isotopes radioactifs en sources non scellées

1)	Traitement par les isotopes radioactifs en sources non scellées, première application	8T11	38,85	4.485
2)	Traitement par les isotopes radioactifs en sources non scellées, deuxième application	8T12	27,95	3.225
3)	Traitement par les isotopes radioactifs en sources non scellées, troisième application	8T13	18,75	2.165

REMARQUE :

Pour les actes de cette sous-section, une application comprend l'ensemble du traitement et les consultations de contrôle post-thérapeutiques pendant une durée de trois mois.

Section 3 - Imagerie médicale utilisant les agents physiques sans radiations ionisantes

Sous-section 1 - Echographie (ultrasonographie, écho-Doppler)

1)	Echographie en temps réel, en mode A et B, un ou plusieurs organes	8E11	6,40	740
2)	Location d'appareil et clichés	8E11X	5,55	640
3)	Echotomographie de mode B en temps différé et/ou en temps réel de haute définition d'un ou plusieurs organes (sauf coeur, organes intra-abdominaux ou seins)	8E12	12,75	1.470

4)	Location d'appareil et clichés	8E12X	5,55	640
5)	Echotomographie de mode B en temps différé et/ou en temps réel de haute définition des organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens; non applicable pour échographie en rapport avec la grossesse	8E13	19,20	2.215
6)	Location d'appareil	8E13X	5,55	640
7)	Echotomographie de mode B en temps différé et/ou en temps réel de haute définition des seins	8E14	12,75	1.470
8)	Location d'appareil	8E14X	5,55	640
9)	Echographie obstétricale, 1er ou 3e trimestre	8E21	12,75	1.470
10)	Location d'appareil	8E21X	5,55	640
11)	Echographie obstétricale, 2e trimestre	8E22	19,20	2.215
12)	Location d'appareil	8E22X	5,55	640
13)	Contrôle échographique accompagnant un acte diagnostique ou thérapeutique - CAT (non applicable pour une position à libellé spécifié "sous contrôle échographique")	8E25	6,40	740
14)	Location d'appareil	8E25X	5,55	640
15)	Echoendoscopie de l'oesophage et du cardia	8E31	35,00	4.040
16)	Echoendoscopie de l'estomac	8E32	30,00	3.465
17)	Echoendoscopie des voies pancréatico-biliaires	8E33	39,66	4.580
18)	Echoendoscopie du côlon	8E34	29,85	3.445
19)	Echoendoscopie du rectum et du sigmoïde	8E35	13,22	1.525

Sous-section 2 - Imagerie par résonance magnétique

1)	Imagerie par résonance magnétique, par séance, quelles que soient les régions du corps examinées	8E51	35,50	4.100
2)	Imagerie par résonance magnétique, par séance, quelles que soient les régions du corps examinées, avec répétition des coupes après administration de produits de contraste	8E52	44,40	5.125

Section 4 - Diagnostic par les isotopes radioactifs (médecine nucléaire)

REMARQUE :

Les coefficients des actes de cette section comprennent l'anesthésie locale, l'injection ou la ponction - injection, le marquage de cellules.

1)	Mesure du transit d'un radio-nucléide dans un organe (sans imagerie de cet organe)	8N01	11,10	1.280
2)	Scintigraphie de la thyroïde	8N11	18,75	2.165
3)	Scintigraphie de la thyroïde avec courbe de fixation, minimum 3 mesures	8N12	29,85	3.445
4)	Scintigraphie pour la recherche de tumeurs neuro-endocrines (apudomes)	8N15	37,50	4.330
5)	Scintigraphie pulmonaire (perfusion)	8N17	37,50	4.330
6)	Scintigraphie pulmonaire (ventilation)	8N18	37,50	4.330
7)	Scintigraphie pulmonaire (ventilation - perfusion)	8N19	48,50	5.600

REMARQUE :

Les positions 8N17 à 8N19 ne sont pas cumulables entre elles

8)	Scintigraphie du myocarde	8N21	32,50	3.750
9)	Exploration isotopique de la perfusion du myocarde au repos et après effort, respectivement perfusion d'un médicament	8N22	37,50	4.330
10)	Ventriculographie isotopique guidée par ECG avec calcul de la fraction d'éjection et/ou des fractions régionales	8N25	37,50	4.330
11)	Scintigraphie hépatique	8N31	32,50	3.750
12)	Cholécintigraphie avec étude dynamique (non cumulable avec 8N31)	8N33	37,50	4.330
13)	Etude scintigraphique de la vidange gastrique	8N36	37,50	4.330
14)	Scintigraphie abdominale pour la recherche d'un diverticule de Meckel	8N38	37,50	4.330
15)	Scintigraphie rénale, uni- ou bilatérale	8N41	32,50	3.750
16)	Néphrographie isotopique et clearance séparée des 2 reins	8N42	43,50	5.020
17)	Scintigraphie cérébrale	8N51	32,50	3.750
18)	Scintigraphie cérébrale, examen statique et dynamique	8N52	43,50	5.020

19)	Cysternographie isotopique, ponction lombaire et injection intra-rachidienne comprise	8N55	40,00	4.620
	REMARQUE :			
	Les positions 8N51 à N55 ne sont pas cumulables entre elles			
20)	Scintigraphie pour la recherche d'un foyer infectieux (p.ex. par leucocytes marqués)	8N61	37,50	4.330
21)	Scintigraphie pour la recherche d'une hémorragie (p.ex. par érythrocytes marqués)	8N63	37,50	4.330
22)	Scintigraphie osseuse loco-régionale	8N71	37,50	4.330
23)	Scintigraphie osseuse loco-régionale, examen statique et dynamique	8N72	48,50	5.600
24)	Scintigraphie osseuse du corps entier	8N75	37,50	4.330
	REMARQUE :			
	Les positions 8N71 à 8N75 ne sont pas cumulables entre elles			
25)	Scintigraphie de la moelle osseuse	8N78	37,50	4.330
26)	Lymphoscintigraphie	8N81	32,50	3.750
27)	Immunoscintigraphie	8N85	37,50	4.330
28)	Scintigraphie et transit par un organe deux traceurs ou plus, suivie d'une soustraction progressive des images	8N91	37,50	4.330
29)	Tomoscintigraphie en complément d'un examen de la présente section - CAT	8N95	11,10	1.280

Section 5 - Radiologie interventionnelle

(Interventions percutanées sous contrôle d'imagerie médicale)

REMARQUES:

- 1) Les coefficients des actes comprennent l'anesthésie locale, la ponction respectivement le cathétérisme et l'imagerie de la région traitée.
- 2) Les positions des sous-sections 1 à 7 sont cumulables (en appliquant l'article 9 alinéa 1er), si elles portent sur des lésions distinctes situées sur des artères différentes.
- 3) En cas de thrombolyse (sous-section 5), une angiographie de contrôle peut être mise en compte si ce contrôle est effectué au moins deux heures après la fin de la première séance. Ce contrôle angiographique ne peut être mis en compte que deux fois par jour.
Par dérogation à l'art.9, alinéa final, l'accord du contrôle médical n'est pas requis sous ces conditions.
- 4) En cas d'intervention endoluminale sous imagerie (chapitre 8, section 5) suivie, sur le même segment, d'une intervention de chirurgie vasculaire (chapitre 2, section 2, sous-section 5) ou biliaire (chapitre 2, section 6, sous-section 4), le cumul des tarifs pour un même médecin n'est pas possible dans la même séance.

Sous-section 1 - Angioplastie pour sténose

1)	Angioplastie pour sténose d'un vaisseau du cou	8P11	130,00	15.005
2)	Angioplastie pour sténose d'une artère du membre supérieur	8P12	110,00	12.700
3)	Angioplastie pour sténose de l'aorte	8P13	130,00	15.005
4)	Angioplastie pour sténose d'une artère viscérale	8P14	130,00	15.005
5)	Angioplastie pour sténose de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P15	110,00	12.700
6)	Angioplastie pour sténose d'une artère infrapoplitée	8P16	130,00	15.005
7)	Angioplastie pour sténose d'un vaisseau cérébral	8P17	130,00	15.005

Sous-section 2 - Mise en place d'une endoprothèse avec ou sans angioplastie

1)	Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'un vaisseau du cou à destinée cérébrale	8P21	195,00	22.510
2)	Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'une artère du membre supérieur	8P22	165,00	19.050
3)	Angioplastie et endoprothèse pour sténose de l'aorte	8P23	195,00	22.510
4)	Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'une artère viscérale	8P24	195,00	22.510
5)	Angioplastie et endoprothèse bifurquée pour sténose du carrefour aorto-iliaque	8P25	290,00	33.480
6)	Angioplastie et endoprothèse pour sténose de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P26	165,00	19.050
7)	Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'une artère infrapoplitée	8P27	195,00	22.510
8)	Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'une veine profonde	8P29	165,00	19.050

Sous-section 3 - Recanalisation mécanique pour obstruction complète avec ou sans mise en place d'une endoprothèse

1)	Recanalisation pour obstruction d'un vaisseau du cou à destinée cérébrale	8P31	235,00	27.130
2)	Recanalisation pour obstruction d'un vaisseau du membre supérieur	8P32	220,00	25.395
3)	Recanalisation pour obstruction de l'aorte	8P33	195,00	22.510
4)	Recanalisation pour obstruction d'une artère viscérale	8P34	195,00	22.510
5)	Recanalisation pour obstruction de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P35	220,00	25.395
6)	Recanalisation pour obstruction d'une artère infrapoplitée	8P36	165,00	19.050
7)	Recanalisation pour obstruction d'une veine profonde	8P39	165,00	19.050

Sous-section 4 - Traitement d'un anévrisme par mise en place d'une endoprothèse ou de coils

1)	Traitement endoluminal pour anévrisme d'un vaisseau du cou à destinée cérébrale	8P41	205,00	23.665
2)	Traitement endoluminal pour anévrisme d'un vaisseau du membre supérieur	8P42	190,00	21.935
3)	Traitement endoluminal pour anévrisme de l'aorte	8P43	274,00	31.630
4)	Traitement endoluminal par prothèse bifurquée d'un anévrisme aortique sous-rénal	8P44	365,00	42.135
5)	Traitement endoluminal pour anévrisme d'une artère viscérale	8P45	205,00	23.665
6)	Traitement endoluminal pour anévrisme de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P46	190,00	21.935
7)	Traitement endoluminal pour anévrisme d'une artère infrapoplitée	8P47	190,00	21.935
8)	Traitement endoluminal pour anévrisme d'un vaisseau cérébral	8P48	300,00	34.630

Sous-section 5 - Thromboaspiration ou thrombolyse endovasculaire

1)	Thromboaspiration ou thrombolyse d'un vaisseau du cou	8P51	110,00	12.700
2)	Thromboaspiration ou thrombolyse d'un vaisseau du membre supérieur	8P52	110,00	12.700
3)	Thromboaspiration au niveau de l'aorte	8P53	110,00	12.700
4)	Thromboaspiration ou thrombolyse d'une artère viscérale	8P54	110,00	12.700
5)	Thromboaspiration ou thrombolyse de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P55	110,00	12.700
6)	Thromboaspiration ou thrombolyse d'une artère infrapoplitée	8P56	110,00	12.700
7)	Thromboaspiration ou thrombolyse d'un vaisseau cérébral	8P58	130,00	15.005
8)	Thromboaspiration ou thrombolyse d'une veine profonde	8P59	110,00	12.700

Sous-section 6 - Embolisation d'un vaisseau pour anévrisme ou autre malformation vasculaire ou pour traumatisme

1)	Embolisation d'un vaisseau du cou ou de la face	8P61	130,00	15.005
2)	Embolisation d'une artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P63	130,00	15.005
3)	Embolisation d'une artère infrapoplitée	8P64	130,00	15.005
4)	Embolisation d'un vaisseau cérébral ou médullaire	8P68	220,00	25.395
5)	Embolisation d'une artère ou d'une veine viscérale	8P69	130,00	15.005

Sous-section 7 - Autres traitements endovasculaires

1)	Embolisation d'un vaisseau pour tumeur	8P71	100,00	11.545
2)	Extraction d'un corps étranger intravasculaire	8P72	55,00	6.350
3)	Shunt porto-cave par voie transhépatique ou transjugulaire, mise en place d'une endoprothèse comprise	8P73	220,00	25.395
4)	Mise en place percutanée d'un filtre de la veine cave	8P74	95,00	10.965
5)	Prises de pression intravasculaire et/ou échographie endovasculaire au cours d'une intervention endovasculaire - CAT (non cumulable avec 8P79)	8P78	15,00	1.730
6)	Angioscopie intravasculaire au cours d'une intervention endovasculaire - CAT	8P79	25,00	2.885

Sous-section 8 - Interventions percutanées sur les voies biliaires

1)	Drainage biliaire externe par voie percutanée transhépatique	8P81	60,00	6.925
2)	Drainage biliaire interne par voie percutanée transhépatique	8P82	100,00	11.545
3)	Mise en place d'une endoprothèse biliaire par voie percutanée transhépatique	8P83	50,00	5.770
4)	Changement d'un cathéter ou d'une endoprothèse biliaire mise en place par voie percutanée	8P84	50,00	5.770

Sous-section 9 - Autres interventions

1) Ponction et drainage percutané d'abcès ou de kystes intra-abdominaux ou intra-thoraciques	8P91	60,00	6.925
2) Dénudation d'un vaisseau, en cas d'impossibilité technique d'un abord par ponction percutanée - CAT	8P98	60,00	6.925

Chapitre 9. - Oto-Rhino-Laryngologie - Stomatologie - Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire

Section 1 - Cavité buccale et glandes salivaires

Sous-section 1 - Chirurgie des lèvres et du palais

1) Chirurgie de la fente labiale, opération uni- ou bilatérale	9S11	21,80	2.515
2) Chirurgie de la fente labio-maxillaire	9S12	44,25	5.110
3) Chirurgie de la division vélo-palatine	9S13	70,35	8.120
4) Chirurgie de la sténose vélo-pharyngée en un ou deux temps	9S14	44,25	5.110
5) Plastie pour perforation sinusobuccale	9S15	77,55	8.950
6) Plastie pour communication buconasale	9S16	83,35	9.620
7) Appareil obturateur de perforation palatine: plaque base en résine (dents et crochets en supplément) - CAT	9S18	50,80	5.865
8) Appareil de prothèse vélo-palatine: plaque base et voile artificiel en résine (dents et crochets en supplément) - CAT	9S19	88,30	10.195
9) Réfection partielle d'une lèvre	9S21	74,45	8.595
10) Réfection totale d'une lèvre	9S22	111,60	12.885
11) Désinsertion musculaire du vestibule supérieur, sur toute l'étendue	9S31	58,35	6.735
12) Désinsertion musculaire du vestibule supérieur, par hémi-maxillaire ou de canine à canine	9S32	29,20	3.370
13) Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, sur toute l'étendue	9S33	73,35	8.470
14) Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, partie latérale	9S34	29,75	3.435
15) Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, partie antérieure	9S35	43,45	5.015
16) Traitement opératoire de la double lèvre	9S36	25,55	2.950

Sous-section 2 - Chirurgie des arcades gingivo-dentaires

1) Résection du capuchon muqueux d'une dent de sagesse	9S41	4,00	460
2) Traitement local des gingivostomatites, par séance	9S42	2,80	325
3) Gingivoplastie étendue à une demi-arcade ou de canine à canine	9S43	13,40	1.545
4) Gingivectomie étendue à une demi-arcade ou de canine à canine	9S44	20,45	2.360

Sous-section 3 - Chirurgie de la langue et du plancher de la bouche

1) Biopsie buccale	9S51	8,30	960
2) Excision et suture d'un frein hypertrophié de la langue ou de la lèvre ou d'une bride fibreuse	9S52	13,40	1.545
3) Plastie d'allongement du frein de la lèvre ou de la langue	9S53	13,40	1.545
4) Désinsertion musculaire du plancher de la bouche, un côté	9S55	40,90	4.720
5) Désinsertion musculaire du plancher de la bouche, deux côtés	9S56	81,70	9.430
6) Glossectomie large	9S57	109,70	12.665
7) Incision d'un abcès de la cavité buccale, bucco-pharyngée ou pharyngo-laryngée par voie buccale	9S61	11,00	1.270
8) Incision d'un phlegmon de la base de la langue ou du plancher buccal	9S62	33,65	3.885
9) Résection d'une lésion ou tumeur bénigne de la bouche	9S65	16,55	1.910
10) Extirpation d'une tumeur maligne des lèvres	9S71	59,55	6.875
11) Extirpation d'une tumeur maligne de l'oropharynx ou du plancher de la bouche	9S72	140,65	16.235

Sous-section 4. - Chirurgie des glandes salivaires

1) Injection de produit de contraste pour sialographie	9S80	3,50	405
2) Extirpation de calculs salivaires par incision muqueuse simple	9S81	13,40	1.545

3)	Extirpation de calculs salivaires par dissection du canal excréteur ou par voie externe	9S82	27,50	3.175
4)	Chirurgie d'une fistule salivaire	9S83	33,65	3.885
5)	Ablation de la glande sous-maxillaire	9S90	60,00	6.925
6)	Parotidectomie partielle avec dissection du nerf facial	9S93	98,25	11.340
7)	Parotidectomie totale avec dissection du nerf facial	9S94	124,40	14.360
8)	Parotidectomie totale, sans conservation du nerf facial	9S95	98,25	11.340
Section 2 - Chirurgie maxillo-faciale				
1)	Bandage d'urgence extrabuccal pour fracture des maxillaires, sans continuation du traitement	9F11	5,45	630
2)	Fracture des maxillaires, premier appareillage de contention buccale	9F12	25,55	2.950
3)	Traitement orthopédique d'une fracture maxillaire parcellaire	9F13	25,55	2.950
4)	Traitement orthopédique d'une fracture complète simple d'un maxillaire (sans appui)	9F14	77,55	8.950
5)	Fracture complète du maxillaire inférieur, réduction et contention avec appui sur le maxillaire supérieur	9F15	119,15	13.755
6)	Fracture transversale du maxillaire supérieur, contention par appareillage intra- et extra-buccal, appui péricrânien	9F16	131,15	15.140
7)	Fracture complète des deux maxillaires, contention par appareillage intra- et extra-buccal, appui péricrânien, matériel non compris	9F17	131,15	15.140
8)	Réduction sanglante simple d'une fracture d'un maxillaire, de l'os malaire et/ou du zygoma, matériel non compris	9F21	21,75	2.510
9)	Ostéosynthèse d'une fracture d'un maxillaire, de l'os malaire et/ou du zygoma, matériel non compris	9F22	146,55	16.920
10)	Ostéotomie pour fracture ancienne avec cal vicieux ou chirurgie (sans greffe) d'une pseudarthrose du maxillaire inférieur, matériel non compris	9F25	77,55	8.950
11)	Traitement chirurgical de la pseudarthrose d'un maxillaire avec greffe osseuse, prélèvements des greffons compris	9F26	116,80	13.485
12)	Ostéotomie unilatérale du maxillaire supérieur pour fracture ancienne avec cal vicieux	9F27	101,20	11.685
13)	Traitement orthopédique de la luxation temporo-maxillaire uni- ou bilatérale	9F31	4,50	520
14)	Réduction sanglante d'une luxation temporo-maxillaire, reposition ou résection du condyle, butée osseuse	9F32	146,55	16.920
15)	Appareil de contention du maxillaire inférieur après réduction d'une luxation par méthode sanglante - CAT	9F33	170,05	19.630
16)	Arthrotomie pour corps étranger ou lésion méniscale de l'articulation temporo-maxillaire	9F34	74,15	8.560
17)	Ostéotomie pour ankylose ou arthroplastie temporo-maxillaire	9F35	183,05	21.130
18)	Résection totale du maxillaire inférieur	9F41	104,10	12.015
19)	Résection du corps du maxillaire inférieur	9F42	146,55	16.920
20)	Résection totale d'un hémimaxillaire inférieur	9F43	183,00	21.125
21)	Résection large ou totale du maxillaire supérieur	9F44	183,00	21.125
22)	Traitement chirurgical de la prognathie ou latérogathie, matériel non compris	9F47	183,00	21.125
23)	Appareil de réduction-contention du maxillaire inférieur après correction chirurgicale d'une prognathie ou latérogathie - CAT	9F48	170,05	19.630
24)	Ablation d'une tumeur bénigne des maxillaires étendue à l'infrastructure	9F51	73,35	8.470
25)	Ablation d'une tumeur bénigne des maxillaires avec vaste délabrement osseux	9F52	101,20	11.685
26)	Evidement osseux d'un maxillaire nécessitant une greffe	9F53	116,80	13.485
27)	Correction de dépression traumatique ou congénitale de la face (hors l'orbite) par greffe osseuse, cutanéomuqueuse, dermo-graisseuse ou par matériau inerte (prélèvement de greffe non compris) - APCM	9F55	77,05	8.895
28)	Réfection uni- ou bilatérale d'un massif osseux par greffe osseuse, cartilagineuse ou par matériau inerte, intéressant l'orbite, l'os malaire et les maxillaires pour lésion congénitale ou ancienne - APCM	9F56	144,55	16.685
29)	Prélèvement osseux important ou trépanation d'un maxillaire pour examen histologique	9F61	21,35	2.465

30) Traitement de l'ostéite et nécrose des maxillaires, circonscrite à la région alvéolaire; curetage et ablation de séquestres	9F62	11,00	1.270
31) Curetage péri-apical par trépanation vestibulaire avec ou sans résection apicale	9F63	20,45	2.360
32) Traitement de l'ostéite de la région basilaire, de l'ostéite corticale ou centrale, curetage et ablation de séquestres	9F64	27,55	3.180
33) Nécrose des corps maxillaires étendue à un segment important; curetage et ablation de séquestres	9F65	47,50	5.485
34) Enucléation d'un kyste maxillaire étendu avec trépanation osseuse	9F71	27,05	3.125
35) Cure par marsupialisation d'un kyste maxillaire avec trépanation osseuse	9F72	13,55	1.565
36) Cure d'un kyste s'étendant à un hémimaxillaire ou d'un kyste faisant saillie et refoulant un sinus maxillaire	9F73	51,30	5.920
37) Trépanation par voie vestibulaire du sinus maxillaire pour recherche d'une racine refoulée dans le sinus	9F74	60,70	7.005
38) Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par réparation plastique musculo-cutanée	9F78	77,05	8.895
39) Insertion d'implants métalliques ou acryliques après large résection de la mandibule	9F81	146,55	16.920
40) Réimplantation d'une dent, appareillage non compris	9F82	40,25	4.645
41) Transplantation d'une dent, appareillage non compris	9F83	54,00	6.235
42) Appareil de contention préopératoire du maxillaire inférieur (résection chirurgicale, greffe) - CAT	9F91	108,75	12.555
43) Appareil mobilisateur du maxillaire inférieur après traitement chirurgical d'une construction permanente - CAT	9F92	170,05	19.630
44) Appareil de distension de cicatrices vicieuses (lèvres; joues) sans casque péricrânien - CAT	9F93	108,75	12.555
45) Appareil de distension de cicatrices vicieuses (lèvres; joues) avec casque péricrânien - CAT	9F94	170,05	19.630
46) Appareil porte-radium intrabuccal - CAT	9F95	88,30	10.195
47) Appareil de redressement du nez avec appui péricrânien - CAT	9F96	67,95	7.845
48) Appareil obturateur après résection du maxillaire supérieur (dents comprises) - CAT	9F97	170,05	19.630
49) Attelle modelable, par maxillaire	9F98	14,00	1.615

PROTOCOLE D'ACCORD

signé en exécution de l'article 68 de la convention du 13 décembre 1993, conclue entre l'association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et l'union des caisses de maladie, portant fixation de la valeur de la lettre-clé pour l'exercice 1999 pour les actes et services professionnels des médecins-dentistes.

Vu les articles 61 à 71 du code des assurances sociales,
vu les articles 68 et 69 de la convention du 13 décembre 1993,
les parties soussignées, à savoir:

- l'association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg, représentée par son président, le docteur Joe WIRTZ et le docteur Gilbert SCHEER, président du cercle des médecins-dentistes, déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 1 du code des assurances sociales d'une part,
- et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER, demeurant à Luxembourg,

d'autre part,
ont convenu ce qui suit:

Art. 1. L'adaptation annuelle négociée de la valeur de la lettre-clé pour l'exercice 1999 conformément à l'article 67 alinéa 1er du code des assurances sociales s'élève à 3,10%.

Art. 2. La valeur de la lettre-clé prévue aux articles 64 à 68 du code des assurances sociales est fixée à 126,74 avec effet au 1er janvier 1999.

Art. 3. Le tarif des actes et services professionnels obtenu par application de l'article 66 du code des assurances sociales est porté à l'annexe I du présent protocole d'accord.

Art. 4. Le présent protocole d'accord ainsi que son annexe font partie intégrante de la convention signée entre parties en date du 13 décembre 1993.

Chapitre 4 - Traitement hospitalier stationnaire du médecin-dentiste

Section 1 - Traitement stationnaire interne

1) 1er jour d'hospitalisation	DF10	4,95	625
2) Du 2e jour au 14e jour; par jour	DF11	2,90	370
3) Du 15e au 42e jour; par jour	DF12	1,45	185
4) A partir du 43e jour, par jour	DF13	0,80	100

Section 2 - Traitement post-opératoire

1) Du 1er au 7e jour post-opératoire; par jour	DF20	10,00	1.265
2) Du 8e au 14e jour post-opératoire; par jour	DF21	1,35	170
3) Du 15e au 42e jour post-opératoire; par jour	DF22	0,90	115
4) A partir du 43e jour post-opératoire; par jour	DF23	0,80	100

Chapitre 5 - Rapports du Médecin-dentiste

1) Rapport détaillé au médecin traitant concernant - l'examen complet de la région maxillo-faciale, - les résultats d'examens complémentaires, - les traitements faits et les propositions de traitement ultérieur	DR1	8,70	1.105
---	-----	------	-------

Chapitre 6 - Examens à visée préventive du médecin-dentiste

Section 1 - Examen prénatal de la femme enceinte tel que prévu par la loi du 20 juin 1977 et le règlement grand-ducal du 8 décembre 1977 (art. 9 modifié le 26 mai 1979)

1) Examen dentaire au cours des 5 premiers mois de la grossesse	DE1	10,70	1.355
---	-----	-------	-------

Section 2 - Examens dentaires des enfants âgés de 2 à 4 ans tels que prévus par la loi du 15 mai 1984 et le règlement grand-ducal du 12 décembre 1984 (art. 3)

1) Examen dentaire de l'enfant âgé de 30 à 36 mois	DE2	10,70	1.355
2) Examen dentaire de l'enfant âgé de 42 à 48 mois	DE3	10,70	1.355

DEUXIEME PARTIE : ACTES TECHNIQUES

Chapitre 1er - Soins gingivaux et dentaires

1) Détartrage en une ou plusieurs séances - CAC	DS1	5,45	690
2) Traitement médical de la paradontose, par séance	DS2	2,80	355
3) Correction de l'occlusion dentaire et meulage sélectif, par séance	DS3	6,60	835
4) Consolidation de dents branlantes par ligature ou collage, ou traitement d'une fracture limitée aux procès alvéolaires, par dent	DS4	2,80	355
5) Attelle métallique dans la paradontose ou la fracture des procès alvéolaires - DSD+ACM	DS5	50,00	6.335
6) Prothèse attelle de contention ou gouttière occlusale - DSD+ACM	DS6	50,00	6.335
7) Blanchissement de dents dévitalisées, par séance et par dent	DS7	2,80	355
8) Coiffage pulpaire indirect, par dent et par séance	DS8	2,80	355
9) Coiffage pulpaire direct, par dent et par séance	DS9	5,45	690
10) Pulpectomie simple (amputation coronaire) et obturation de la chambre pulpaire (réservée à la dent de lait)	DS10	4,50	570
11) Pulpectomie totale (amputation corono-radulaire) et obturation des canaux radiculaires, sur incisives, canines ou prémolaires inférieures	DS11	11,00	1.395
12) Pulpectomie totale (amputation corono-radulaire) et obturation des canaux radiculaires, sur prémolaires supérieures ou molaires	DS12	19,35	2.450
13) Traitement de la gangrène pulpaire et de ses complications, par séance - CAC	DS13	4,00	505
14) Obturation, une face	DS14	6,60	835

15) Obturation portant sur deux faces d'une dent	DS15	8,30	1.050
16) Obturation portant sur trois faces ou plus, par dent	DS16	9,35	1.185
17) Reconstitution large d'une dent sur pivot - DSD	DS18	13,25	1.680
18) Reconstitution d'un angle en résine sur le groupe incisivo-canin - DSD	DS19	9,35	1.185
19) Anesthésie locale	DS20	1,95	245
20) Anesthésie régionale	DS21	3,25	410
21) Cautérisation	DS22	2,80	355
22) Aurification - DSD	DS33	9,35	1.185
23) Inlay, une face - DSD	DS34	6,60	835
24) Inlay portant sur deux faces d'une dent - DSD	DS35	8,30	1.050
25) Inlay portant sur trois faces ou onlay, par dent - DSD	DS36	9,35	1.185

Chapitre 2 - Extractions dentaires

1) Extraction simple d'une dent monoradiculaire ou d'une dent pluriradiculaire supérieure	DS61	3,25	410
2) Extraction simple d'une molaire inférieure	DS62	4,00	505
3) Extraction d'une dent au cours d'accidents cellulaires ou osseux, groupe incisivo-canin, prémolaires, molaires supérieures	DS63	4,00	505
4) Extraction d'une dent au cours d'accidents cellulaires ou osseux, molaires inférieures	DS64	5,45	690
5) Extraction simple des racines d'une dent mono-ou pluriradiculaire	DS65	3,25	410
6) Extraction des racines d'une dent par morcellement	DS66	6,60	835
7) Extraction des racines d'une dent avec alvéolectomie	DS67	10,50	1.330
8) Extraction d'une dent en malposition	DS68	6,60	835
9) Tamponnement d'une ou plusieurs alvéoles pour hémorragie post-opératoire, dans une séance ultérieure, par séance	DS71	3,25	410
10) Traitement d'alvéolite consécutive à une ou plusieurs extractions, par séance	DS72	2,80	355
11) Résection des bords alvéolaires après extractions multiples	DS73	4,00	505
12) Suture gingivale avec ou sans résection partielle d'une crête alvéolaire	DS74	6,60	835
13) Suture gingivale étendue à un hémimaxillaire ou à un bloc incisivo-canin avec ou sans résection d'une crête alvéolaire	DS75	20,45	2.590
14) Enucléation chirurgicale d'un kyste de petit volume	DS76	10,65	1.350
15) Cure d'un kyste par marsupialisation	DS77	5,35	680
16) Excision d'un cal fibreux	DS78	14,40	1.825
17) Frais de matériel en cas de suture	DS79M	3,50	445

Chapitre 3 - Extractions chirurgicales

1) Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée	DS88	33,05	4.190
2) Extraction chirurgicale d'une canine incluse	DS89	41,55	5.265
3) Extraction chirurgicale d'odontoïdes ou de dents surnuméraires inclus ou enclavés, germectomie	DS90	33,05	4.190
4) Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée au cours d'accidents inflammatoires	DS91	46,90	5.945
5) Extraction chirurgicale d'une dent en désinclusion, non enclavée, dont la couronne est sous-muqueuse	DS92	13,85	1.755
6) Extraction chirurgicale d'une dent ectopique et incluse (coroné, gonion, branche montante, bord basilaire de la branche montante et du menton, sinus)	DS93	69,05	8.750
7) Extraction par voie alvéolaire d'une racine refoulée dans le sinus	DS94	9,90	1.255
8) Lavage du sinus maxillaire par voie alvéolaire	DS95	3,25	410
9) Curetage alvéolaire, granulectomie, esquillectomie	DS96	3,25	410

Chapitre 4 - Prothèse dentaire adjointe

1) Plaque base en résine synthétique	DA11	34,30	4.345
2) Plaque base en résine injectée ou plaque renforcée ou plaque coulée - DSD+ACM	DA12	34,30	4.345
3) Prothèse à squelette en métal non précieux - DSD+ACM	DA13	34,30	4.345

4) Empreinte par porte-empreinte individuel	DA21	8,30	1.050
5) Empreinte fonctionnelle, open mouth technic	DA22	27,55	3.490
6) Empreinte fonctionnelle, closed mouth technic - DSD+ACM	DA23	27,55	3.490
7) Dent prothétique	DA31	8,30	1.050
8) Dent contreplaquée (métal non précieux)	DA32	13,85	1.755
9) Facette or - DSD+ACM	DA33	8,30	1.050
10) Rétention par zone de décharge	DA35	5,45	690
11) Rétention par succion	DA36	8,30	1.050
12) Rétention par pesanteur, aimants, ressorts, implants ou résine molle - DSD+ACM	DA37	8,30	1.050
13) Ancienne dent remontée sur nouvelle base, par dent	DA41	6,60	835
14) Crochet simple, métal non précieux	DA42	8,80	1.115
15) Crochet de type compliqué, métal non précieux - DSD+ACM	DA43	8,80	1.115
16) Crochet de prothèse squelettique - DSD+ACM	DA44	8,80	1.115
17) Attachements - DSD+ACM	DA45	8,80	1.115
18) Réparation de fracture sur plaque base en matière plastique	DA51	11,00	1.395
19) Réparation de fracture sur plaque base en matière métallique (remontage en plus) - DSD	DA52	11,00	1.395
20) Réparation avec remplacement d'une dent artificielle cassée, d'un crochet ou d'une succion	DA53	11,00	1.395
21) Réparation avec remplacement de dents artificielles cassées, de crochets ou succions, les suivantes, par unité	DA54	5,45	690
22) Adjonction d'une dent après empreinte	DA61	15,40	1.950
23) Adjonction de dents après empreinte, à partir de la deuxième dent, par dent	DA62	8,30	1.050
24) Adjonction d'un crochet simple après empreinte	DA63	16,55	2.100
25) Adjonction d'un crochet compliqué après empreinte - DSD	DA64	16,55	2.100
26) Remontage d'une dent prothétique	DA71	11,00	1.395
27) Remontage de dents prothétiques, à partir de la deuxième dent, par dent	DA72	5,45	690
28) Remontage par crochet	DA73	11,00	1.395
29) Rebasage partiel	DA74	16,95	2.150
30) Rebasage total	DA75	34,30	4.345

Chapitre 5 - Traitement non terminé pour prothèse adjointe

1) Empreinte par maxillaire	DA91	5,45	690
2) Empreinte individuelle par maxillaire	DA92	8,30	1.050
3) Empreinte fonctionnelle par maxillaire, open mouth technic	DA93	27,55	3.490
4) Empreinte fonctionnelle par maxillaire, closed mouth technic - DSD+ACM	DA94	27,55	3.490
5) Articulé	DA95	11,00	1.395
6) Essayage par maxillaire	DA96	8,30	1.050

Chapitre 6 - Prothèse conjointe

1) Couronne coulée	DB21	44,15	5.595
2) Couronne à facette - DSD+ACM	DB23	44,15	5.595
3) Couronne trois quarts	DB24	49,70	6.300
4) Couronne télescopique servant d'ancrage à une prothèse adjointe - DSD+ACM	DB25	52,95	6.710
5) Articulation, glissière ou construction similaire incorporée à une couronne ou un inlay servant d'ancrage à une prothèse adjointe - DSD+ACM	DB26	8,80	1.115
6) Inlay servant de pilier de bridge - DSD+ACM	DB28	13,25	1.680
7) Dent à pivot avec anneau radulaire (genre Richmond)	DB29	55,20	6.995
8) Dent à pivot en porcelaine ou résine massive (genre Davis)	DB30	38,65	4.900
9) Reconstitution sur inlay-pivot par couronne - DSD+ACM	DB31	13,25	1.680
10) Couronne jacket en résine	DB32	55,20	6.995
11) Couronne jacket en porcelaine - DSD+ACM	DB33	55,20	6.995
12) Rescellement d'une couronne, d'un inlay, d'une dent à pivot, d'une facette ou d'un bridge; par élément scellé	DB34	6,10	775
13) Descellement d'une couronne, d'une facette ou d'un bridge; par élément scellé	DB35	5,45	690

14)	Descellement d'une dent à pivot ou d'un pivot radicaire cassé - DSD	DB36	5,45	690
15)	Réparation d'une prothèse conjointe, descellement et rescellement non compris - DSD	DB37	8,80	1.115
16)	Remplacement d'une facette, scellement compris	DB38	13,85	1.755
17)	Élément de bridge céramo-métallique - DSD+ACM	DB47	38,65	4.900
18)	Élément de bridge barre (spring bridge)	DB48	38,65	4.900
19)	Élément de bridge en métal massif	DB49	38,65	4.900
20)	Élément de bridge en résine	DB50	38,65	4.900
21)	Élément de bridge à facette ou dent à tube	DB51	38,65	4.900

Chapitre 7 - Traitement non terminé pour prothèse conjointe

1)	Décorticage pour couronne simple	DB91	12,20	1.545
2)	Décorticage pour couronne jacket	DB92	22,05	2.795
3)	Préparation pour dent à pivot	DB93	12,20	1.545

Chapitre 8 - Orthodontie

1)	Moulages d'orthodontie fournis à la caisse	DT10	5,65	715
2)	Examen de la position des dents avec moulages	DT11	13,85	1.755
3)	Traitement de la malposition des dents par appareils divers, avant le début du traitement actif	DT21	71,85	9.105
4)	Traitement de la malposition des dents par plan incliné concernant plus de deux dents, avant le début du traitement actif	DT22	84,40	10.695
5)	Réduction de l'espace interdentaire par ligature ou par traction	DT23	84,40	10.695
6a)	Traitement orthodontique, par appareil mobile, commencé avant l'âge de 17ans, première période de 6 mois, au placement de l'appareil - ACM	DT31	83,45	10.575
6b)	Traitement orthodontique, par appareil mobile, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, à la fin de cette période - ACM	DT32	83,40	10.570
7)	Traitement orthodontique, par appareil mobile, deuxième période de 9 mois, à la fin de cette période - ACM	DT33	104,85	13.290
8a)	Traitement orthodontique, par appareil mobile, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; au 21e mois du traitement - ACM	DT34	94,50	11.975
8b)	Traitement orthodontique, par appareil mobile, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; à la fin du traitement actif ou au 27e mois du traitement - ACM	DT35	94,45	11.970
9)	Traitement orthodontique, par appareil mobile, pour fente labiale ou labio-maxillaire commencé avant l'âge de 17 ans, forfait annuel, à la fin de la période annuelle - APCM	DT36	200,00	25.350
10a)	Traitement orthodontique, par appareil fixe, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, au placement de l'appareil - DSD+ ACM	DT41	83,45	10.575
10b)	Traitement orthodontique, par appareil fixe, commencé avant l'âge de 17ans, première période de 6 mois, à la fin de cette période - DSD+ ACM	DT42	83,40	10.570
11)	Traitement orthodontique, par appareil fixe, deuxième période de 9 mois, à la fin de cette période - DSD + ACM	DT43	104,85	13.290
12a)	Traitement orthodontique, par appareil fixe, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; au 21e mois du traitement - DSD + ACM	DT44	94,50	11.975
12b)	Traitement orthodontique, par appareil fixe, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; à la fin du traitement actif ou au 27e mois du traitement - DSD + ACM	DT45	94,45	11.970
13)	Traitement orthodontique, par appareil fixe, pour fente labiale ou labio-maxillaire commencé avant l'âge de 17 ans, forfait annuel, à la fin de la période annuelle - APCM	DT46	200,00	25.350
14)	Contention d'un groupe de dents à hémiarcade après traitement orthodontique	DT61	66,15	8.385
15)	Contention d'une arcade complète après traitement orthodontique	DT62	110,40	13.990

Chapitre 9 - Radiodiagnostic

1) Radiographie dentaire, film et location d'appareil compris, première radiographie - CAC	DN11	5,45	690
2) Radiographie dentaire, film et location d'appareil compris, radiographies suivantes, par film	DN12	2,80	355
3) Téléradiographie de la face (face ou profil) avec mesure céphalométrique, par cliché	DN13	4,30	545
4) Location d'appareil	DN13X	7,65	970
5) Orthopantomographie	DN14	5,80	735
6) Location d'appareil	DN14X	7,65	970
7) Radiographie d'une articulation temporo-mandibulaire	DN15	12,00	1.520
8) Location d'appareil	DN15X	7,65	970
9) Film 9/13	DN20M	0,85	110
10) Film 12/30 à 15/34	DN25M	1,20	150
11) Film 18/24	DN30M	1,30	165
12) Film 24/30	DN40M	1,80	230

Chapitre 10 - Prestations réservées à l'assurance accident

1) Reconstitution large d'une dent sur pivot - DSD	DW18	14,85	1.880
2) Reconstitution d'un angle en résine sur le groupe incisivo-canin - DSD	DW19	26,14	3.315
3) Prothèse à squelette en métal non précieux - DSD + ACM	DW20	106,93	13.550
4) Crochet de type compliqué, métal non précieux - DSD + ACM	DW21	11,88	1.505
5) Couronne à facette - DSD + ACM	DW23	112,87	14.305
6) Couronne télescopique servant d'ancrage à une prothèse adjointe - DSD + ACM	DW25	93,26	11.820
7) Inlay servant de pilier de bridge - DSD + ACM	DW28	20,20	2.560
8) Reconstitution sur inlay-pivot par couronne - DSD + ACM	DW31	20,20	2.560