

**MEMORIAL**  
Journal Officiel  
du Grand-Duché de  
Luxembourg



**MEMORIAL**  
Amtsblatt  
des Großherzogtums  
Luxemburg

---

**RECUEIL DE LEGISLATION**

---

**A — N° 118**

**30 décembre 1998**

---

**Sommaire**

**NOMENCLATURE DES ACTES ET SERVICES**

**Règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie. . . . . page 3132**

**Règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie . . . . . 3142**

---

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

Nous JEAN, par la grâce de Dieu, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau;

Vu l'article 65, alinéa 6 du Code des assurances sociales;

Vu l'article 2 (1) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat et considérant qu'il y a urgence;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et de Notre Ministre de la Santé et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

La nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie a la teneur suivante:

### «Caractère personnel de l'acte

**Art. 1<sup>er</sup>.** Les actes et services des médecins-dentistes ne peuvent être pris en charge par une institution d'assurance maladie ou une autre institution de sécurité sociale visée au code des assurances sociales que si cet acte ou service est inscrit au tableau annexé au présent règlement et qui en fait partie intégrante et à condition d'avoir été effectués personnellement par le médecin-dentiste. Au cas où le médecin-dentiste est assisté par une autre personne, il doit exécuter lui-même, ou, lorsque cette personne est un médecin-dentiste en voie de formation, surveiller lui-même la phase essentielle de l'acte tout en restant responsable de l'intégralité de l'acte.

### Distinction entre actes généraux et techniques

**Art. 2.** Les coefficients des actes et services inscrits dans la première partie de l'annexe du présent règlement intitulée "Actes généraux" ne peuvent être modifiés que sur proposition du ou des groupements professionnels ayant signé la convention avec l'union des caisses de maladie. Tous les autres actes sont regroupés dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement, intitulée "Actes techniques".

Les actes techniques de la deuxième partie de l'annexe peuvent également être accomplis par les médecins spécialistes

- en chirurgie orale, dentaire et maxillo-faciale
- en stomatologie.

Les chapitres 2 et 3 de la deuxième partie de l'annexe sont accessibles aux médecins spécialistes

- en chirurgie générale
- en chirurgie plastique
- en oto-rhino-laryngologie
- en chirurgie maxillo-faciale.

Le chapitre 9 intitulé "Oto-Rhino-Laryngologie - Stomatologie - Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire" de la deuxième partie de l'annexe de la nomenclature des médecins constitue une partie commune aux médecins et aux médecins-dentistes.

### Autorisation par le contrôle médical de la sécurité sociale

**Art. 3.** Certains actes ne peuvent être pris en charge qu'après avoir été autorisés par le contrôle médical de la sécurité sociale.

Ces actes sont signalés par les lettres "APCM" (autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale requise) ou les lettres "ACM" (autorisation du contrôle médical de la sécurité sociale requise), suivant que cette autorisation doit ou non précéder l'accomplissement de l'acte. La procédure à suivre pour obtenir cette autorisation est réglée par la convention prévue à l'article 61 du code des assurances sociales.

### Tarif d'un acte

**Art. 4.** Le tarif d'un acte est obtenu en multipliant son coefficient par la valeur monétaire de la lettre-clé négociée pour chaque exercice par les parties signataires de la convention pour les médecins-dentistes ou arrêtée, à défaut d'accord entre parties, par une sentence du Conseil supérieur des assurances sociales, ceci conformément aux articles 66 et suivants du code des assurances sociales.

Les fractions de prix de 0,01 à 2,49 francs et de 5,00 à 7,49 francs sont arrondies au multiple de 5 francs inférieur tandis que celles de 2,50 à 4,99 et de 7,50 à 9,99 francs sont arrondies au multiple de 5 supérieur, à l'exception de l'indemnité horo-kilométrique prévue à l'article 6, qui est arrondie à l'unité supérieure si elle est égale ou supérieure à la moitié et elle est arrondie à l'unité inférieure si elle est inférieure à la moitié.

Le coefficient des actes de la deuxième partie de l'annexe marqués par les lettres "DSD" (dépassement sur devis) correspond au tarif maximal remboursé par l'assurance maladie. Un dépassement peut se faire sur devis préalable, en

application de l'article 66 du code des assurances sociales et selon les modalités fixées par la convention prévue à l'article 61 du code des assurances sociales.

Pour les positions marquées du sigle DSD, un devis écrit préalable est requis.

Par dérogation à ce qui précède, pour les positions DS18, DS19, DA52, DA64, DB36, DB37, DW18 et DW19, le mémoire d'honoraires vaut devis.

### Consultation et visite

**Art. 5.** La consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique.

Un entretien téléphonique ne peut donner lieu à une quelconque facturation à charge de l'assurance maladie.

Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (prise de tension artérielle, examen au spéculum nasal), la prise de sang veineux, les analyses qualitatives des urines (albumine et glucose), les injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées et intradermiques, les petits pansements, l'ouverture d'abcès superficiels, le meulage de bords tranchants, les cautérisations, la retouche à une prothèse dentaire, le pulpotest, la préparation de fond de cavité ainsi que l'établissement d'une ordonnance ou d'un certificat sommaire.

Les consultations et visites ne peuvent être mises en compte que si elles ont été sollicitées par la personne protégée ou par une personne de son entourage.

Le médecin-dentiste ne peut mettre en compte qu'une seule consultation ou visite par personne et par jour, c'est-à-dire par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaire plusieurs séances au cours du même jour et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Le médecin-dentiste mettra en compte exclusivement la consultation réservée à sa spécialité.

Est considérée comme consultation urgente celle sollicitée comme telle par la personne protégée ou par une personne de son entourage et reconnue comme telle par le médecin-dentiste, à condition qu'elle se situe en dehors des heures de consultation et de visite normales affichées par le médecin-dentiste ou que sa délivrance oblige le médecin-dentiste à abandonner la suite programmée de ses occupations.

Est considérée comme visite urgente celle sollicitée comme telle par la personne protégée ou par une personne de son entourage et reconnue comme telle par le médecin-dentiste, à condition qu'elle soit effectuée sans délai.

Le médecin-dentiste ayant mis en compte une consultation ou une visite urgente doit, à la demande du contrôle médical de la sécurité sociale, en justifier par écrit le caractère urgent.

Si lors du même déplacement, le médecin-dentiste examine plusieurs personnes faisant partie de la même communauté domestique ou du même établissement, le tarif de la visite est remplacé par celui de la consultation pour la deuxième personne et les suivantes.

### Indemnité horo-kilométrique

**Art. 6.** L'indemnité horo-kilométrique ne peut être mise en compte que pour une visite en milieu extrahospitalier.

L'indemnité est calculée d'après la carte officielle des distances. Pour le calcul, le cabinet du médecin-dentiste doit être pris comme point de départ, sans que toutefois l'indemnité mise en compte ne dépasse celle correspondant aux kilomètres effectivement parcourus.

Si en cas de visite à l'intérieur de la localité dans laquelle le médecin-dentiste a établi son cabinet, le déplacement dépasse un kilomètre, l'indemnité aller-retour peut être mise en compte pour les kilomètres excédentaires.

### Traitement en milieu hospitalier

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

Si la personne séjourne en milieu hospitalier, soit à titre stationnaire, soit au titre d'un séjour inférieur à une journée dont les conditions sont à fixer par la convention visée à l'article 75 du code des assurances sociales, le médecin-dentiste traitant applique les forfaits prévus au chapitre 4 de la première partie de l'annexe, à l'exclusion du tarif de la consultation ou de la visite. Toutefois, le médecin-dentiste traitant peut mettre en compte le tarif de la visite de nuit entre 22 heures et 7 heures selon les modalités prévues à l'article 10 sous 5).

Est considéré comme médecin-dentiste traitant au sens des présentes dispositions le médecin-dentiste qui, ayant décidé de l'admission de la personne protégée, effectue le traitement durant l'hospitalisation et en fait la déclaration à l'hôpital ou à l'assurance maladie conformément aux dispositions de la convention prévue à l'article 75 du code des assurances sociales.

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

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

Si au cours d'une même hospitalisation la personne protégée est traitée simultanément par plusieurs médecins, le médecin traitant justifie le traitement parallèle sur un formulaire élaboré par le contrôle médical de la sécurité sociale. Il envoie dans les vingt-quatre heures ce formulaire pour autorisation au contrôle médical de la sécurité sociale. Suite à cette autorisation le médecin-dentiste applique également les forfaits prévus au chapitre 4 de la première partie de l'annexe à l'exclusion du tarif de la consultation ou de la visite.

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

Les jours d'hospitalisation sont comptés par période de vingt-quatre heures commençant à minuit; la fraction compte pour une journée entière.

### Majoration du tarif des actes techniques

**Art. 8.** Si l'acte technique est effectué d'urgence entre 20 et 7 heures ou un dimanche ou un jour férié légal, son tarif est majoré de vingt-cinq pour cent, sauf si le libellé de l'acte exclut expressément cette majoration ou si une visite à l'hôpital est mise en compte. Le médecin-dentiste note le tarif majoré sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "N" (nuit), "D" (dimanche), ou "F" (jour férié).

### Cumul de plusieurs actes techniques

**Art. 9.** Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes techniques sont effectués sur une même personne par le même médecin-dentiste, celui-ci a droit au tarif de l'acte dont le coefficient est le plus élevé ainsi qu'à cinquante pour cent du tarif du deuxième acte et le cas échéant, du troisième acte. Les actes suivant le troisième acte ne donnent pas lieu à honoraires. Le médecin-dentiste note le tarif réduit en application du présent article sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "R".

Les actes auxquels la réduction de cinquante pour cent prévue à l'alinéa premier ne s'applique pas, sont signalés par les lettres "CAT" (cumul à plein tarif avec autre acte technique autorisé).

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa premier les actes inscrits dans les chapitres 1er, 2, et 4 à 10 de la deuxième partie de l'annexe de ce règlement peuvent être cumulés à plein tarif entre eux et sans limitation de leur nombre. Ils sont à considérer dans leur ensemble comme un seul acte technique. En cas de cumul de cet ensemble d'actes techniques avec d'autres actes techniques n'appartenant pas aux chapitres 1er, 2, et 4 à 10, la réduction de cinquante pour cent prévue par les dispositions de l'alinéa premier n'est pas applicable à cet ensemble d'actes et les autres actes peuvent être mis en compte; le premier à 100% et le deuxième à 50%.

Aucune prestation ne peut être cumulée avec une prestation dont elle fait partie intégrante.

Le médecin-dentiste ne peut mettre en compte qu'une seule consultation par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaires plusieurs séances au cours du même jour et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

### Cumul entre actes généraux et actes techniques

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

- 1) d'un acte technique signalé par les lettres CAC (cumul avec consultation) et d'une consultation, à l'exception du renouvellement d'ordonnance,
- 2) d'un rapport et d'un autre acte général ou technique,
- 3) de la visite en milieu extra-hospitalier, de l'indemnité horo-kilométrique et des actes techniques,
- 4) de la visite à l'hôpital prévue à l'alinéa 1er de l'article 7 et des actes techniques à condition que ces actes ne subissent pas les majorations prévues à l'article 8,
- 5) des examens prévus au chapitre 6 de la première partie de l'annexe et des actes techniques,
- 6) des forfaits pour le traitement hospitalier prévu au chapitre 4 de la 1ère partie de l'annexe et de la visite de nuit entre 22 et 7 heures, à condition que l'état du malade requière son intervention urgente et que le médecin-dentiste ne mette pas en compte la majoration de nuit prévue à l'article 8.

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

Dans les cas visés sous 1) à 5) ci-dessus, l'article 9 s'applique pour le cumul des actes techniques entre eux.

### **Assistance opératoire**

**Art. 11.** Si la complexité de l'intervention exige une assistance opératoire, celle-ci est fixée à trente pour cent du coefficient de l'acte opératoire en cause ou, le cas échéant, à trente pour cent de la somme des coefficients des actes opératoires effectués lors de cette intervention, sans pouvoir être inférieure au coefficient 7,85. Sur son mémoire d'honoraires le médecin-dentiste note le code du ou des actes suivi de la lettre "P". Le coefficient minimum subit les majorations prévues à l'article 8.

Lorsque deux médecins ou médecins-dentistes mettent en compte le tarif pour assistance opératoire, le médecin ou médecin-dentiste ayant effectué l'intervention doit fournir une justification écrite au contrôle médical de la sécurité sociale.

### **Dispositions particulières à l'anesthésie locale ou régionale**

**Art. 12.** En cas d'anesthésie locale ou régionale par injection le tarif des actes auxquels l'anesthésie se rapporte est majoré de 15% sans que cette majoration ne puisse être inférieure au coefficient prévu pour les positions DS20 ou DS21 du chapitre 1er de la deuxième partie de l'annexe. Elle ne peut être mise en compte si simultanément une anesthésie générale est pratiquée.

Sur le mémoire d'honoraires le médecin complète le code de l'intervention par la lettre "L".

L'anesthésie de contact est toujours comprise dans l'acte technique, respectivement la consultation.

### **Concordance des codes d'un acte technique en cas d'intervention pratiquée sous anesthésie**

**Art. 13.** En cas d'intervention pratiquée sous anesthésie, les codes appliqués par les différents médecins ou médecins-dentistes concernés doivent être concordants. En cas de contestation, le rapport de l'intervention fait foi.

### **Frais d'appareil et frais de matériel**

**Art. 14.** Le médecin-dentiste a droit au tarif spécifique pour couvrir les frais d'utilisation d'un appareil, à condition que l'acte technique correspondant puisse être mis en compte, que le médecin-dentiste soit propriétaire de l'appareil, le cas échéant, dûment autorisé, et que l'acte soit effectué en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question. Dans ce cas il complète le code de l'acte par la lettre "X".

Le médecin-dentiste peut mettre en compte les frais de matériel indiqués dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement en relation avec un acte technique, à condition que l'acte soit effectué en milieu extra-hospitalier. Dans ce cas il complète le code de l'acte par la lettre "M".

Les tarifs pour frais d'appareil et de matériel signalés respectivement par les lettres "X" et "M" à la dernière position du code ne subissent ni réduction ni majoration.

Les métaux précieux sont facturés à part sur le même mémoire d'honoraires.

### **Dispositions particulières aux actes de biologie médicale**

**Art. 15.** Par dérogation aux dispositions de l'article 1, les médecins-dentistes peuvent mettre en compte en supplément aux actes généraux et techniques les actes de biologie médicale conformément à la nomenclature pour les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique et conformément aux dispositions de la loi du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales.

### **Dispositions particulières aux actes de radiodiagnostic**

**Art. 16.** Les actes de radiodiagnostic prévus au chapitre 9 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins ou médecins-dentistes qui ont été autorisés à cet effet par le ministre ayant dans ses attributions la santé dans le cadre de la loi du 10 août 1983 concernant l'utilisation médicale des rayonnements ionisants.

Le coefficient de chaque code de radiologie du chapitre 9 de la deuxième partie de l'annexe comprend toutes les incidences effectuées. Une location d'appareil ne peut être mise en compte qu'en milieu extra-hospitalier et ceci à raison d'une seule fois par séance. Le tarif des films s'ajoute à celui de l'acte de radiodiagnostic à condition que celui-ci soit effectué en milieu extra-hospitalier.

La simple interprétation d'un film ne peut être mise en compte.

Une radiographie de qualité défectueuse ne peut être mise en compte.

## Rapports médicaux

**Art. 17.** Pour tout acte technique de diagnostic ou de traitement, le rapport y relatif est compris dans le coefficient de cet acte. Ce rapport doit être communiqué sans délai au médecin ayant transféré le malade et, sur demande au médecin-conseil du contrôle médical ou à tout médecin ayant à traiter ce malade.

Un rapport écrit est obligatoire pour tout acte de traitement fait sous anesthésie générale et pour tout acte technique de diagnostic. Sa rémunération est incluse dans le coefficient de l'acte en cause.

Le rapport DR1 prévu au chapitre 5 de la 1<sup>ère</sup> partie de l'annexe ne peut être mis en compte lorsque le médecin assume lui-même le traitement. Il ne peut être mis en compte que s'il concerne des examens précis et détaillés d'une affection de la région maxillo-faciale dépassant les arcades dentaires avec énoncé des résultats de l'examen, du diagnostic des traitements effectués et, le cas échéant, des propositions de traitement ultérieur».

**Art. 18.** Notre Ministre de la Sécurité sociale et Notre Ministre de la Santé sont chargés de l'exécution du présent règlement qui est publié au Mémorial et qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1999.

La Ministre de la Sécurité sociale,

**Mady Delvaux-Stehres**

Le Ministre de la Santé,

**Georges Wohlfart**

Palais de Luxembourg, le 21 décembre 1998.

Pour le Grand-Duc:

Son Lieutenant-Représentant

**Henri**

Grand-Duc héritier

## NOMENCLATURE DES ACTES ET SERVICES DES MEDECINS-DENTISTES

### PREMIERE PARTIE : ACTES GENERAUX

#### Chapitre 1<sup>er</sup> - Consultations du médecin-dentiste

	<b>Code</b>	<b>Coeff.</b>
1) Consultation du médecin-dentiste	DC1	5,65
2) Renouvellement d'ordonnance	DC2	2,95
3) Pansements en série, par séance	DC3	2,95
4) Consultation urgente	DC4	8,15
5) Consultation demandée et faite le soir entre 20 et 22 heures	DC6	10,70
6) Consultation demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	DC7	10,70
7) Consultation demandée et faite la nuit entre 22 et 7 heures	DC8	15,85

#### Chapitre 2 - Visites du médecin-dentiste

##### Section 1 - Visites en milieu extra-hospitalier

1) Visite du médecin-dentiste	DV1	12,00
2) Visite urgente	DV4	15,25
3) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures	DV5	15,25
4) Visite demandée et faite le soir entre 18 et 22 heures	DV6	18,00
5) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	DV7	18,00
6) Visite demandée et faite la nuit entre 22 et 7 heures	DV8	24,35

##### Section 2 - Visite en milieu hospitalier

1) Visite du médecin-dentiste	DV11	12,00
2) Visite urgente	DV14	15,25
3) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures	DV15	15,25
4) Visite demandée et faite le soir entre 18 et 22 heures	DV16	18,00
5) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	DV17	18,00
6) Visite demandée et faite la nuit entre 22 et 7 heures	DV18	24,35

#### Chapitre 3 - Déplacements du médecin-dentiste

1) Indemnité horo-kilométrique par km	DK1	0,42
---------------------------------------	-----	------

## Chapitre 4 - Traitement hospitalier stationnaire du médecin-dentiste

### Section 1 - Traitement stationnaire interne

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

### Section 2 - Traitement post-opératoire

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

## 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
---	-----	------

## 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
---	-----	-------

### 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
2) Examen dentaire de l'enfant âgé de 42 à 48 mois	DE3	10,70

## DEUXIEME PARTIE : ACTES TECHNIQUES

### Chapitre 1<sup>er</sup> - Soins gingivaux et dentaires

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

13) Traitement de la gangrène pulpaire et de ses complications, par séance - CAC	DS13	4,00
14) Obturation, une face	DS14	6,60
15) Obturation portant sur deux faces d'une dent	DS15	8,30
16) Obturation portant sur trois faces ou plus, par dent	DS16	9,35
17) Reconstitution large d'une dent sur pivot - DSD	DS18	13,25
18) Reconstitution d'un angle en résine sur le groupe incisivo-canin - DSD	DS19	9,35
19) Anesthésie locale	DS20	1,95
20) Anesthésie régionale	DS21	3,25
21) Cautérisation	DS22	2,80
22) Aurification - DSD	DS33	9,35
23) Inlay, une face - DSD	DS34	6,60
24) Inlay portant sur deux faces d'une dent - DSD	DS35	8,30
25) Inlay portant sur trois faces ou onlay, par dent - DSD	DS36	9,35

### Chapitre 2 - Extractions dentaires

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

### Chapitre 3 - Extractions chirurgicales

1) Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée	DS88	33,05
2) Extraction chirurgicale d'une canine incluse	DS89	41,55
3) Extraction chirurgicale d'odontoïdes ou de dents surnuméraires inclus ou enclavés, germectomie	DS90	33,05
4) Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée au cours d'accidents inflammatoires	DS91	46,90
5) Extraction chirurgicale d'une dent en désinclusion, non enclavée, dont la couronne est sous-muqueuse	DS92	13,85
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
7) Extraction par voie alvéolaire d'une racine refoulée dans le sinus	DS94	9,90
8) Lavage du sinus maxillaire par voie alvéolaire	DS95	3,25
9) Curetage alvéolaire, granulectomie, esquillectomie	DS96	3,25



#### Chapitre 4 - Prothèse dentaire adjointe

1) Plaque base en résine synthétique	DA11	34,30
2) Plaque base en résine injectée ou plaque renforcée ou plaque coulée - DSD+ACM	DA12	34,30
3) Prothèse à squelette en métal non précieux - DSD+ACM	DA13	34,30
4) Empreinte par porte-empreinte individuel	DA21	8,30
5) Empreinte fonctionnelle, open mouth technic	DA22	27,55
6) Empreinte fonctionnelle, closed mouth technic - DSD+ACM	DA23	27,55
7) Dent prothétique	DA31	8,30
8) Dent contreplaquée (métal non précieux)	DA32	13,85
9) Facette or - DSD+ACM	DA33	8,30
10) Réention par zone de décharge	DA35	5,45
11) Réention par succion	DA36	8,30
12) Réention par pesanteur, aimants, ressorts, implants ou résine molle - DSD+ACM	DA37	8,30
13) Ancienne dent remontée sur nouvelle base, par dent	DA41	6,60
14) Crochet simple, métal non précieux	DA42	8,80
15) Crochet de type compliqué, métal non précieux - DSD+ACM	DA43	8,80
16) Crochet de prothèse squelettique - DSD+ACM	DA44	8,80
17) Attachements - DSD+ACM	DA45	8,80
18) Réparation de fracture sur plaque base en matière plastique	DA51	11,00
19) Réparation de fracture sur plaque base en matière métallique (remontage en plus) - DSD	DA52	11,00
20) Réparation avec remplacement d'une dent artificielle cassée, d'un crochet ou d'une succion	DA53	11,00
21) Réparation avec remplacement de dents artificielles cassées, de crochets ou suctions, les suivantes, par unité	DA54	5,45
22) Adjonction d'une dent après empreinte	DA61	15,40
23) Adjonction de dents après empreinte, à partir de la deuxième dent, par dent	DA62	8,30
24) Adjonction d'un crochet simple après empreinte	DA63	16,55
25) Adjonction d'un crochet compliqué après empreinte - DSD	DA64	16,55
26) Remontage d'une dent prothétique	DA71	11,00
27) Remontage de dents prothétiques, à partir de la deuxième dent, par dent	DA72	5,45
28) Remontage par crochet	DA73	11,00
29) Rebasage partiel	DA74	16,95
30) Rebasage total	DA75	34,30

#### Chapitre 5 - Traitement non terminé pour prothèse adjointe

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

#### Chapitre 6 - Prothèse conjointe

1) Couronne coulée	DB21	44,15
2) Couronne à facette - DSD+ACM	DB23	44,15
3) Couronne trois quarts	DB24	49,70
4) Couronne télescopique servant d'ancrage à une prothèse adjointe - DSD+ACM	DB25	52,95
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
6) Inlay servant de pilier de bridge - DSD+ACM	DB28	13,25
7) Dent à pivot avec anneau radulaire (genre Richmond)	DB29	55,20

8) Dent à pivot en porcelaine ou résine massive (genre Davis)	DB30	38,65
9) Reconstitution sur inlay-pivot par couronne - DSD+ACM	DB31	13,25
10) Couronne jacket en résine	DB32	55,20
11) Couronne jacket en porcelaine - DSD+ACM	DB33	55,20
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
13) Descellement d'une couronne, d'une facette ou d'un bridge; par élément scellé	DB35	5,45
14) Descellement d'une dent à pivot ou d'un pivot radiculaire cassé - DSD	DB36	5,45
15) Réparation d'une prothèse conjointe, descellement et rescellement non compris - DSD	DB37	8,80
16) Remplacement d'une facette, scellement compris	DB38	13,85
17) Élément de bridge céramo-métallique - DSD+ACM	DB47	38,65
18) Élément de bridge barre (spring bridge)	DB48	38,65
19) Élément de bridge en métal massif	DB49	38,65
20) Élément de bridge en résine	DB50	38,65
21) Élément de bridge à facette ou dent à tube	DB51	38,65

#### **Chapitre 7 - Traitement non terminé pour prothèse conjointe**

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

#### **Chapitre 8 - Orthodontie**

1) Moulages d'orthodontie fournis à la caisse	DT10	5,65
2) Examen de la position des dents avec moulages	DT11	13,85
3) Traitement de la malposition des dents par appareils divers, avant le début du traitement actif	DT21	71,85
4) Traitement de la malposition des dents par plan incliné concernant plus de deux dents, avant le début du traitement actif	DT22	84,40
5) Réduction de l'espace interdentaire par ligature ou par traction	DT23	84,40
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
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
7) Traitement orthodontique, par appareil mobile, deuxième période de 9 mois, à la fin de cette période - ACM	DT33	104,85
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
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
9) Traitement orthodontique, par appareil mobile, pour fente labiale ou labio-maxillaire commencé avant l'âge de 17ans, forfait annuel, à la fin de la période annuelle - APCM	DT36	200,00
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
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
11) Traitement orthodontique, par appareil fixe, deuxième période de 9 mois, à la fin de cette période - DSD + ACM	DT43	104,85
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
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

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
14) Contention d'un groupe de dents à hémiarcade après traitement orthodontique	DT61	66,15
15) Contention d'une arcade complète après traitement orthodontique	DT62	110,40

#### Chapitre 9 - Radiodiagnostic

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

#### Chapitre 10 - Prestations réservées à l'assurance accident

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

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

Nous JEAN, par la grâce de Dieu, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau;  
Vu l'article 65, alinéa 6 du Code des assurances sociales;  
Vu l'article 2 (1) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat et considérant qu'il y a urgence;  
Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et de Notre Ministre de la Santé et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

La nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie a la teneur suivante:

### «Caractère personnel de l'acte

**Art. 1<sup>er</sup>.** Les actes et services des médecins ne peuvent être pris en charge par une institution d'assurance maladie ou une autre institution de sécurité sociale visée au code des assurances sociales que si cet acte ou service est inscrit au tableau annexé au présent règlement et qui en fait partie intégrante et à condition d'avoir été effectué personnellement par le médecin. Au cas où le médecin est assisté par une autre personne, il doit exécuter lui-même, ou, lorsque cette personne est un médecin en voie de formation, surveiller lui-même la phase essentielle de l'acte tout en restant responsable de l'intégralité de l'acte.

Sauf dérogations prévues dans la nomenclature, les actes effectués par des médecins pratiquant en association sont pris en charge par les institutions de sécurité sociale comme étant posés par un même médecin.

### Distinction entre actes généraux et techniques

**Art. 2.** Les coefficients des actes et services inscrits dans la première partie de l'annexe du présent règlement intitulée "Actes généraux" ne peuvent être modifiés que sur proposition du ou des groupements professionnels ayant signé la convention avec l'union des caisses de maladie. Tous les autres actes sont regroupés dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement, intitulée "Actes techniques".

Le chapitre 9 intitulé "Oto-Rhino-Laryngologie - Stomatologie - Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire" de la deuxième partie de l'annexe constitue une partie commune aux médecins et aux médecins-dentistes. Les actes techniques de ce chapitre peuvent donc être effectués à la fois par les médecins et par les médecins-dentistes.

En outre, sont accessibles aux médecins-dentistes les actes de chirurgie suivants:

- \* 2L71, 2L71M, 2L72, 2L72M, 2L73 de la sous-section 3 de la section 1 du chapitre 2 de la deuxième partie de l'annexe
- \* 2F11, 2F12, 2F13, 2F14 de la sous-section 4 de la section 2 du chapitre 2 de la deuxième partie de l'annexe
- \* 2K35 de la sous-section 1 de la section 3 du chapitre 2 de la deuxième partie de l'annexe
- \* 4G97 de la section 6 du chapitre 4 de la deuxième partie de l'annexe.

### Autorisation par le contrôle médical de la sécurité sociale

**Art. 3.** Certains actes ne peuvent être pris en charge qu'après avoir été autorisés par le contrôle médical de la sécurité sociale.

Ces actes sont signalés par les lettres "APCM" (autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale requise) ou les lettres "ACM" (autorisation du contrôle médical de la sécurité sociale requise), suivant que cette autorisation doit ou non précéder l'accomplissement de l'acte. La procédure à suivre pour obtenir cette autorisation est réglée par la convention prévue à l'article 61 du code des assurances sociales.

### Tarif d'un acte

**Art. 4.** Le tarif d'un acte est obtenu en multipliant son coefficient par la valeur monétaire de la lettre-clé négociée pour chaque exercice par les parties signataires de la convention pour les médecins ou arrêtée, à défaut d'accord entre parties, par une sentence du Conseil supérieur des assurances sociales, ceci conformément aux articles 66 et suivants du code des assurances sociales.

Les fractions de prix de 0,01 à 2,49 francs et de 5,00 à 7,49 francs sont arrondies au multiple de 5 francs inférieur tandis que celles de 2,50 à 4,99 et de 7,50 à 9,99 francs sont arrondies au multiple de 5 supérieur, à l'exception de l'indemnité horo-kilométrique prévue à l'article 6, qui est arrondie à l'unité supérieure si elle est égale ou supérieure à la moitié et elle est arrondie à l'unité inférieure si elle est inférieure à la moitié.

Pour la détermination du tarif d'un acte complété par un suffixe en application des articles suivants, le montant déterminé ci-avant est multiplié par les coefficients suivants:

art. 8	suffixe E	coefficient 1,10
art. 8	suffixe N ou D ou F	coefficient 1,25
art. 9	suffixe B	coefficient 1,50
art. 9	suffixe R	coefficient 0,50
art. 11	suffixe P	coefficient 0,30
art. 12	suffixe V	coefficient 1,25
art. 12	suffixe A	coefficient 0,45
art. 13	suffixe L	coefficient 1,15

Le montant final résultant de l'application d'un ou de plusieurs coefficients est arrondi à l'unité supérieure s'il est égal ou supérieur à la moitié et il est arrondi à l'unité inférieure s'il est inférieur à la moitié.

### Consultation et visite

**Art. 5.** La consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique.

Un entretien téléphonique ne peut donner lieu à une quelconque facturation à charge de la caisse.

Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, frottis en dehors de l'interprétation), la prise de sang veineux, les analyses qualitatives des urines (albumine et glucose), les injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées et intradermiques, les petits pansements et l'établissement d'un certificat sommaire.

Les consultations et visites ne peuvent être mises en compte que si elles ont été sollicitées par la personne protégée ou par une personne de son entourage.

Le médecin ne peut mettre en compte qu'une seule consultation ou visite par personne et par jour, c'est-à-dire par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaire plusieurs séances au cours du même jour et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Le médecin mettra en compte exclusivement la consultation réservée à sa spécialité.

La consultation majorée du médecin généraliste et de certains médecins spécialistes, doit avoir une durée sensiblement supérieure à celle de la consultation normale et suffisante pour permettre un examen exhaustif. Elle ne peut être mise en compte que tous les six mois pour la même personne. Toutefois cette périodicité ne s'applique pas aux médecins spécialistes en neurologie et en neuro-psychiatrie. Le médecin doit consigner le résultat de cet examen dans le dossier médical du patient. A la demande du contrôle médical de la sécurité sociale, le médecin doit fournir un rapport écrit, dont la cotation est comprise dans la consultation majorée.

Est considérée comme consultation urgente celle sollicitée comme telle par la personne protégée ou par une personne de son entourage et reconnue comme telle par le médecin, à condition qu'elle se situe en dehors des heures de consultation et de visite normales affichées par le médecin ou que sa délivrance oblige le médecin à abandonner la suite programmée de ses occupations.

Est considérée comme visite urgente celle sollicitée comme telle par la personne protégée ou par une personne de son entourage et reconnue comme telle par le médecin, à condition qu'elle soit effectuée sans délai.

Le médecin ayant mis en compte une consultation ou une visite urgente doit, à la demande du contrôle médical de la sécurité sociale, en justifier par écrit le caractère urgent.

Si lors du même déplacement, le médecin examine plusieurs personnes faisant partie de la même communauté domestique ou du même établissement, le tarif de la visite est remplacé par celui de la consultation pour la deuxième personne et les suivantes.

Pour une consultation ou une visite prestée dans un établissement à une personne y résidente, le médecin complète le code de la consultation ou de la visite par la lettre C pour l'acte presté à une personne résidant dans une maison de soins et par la lettre K pour l'acte presté à une personne résidant dans un centre intégré pour personnes âgées, dans une maison de retraite ou dans une institution.

### Indemnité horo-kilométrique

**Art. 6.** L'indemnité horo-kilométrique ne peut être mise en compte que pour une visite en milieu extra-hospitalier.

L'indemnité est calculée d'après la carte officielle des distances. Pour le calcul, le cabinet du médecin doit être pris comme point de départ, sans que toutefois l'indemnité mise en compte ne dépasse celle correspondant aux kilomètres effectivement parcourus.

Si en cas de visite à l'intérieur de la localité dans laquelle le médecin a établi son cabinet, le déplacement dépasse un kilomètre, l'indemnité aller-retour peut être mise en compte pour les kilomètres excédentaires.

### Traitement en milieu hospitalier

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

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

Est considéré comme médecin traitant au sens des présentes dispositions le médecin qui, ayant décidé de l'admission de la personne protégée, effectue le traitement durant l'hospitalisation et en fait la déclaration à l'hôpital ou à l'assurance maladie conformément aux dispositions de la convention prévue à l'article 75 du code des assurances sociales.

Si au cours d'une hospitalisation un autre médecin est appelé en consultation par le médecin traitant, cet autre médecin peut mettre en compte les tarifs prévus au chapitre premier de la première partie de l'annexe, ainsi que les tarifs prévus à la deuxième partie de l'annexe pour les actes prescrits par le médecin traitant, en respectant les règles de cumul énoncées à l'article 10.

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

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

Si au cours d'une même hospitalisation la personne protégée est traitée simultanément par plusieurs médecins relevant de disciplines médicales différentes, le médecin traitant justifie le traitement parallèle sur un formulaire élaboré par le contrôle médical de la sécurité sociale. Il envoie dans les vingt-quatre heures ce formulaire pour autorisation au contrôle médical de la sécurité sociale. Suite à cette autorisation le deuxième médecin applique également les forfaits prévus au chapitre 4 de la première partie de l'annexe à l'exclusion du tarif de la consultation ou de la visite. Toutefois l'autorisation du contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requise pour le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation pendant le séjour au service de réanimation en phase postopératoire, pour autant que ce séjour ne dépasse pas douze jours.

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

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

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

Les forfaits prévus à la section 2 du chapitre 4 de la 1ère partie ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en médecine interne, hématologie, néphrologie, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, pédiatrie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles, dermatologie ainsi que par les médecins généralistes. Les forfaits "F20, F25 et F27" peuvent être mis en compte uniquement par un médecin spécialiste soit pour un malade transféré avec ordonnance de transfert, soit pour un malade que ce médecin n'a pas examiné depuis au moins 6 mois.

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

Les forfaits prévus à la section 5 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que:

- 1) par les médecins spécialistes en médecine interne, néphrologie, cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, endocrinologie, hématologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, rhumatologie et pédiatrie;
- 2) pour des personnes nécessitant des soins intensifs spécifiques en raison d'accidents cardio-vasculaires aigus, de troubles graves du rythme cardiaque, de comas, de syndromes infectieux graves, de troubles métaboliques graves, de syndromes hémorragiques graves, de détresses respiratoires graves, du syndrome éclamptique ou d'affections neuropsychiatriques aiguës;
- 3) avec l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale pour toute autre affection grave;
- 4) une fois par période d'hospitalisation.

Les forfaits prévus à la section 6 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en anesthésie-réanimation et chez des malades nécessitant soit une réanimation avec surveillance sans nécessité de manoeuvres complexes en cas d'affection aiguë ou de traumatisme, soit une réanimation cardio-circulatoire de moins de deux heures.

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

Les forfaits prévus à la section 8 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en pédiatrie travaillant en groupe, dans un centre spécialisé de réanimation pédiatrique, avec présence constante d'un médecin au service. Ces forfaits ne sont mis en compte que pour des affections nécessitant des manoeuvres complexes de réanimation.

### Majoration du tarif des actes techniques

**Art. 8.** Si l'acte technique est effectué d'urgence entre 20 et 7 heures ou un dimanche ou un jour férié légal, son tarif est majoré de vingt-cinq pour cent, sauf si le libellé de l'acte exclut expressément cette majoration ou si une visite à l'hôpital est mise en compte. Le médecin note le tarif majoré sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "N" (nuit), "D" (dimanche), ou "F" (jour férié).

Les actes d'endoscopie en urologie décrits à la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 5 de la deuxième partie de l'annexe et les actes d'endoscopie en pneumologie décrits à la sous-section 2 de la section 4 du chapitre 1er de la deuxième partie de l'annexe peuvent être majorés de dix pour cent, s'ils sont prestés sur des enfants de moins de 14 ans. Les actes d'endoscopie en gastro-entérologie décrits à la section 6 du chapitre 1er de la deuxième partie de l'annexe peuvent être majorés de dix pour cent, s'ils sont prestés sur des enfants de moins de 6 ans. Le médecin note le tarif majoré sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "E".

### Cumul de plusieurs actes techniques

**Art. 9.** Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes techniques sont effectués sur une même personne par le même médecin, celui-ci a droit au tarif de l'acte dont le coefficient est le plus élevé ainsi qu'à cinquante pour cent du tarif du deuxième acte et le cas échéant, du troisième acte. Les actes suivant le troisième acte ne donnent pas lieu à honoraires. Le médecin note le tarif réduit en application du présent article sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "R".

Si plusieurs interventions sont faites dans le même champ opératoire, en principe la plus fortement tarifée sera seule portée en compte. Toutefois les règles de cumul décrites au niveau de l'alinéa qui précède peuvent être appliquées avec l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Les actes auxquels la réduction de cinquante pour cent prévue à l'alinéa premier ne s'applique pas sont signalés par les lettres "CAT" (cumul à plein tarif avec autre acte technique autorisé).

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les actes de radiodiagnostic prévus à la section 1 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe peuvent être cumulés à plein tarif entre eux, à l'exception des restrictions inscrites dans ce même chapitre. Ces actes de radiodiagnostic sont considérés dans leur ensemble comme un seul acte technique en vue de l'application de l'alinéa 1er du présent article. Le tarif des films prévus à la sous-section 1 s'ajoute à celui de l'acte de radiodiagnostic à condition que celui-ci soit effectué en milieu extra-hospitalier.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa 1 du présent article, les actes suivant le troisième acte peuvent donner lieu à honoraires à raison de cinquante pour cent pour les actes techniques effectués lors du 1er traitement opératoire d'un malade polytraumatisé. Ces actes sont soumis à l'accord du contrôle médical sur présentation du rapport opératoire.

Aucune prestation ne peut être cumulée avec une prestation dont elle fait partie intégrante.

Est à considérer comme opération bilatérale la même opération effectuée des deux côtés. Si elle est faite en une séance, le tarif de l'opération unilatérale est majoré de cinquante pour cent et le médecin note le tarif majoré sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "B".

Le médecin ne peut mettre en compte qu'une seule séance par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaires plusieurs séances au cours du même jour et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

### Cumul entre actes généraux et actes techniques

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

- 1) des consultations prévues aux sections 1 et 4 du chapitre 1 ou des examens médicaux prévus au chapitre 6 de la première partie de l'annexe avec ceux d'un acte technique signalé par les lettres "CAC" (cumul avec consultation);
- 2) d'un rapport et d'un autre acte général ou technique;
- 3) de la visite en milieu extra-hospitalier, des actes techniques et de l'indemnité horo-kilométrique;
- 4) de la visite à l'hôpital prévue aux alinéas 1 et 2 de l'article 7 et des actes techniques, à condition que ces actes ne subissent pas les majorations prévues à l'article 8;
- 5) de la visite de nuit à l'hôpital entre 22.00 et 7.00 heures du médecin spécialiste en radiologie avec ceux des actes techniques prévus au chapitre 8, section 1 de la deuxième partie de l'annexe, à condition que ces actes ne subissent pas les majorations prévues à l'article 8;
- 6) de la visite du dimanche ou jour férié légal à l'hôpital du médecin spécialiste en radiologie avec ceux des actes techniques prévus au chapitre 8, section 1 de la deuxième partie de l'annexe, à condition que ces actes ne subissent pas les majorations prévues à l'article 8;
- 7) pendant les deux premiers jours d'hospitalisation, du forfait pour traitement hospitalier et des actes techniques à plein tarif et sans limitation de leur nombre (à l'exception de la psychothérapie) et ce pour les médecins spécialistes en médecine interne, cardiologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, endocrinologie, gastro-entérologie, pneumologie, pédiatrie, hématologie, néphrologie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles, dermatologie;
- 8) pendant toute la durée de l'hospitalisation, des forfaits pour traitement hospitalier prévus au chapitre 4, sections 6 et 7 de la première partie de l'annexe avec l'oxygénothérapie hyperbare;
- 9) de l'examen préparatoire à l'acte d'anesthésie, de l'anesthésie définie à l'article 12 et des actes du chapitre 7, section 2 de la deuxième partie de l'annexe.
- 10) des forfaits pour le traitement hospitalier prévus au chapitre 4, section 1 à 5, de la première partie de l'annexe avec les honoraires de la visite de nuit entre 22 et 7 heures, à condition que l'état du malade requière son intervention urgente et que le médecin ne mette pas en compte la majoration de nuit prévue à l'article 8.

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

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

### Assistance opératoire

**Art. 11.** Si la complexité de l'intervention exige une assistance opératoire, celle-ci est fixée à trente pour cent du coefficient de l'acte opératoire en cause ou, le cas échéant, à trente pour cent de la somme des coefficients des actes



opératoires effectués lors de cette intervention, sans pouvoir être inférieure au coefficient 7,75. Sur son mémoire d'honoraires le médecin note le code du ou des actes suivi de la lettre "P". Le coefficient minimum subit les majorations prévues à l'article 8. Le médecin effectuant l'assistance opératoire applique les mêmes règles de cumul et de réduction respectivement de majoration que le médecin effectuant l'intervention en cause.

Lorsque l'intervention et l'assistance opératoire sont effectuées par des médecins pratiquant en association, l'alinéa 2 de l'article 1 n'est pas applicable pour la mise en compte de ces actes.

L'assistance opératoire mutuelle de deux médecins ne peut être mise en compte que si les médecins en cause exercent une spécialité chirurgicale différente et ne font pas partie d'une même association.

Lorsque deux médecins mettent en compte le tarif pour assistance opératoire, le médecin ayant effectué l'intervention doit fournir une justification écrite à la demande du contrôle médical de la sécurité sociale.

### Dispositions particulières aux médecins spécialistes en anesthésie-réanimation

**Art. 12.** Les actes d'anesthésie réalisés par le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation conformément au présent article sont des actes techniques réservés au médecin spécialiste en anesthésie-réanimation et comportant l'anesthésie générale par inhalation ou injection, la rachianesthésie, l'anesthésie épidurale ou l'anesthésie par infiltrations de racines, de plexus ou de troncs nerveux. Ces actes ne sont pas cumulables avec les actes des sections 1 et 3 du chapitre 7 de la deuxième partie de l'annexe.

Sont compris dans le coefficient de l'acte d'anesthésie les prestations suivantes: l'intubation, la surveillance et la réanimation peropératoire, le monitoring peropératoire, les cathétérismes veineux central, artériel ou cardiaque, la réanimation humorale simple et la surveillance postopératoire pour autant qu'elle concerne le domaine propre de l'anesthésiste-réanimateur pendant la journée de l'intervention et les trois jours suivants. Si des soins postopératoires sont nécessaires au-delà de quatre jours, l'anesthésiste mettra en compte par jour à partir du cinquième jour le tarif "F 74" prévu à la section 7 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe. Pour les patients opérés et nécessitant des manoeuvres complexes de réanimation avec ventilation artificielle prolongée de plus de douze heures après la fin de l'intervention, l'anesthésiste peut mettre en compte les positions "F 71" et suivantes prévues à la section 7 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe, sans mettre en compte le coefficient de l'acte d'anesthésie.

L'anesthésie est à mettre en compte par le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation à un tarif correspondant à quarante-cinq pour cent du coefficient de l'acte en cause ou, le cas échéant, à quarante-cinq pour cent de la somme des coefficients des actes effectués lors de cette intervention, sans pouvoir être inférieur au coefficient 21,65. Sur son mémoire d'honoraires, le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation note le code du ou des actes complété par la lettre "A". Le coefficient minimum subit les majorations prévues à l'article 8, de même que celles prévues à l'alinéa qui suit.

En plus, il peut mettre en compte une majoration de vingt-cinq pour cent si l'anesthésie est pratiquée sur une personne âgée de plus de soixante-quinze ans ou sur un enfant de moins de quatorze ans. Dans ce cas, il complète le code de l'intervention par la lettre "V".

Le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation applique les mêmes règles de cumul et de réduction respectivement de majoration que le médecin effectuant l'intervention en cause.

### Dispositions particulières à l'anesthésie locale

**Art. 13.** En cas d'anesthésie locale, le tarif de l'acte auquel l'anesthésie se rapporte est majoré de quinze pour cent. L'anesthésie ne peut être mise en compte si simultanément une anesthésie générale est pratiquée. En outre elle ne peut être mise en compte, si le libellé de l'acte qu'elle accompagne comporte la précision "anesthésie locale comprise".

Sur le mémoire d'honoraires le médecin complète le code de l'intervention par la lettre "L".

L'anesthésie de contact est toujours comprise dans l'acte technique, respectivement la consultation.

### Concordance des codes d'un acte technique en cas d'intervention pratiquée sous anesthésie

**Art. 14.** En cas d'intervention pratiquée sous anesthésie, les codes appliqués par les différents médecins concernés doivent être concordants. En cas de contestation, le rapport de l'intervention fait foi.

### Frais d'appareil et frais de matériel

**Art. 15.** Le médecin ne peut mettre en compte un tarif spécifique pour couvrir les frais de location d'un appareil, que si ce tarif spécifique est prévu dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement et désigné par le code de l'acte correspondant complété par la lettre "X". La mise en compte de ce tarif spécifique ne peut être faite qu'à condition que l'acte technique correspondant puisse être mis en compte, que l'appareil soit, le cas échéant, dûment autorisé, que l'acte soit effectué en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question.

Le médecin ne peut mettre en compte les frais de matériel indiqués dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement en relation avec un acte technique, que s'il est effectué en milieu extra-hospitalier et qu'un tarif spécifique est inscrit dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement avec le code de l'acte correspondant complété par la lettre "M".

Les tarifs pour frais d'appareil et de matériel signalés respectivement par les lettres "X" et "M" à la dernière position du code ne subissent ni réduction ni majoration. Les dispositions de l'alinéa 1er de l'article 9 ne sont pas applicables.

### Dispositions particulières aux actes de biologie médicale

**Art. 16.** Par dérogation aux dispositions de l'article 1er, les médecins peuvent mettre en compte en supplément aux actes généraux et techniques les actes de biologie médicale conformément à la nomenclature pour les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique et conformément aux dispositions de la loi du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales.

### Dispositions particulières aux actes d'imagerie médicale

**Art. 17.** Les actes de radiologie prévus aux sections 1, 2 (sous-section 1) et 5 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en radiologie, ainsi que par les médecins qui ont été autorisés à cet effet par le ministre ayant dans ses attributions la santé dans le cadre de la loi du 10 août 1983 concernant l'utilisation médicale des rayonnements ionisants. En vertu de la même loi, les actes de médecine nucléaire (section 4 du chapitre 8) ne peuvent être exécutés et mis en compte que par les médecins spécialistes en médecine nucléaire, ainsi que par les médecins qui sont autorisés à exécuter certains actes de médecine nucléaire.

Le tarif de l'acte comprend obligatoirement la rédaction d'un rapport. Ce rapport est adressé au médecin qui a demandé l'examen par ordonnance, et, sur demande, au contrôle médical de la sécurité sociale ainsi qu'à tout autre médecin.

Lorsque, lors d'une même séance, plusieurs procédés d'imagerie médicale sont mis en oeuvre pour examiner le même organe, respectivement le même segment, ces procédés ne sont pas cumulables, sauf dérogations précisées dans la 2e partie de l'annexe ou accord du contrôle médical.

Les actes de la sous-section 1 (échographie), section 3, du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne sont pas cumulables entre eux.

La simple interprétation d'un film ne peut être mise en compte. Une radiographie de qualité défectueuse ne peut être mise en compte.

### Rapports médicaux

**Art. 18.** Pour tout acte technique de diagnostic ou de traitement, le rapport y relatif est compris dans le coefficient de cet acte. Ce rapport doit être communiqué sans délai au médecin ayant transféré le malade et, sur demande au médecin-conseil du contrôle médical ou à tout médecin ayant à traiter ce malade.

Un rapport écrit est obligatoire pour tout acte de traitement fait sous anesthésie au sens de l'article 12 et pour tout acte technique de diagnostic. Sa rémunération est incluse dans le coefficient de l'acte en cause.

Le rapport R1 ne peut être mis en compte lorsque le médecin assume lui-même le traitement.

Les rapports R4 à R6 et R9 ne peuvent être mis en compte que s'ils sont demandés par l'organisme de sécurité sociale compétent et que s'ils comprennent toutes les données demandées par le formulaire et nécessaires pour permettre une conclusion adéquate par le contrôle médical de la sécurité sociale.

### Dispositions particulières aux forfaits d'accouchement

**Art. 19.** Les forfaits d'accouchement prévus à la section 1, sous-section 1 du chapitre 6 de la 2e partie de l'annexe comprennent l'assistance à l'accouchement avec présence obligatoire du médecin pendant la phase d'expulsion. Pendant la phase de dilatation le médecin assure une disponibilité permanente.

Sont compris dans ces forfaits la surveillance médicale et les actes nécessaires le jour de l'accouchement, sauf ceux énumérés à la section 1 sous-section 3.

Sont compris en outre les consultations et visites pendant la durée du séjour de la mère à l'hôpital, sauf la visite du soir entre 18 et 22 heures, la visite de nuit entre 22 et 7 heures et la visite du dimanche ou jour férié légal, pendant au maximum dix jours. Si la parturiente doit être hospitalisée plus de 10 jours par le médecin, celui-ci met en compte, à partir du 11e jour, les forfaits d'hospitalisation "F 12" (maximum 4 jours) et suivants.

Sont compris aussi dans le forfait d'accouchement les consultations ambulatoires éventuelles des cinq premiers jours suivant l'accouchement.

En cas de césarienne ou en cas de l'évacuation de l'utérus gravide avant la date de viabilité légale du fœtus, les forfaits d'accouchement ne sont pas à mettre en compte par le médecin.

Le médecin qui n'est appelé qu'après l'expulsion de l'enfant, met en compte les actes techniques à faire et les tarifs du traitement postopératoire ("F 31" et suivants).»

**Art. 20.** Notre Ministre de la Sécurité sociale et Notre Ministre de la Santé sont chargés de l'exécution du présent règlement qui est publié au Mémorial et qui entre en vigueur le 1er janvier 1999.

La Ministre de la Sécurité sociale,

**Mady Delvaux-Stehres**

Le Ministre de la Santé,

**Georges Wohlfart**

Palais de Luxembourg, le 21 décembre 1998.

Pour le Grand-Duc:

Son Lieutenant-Représentant

**Henri**

Grand-Duc héritier

## NOMENCLATURE DES ACTES ET SERVICES DES MEDECINS

### PREMIERE PARTIE : ACTES GENERAUX

#### Chapitre 1<sup>er</sup> - Consultations

##### Section 1 - Consultations normales

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

*Section 2 - Consultations majorées*

1) Consultation majorée du médecin spécialiste en - médecine interne - hématologie - néphrologie - endocrinologie	C30	14,75
2) Consultation majorée du médecin spécialiste en gastro-entérologie	C31	13,50
3) Consultation majorée du médecin spécialiste en neurologie ou neuropsychiatrie	C32	14,50
4) Consultation majorée du médecin spécialiste en psychiatrie	C33	13,50
5) Consultation majorée du médecin spécialiste en rhumatologie	C34	13,50
6) Consultation majorée du médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles	C35	13,50
7) Consultation majorée du médecin spécialiste en neurochirurgie	C36	13,50
8) Consultation majorée faite au Luxembourg par un professeur d'université ne résidant pas au Luxembourg	C37	20,25
9) Consultation majorée du médecin généraliste	C38	13,50

*Section 3 - Tarifs spéciaux*

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

*Section 4 - Consultations spéciales*

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

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

*Sous-section 2 - Médecins-spécialistes en pédiatrie*

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

*Section 5 - Examens préparatoires à l'anesthésie*

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

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

### 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
2) Visite du pédiatre	V11	12,00
5) Visite urgente	V12	17,70
6) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures	V13	20,45
7) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures	V14	17,70
8) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	V15	20,45
9) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	V16	26,65

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

### 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
2) Visite du pédiatre	V31	12,00
3) Visite urgente	V32	17,70
4) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures	V33	20,45
5) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures	V34	17,70
6) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	V35	20,45
7) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	V36	26,65

## Chapitre 3.- Déplacements

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

## Chapitre 4 .- Traitement hospitalier stationnaire

### Section 1 - Traitement hospitalier général

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

### Section 2 - Traitement hospitalier interne

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

*Section 3 - Traitement post-opératoire*

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

*Section 4 - Traitement hospitalier en cas d'hébergement*

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

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

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

**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
2) A partir du 3e jour de soins intensifs, par jour	F62	16,25

*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
2) 3e et 4e jour de réanimation, par jour	F72	47,50
3) A partir du 5e jour de réanimation	F73	28,45
4) A partir du 5e jour post-opératoire après une anesthésie générale	F74	28,45

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

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

**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
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
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
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

*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
2) Rapport dans le cadre d'une incapacité de travail prolongée à charge de l'assurance accident	R5	9,70
3) Rapport après hospitalisation pour accident de travail	R6	11,00
4) Déclaration d'une maladie professionnelle par le médecin traitant	R8	4,35
5) Rapport médical de constitution de dossier en cas d'accident du travail	R9	6,00

*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 |
|---|-----|-------|

**Chapitre 6 - Examens à visée préventive et de dépistage**

*Section 1 - Examen pré-nuptial*

- |  |    |       |
|--|----|-------|
| 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 |
|--|----|-------|

*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 |
| 2) 2e examen (au plus tard dans la deuxième quinzaine du 4e mois)  | E3 | 4,85  |
| 3) 3e examen (au cours du 6e mois)   | E4 | 4,85  |
| 4) 4e examen (dans les quinze premiers jours du 8e mois)   | E5 | 4,85  |
| 5) 5e examen (dans les quinze premiers jours du 9e mois)   | E6 | 4,85  |

*Sous-section 2 - Examen postnatal*

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

*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 |
| 2) 2e examen périnatal à la sortie de la maternité ou entre le 5e et le 10e jour de la naissance  | E9  | 7,20 |
| 3) 3e examen périnatal à l'âge de 4 à 6 semaines  | E10 | 7,20 |
| 4) 4e examen périnatal à l'âge de 4 à 6 mois  | E11 | 7,20 |
| 5) 5e examen périnatal à l'âge de 9 à 12 mois   | E12 | 7,20 |
| 6) 6e examen périnatal à l'âge de 21 à 24 mois  | E13 | 7,20 |

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

*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 |
| 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 |

*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:<br>- les renseignements sur le résultat de la mammographie;<br>- 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); | E20 | 8,00 |
|--|-----|------|

- 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.
- 2) Consultation et première injection de vaccin contre l'hépatite B E30 6,75

### Chapitre 7 - Forfaits médicaux pour surveillance des cures thermales

- |   |     |       |
|---|-----|-------|
| 1) Foie/Rhumatisme, pour 21 jours                 | G1  | 30,00 |
| 2) Foie/Rhumatisme, par journée                   | G2  | 1,43  |
| 3) Voies respiratoires inférieures, pour 21 jours | G3  | 30,00 |
| 4) Voies respiratoires inférieures, par journée   | G4  | 1,43  |
| 5) Voies respiratoires supérieures, pour 21 jours | G5  | 30,00 |
| 6) Voies respiratoires supérieures, par journée   | G6  | 1,43  |
| 7) Stase lympho-veineuse, pour 21 jours           | G7  | 30,00 |
| 8) Stase lympho-veineuse, par journée             | G8  | 1,43  |
| 9) Obésité pathologique, pour 21 jours            | G9  | 30,00 |
| 10) Obésité pathologique, par journée             | G10 | 1,43  |

**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 |
| 2) Infiltration d'un ganglion ou d'un nerf profond de la tête ou du cou                               | 1M12 | 6,80  |
| 3) Infiltration du sympathique dorsal, lombaire, pelvien ou splanchnique - CAC                        | 1M13 | 4,50  |
| 4) Infiltration périnerveuse profonde - CAC   | 1M14 | 3,80  |
| 5) Infiltration de tendons, de ligaments, d'apophyses osseuses, de gaines synoviales - CAC            | 1M15 | 3,80  |
| 6) Infiltration pour syndrome du canal carpien ou tarsien, du trou sacré, de l'hiatus sacro-coccygien | 1M16 | 6,85  |
| 7) Infiltration péridurale  | 1M17 | 9,95  |

#### 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  |
| 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 |
| 3) Cathétérisme d'une artère chez l'enfant, perfusion ou transfusion comprise  | 1M23 | 29,15 |
| 4) Prise de sang ou injection intraveineuse chez l'enfant de moins de 12 mois - CAC  | 1M24 | 2,20  |
| 5) Injection intra-artérielle  | 1M25 | 6,80  |
| 6) Injections sclérosantes des troncs saphéniens et/ou des grosses collatérales avec pansement compressif; contrôle échographique éventuel compris; par séance | 1M26 | 8,82  |



## 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
8)	Injections sclérosantes d'une ou des crosses saphènes et/ou de veines perforantes sous contrôle échographique (non cumulable à 1M26)	1M29	15,22
9)	Location d'appareil	1M29X	5,55
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
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
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
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
14)	Exsanguino-transfusion chez l'adulte ou l'enfant	1M35	91,10
15)	Exsanguino-transfusion chez le nouveau-né	1M36	70,35
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
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
18)	Mise en place ou changement d'un port sous-cutané avec contrôle radiologique	1M39	39,50

## Sous-section 3 - Ponctions

1)	Ponction d'une collection superficielle (abcès, kyste, hydrocèle ...) - CAC	1M41	2,75
2)	Ponction d'une collection profonde (sous-aponévrotique)	1M42	6,80
3)	Ponction d'une articulation autre que la hanche	1M45	6,80
4)	Ponction d'une hanche	1M46	11,25
5)	Ponction de gaine tendineuse ou de bourse séreuse	1M47	6,85
6)	Saignée	1M51	3,65
7)	Ponction-biopsie d'un tissu ou organe peu profond - CAC	1M52	2,75
8)	Ponction sternale ou de la crête iliaque	1M53	7,00
9)	Ponction exploratrice de la cavité thoracique ou abdominale - CAC	1M61	3,80
10)	Ponction de la cavité thoracique ou abdominale et évacuation de grandes quantités	1M62	9,05
11)	Ponction évacuatrice de la cavité thoracique avec lavage des plèvres pour empyème ou hémithorax	1M63	13,05
12)	Ponction du péricarde	1M64	16,15
13)	Ponction transcutanée d'un organe intra-abdominal	1M65	11,80
14)	Ponction lombaire ou sous-occipitale avec ou sans injection (première ponction)	1M71	11,45
15)	Ponction lombaire ou sous-occipitale avec ou sans injection, répétition de la ponction dans un délai de 14 jours	1M72	5,65
16)	Ponction lombaire ou sous-occipitale en série avec injection médicamenteuse chez un enfant de moins de 7 ans	1M73	7,95
17)	Ponction du sinus longitudinal	1M74	11,80
18)	Ponction d'un disque avec ou sans injection de produit de contraste	1M75	20,75

## Sous-section 4 - Pansements

1)	Pansement compressif pour ulcère variqueux ou phlébite - CAC	1M81	4,25
2)	Pansement de fixation (genre colle de zinc) ou taping; une articulation ou un segment	1M82	5,70
3)	Pansement de fixation ou taping; plus d'un segment	1M83	8,60

Sous-section 5 - Immobilisation plâtrée en dehors des traumatismes ostéo-articulaires, moulage pour appareil orthopédique

1) Immobilisation plâtrée d'un membre	1M85	8,60
2) Grand plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux	1M86	35,35
3) Corset, lit plâtré ou corset minerve	1M87	35,35

Sous-section 6 - Actes techniques dans le cadre de programmes de médecine préventive

1) Deuxième injection de vaccin contre l'hépatite B - CAC	1E11	2,95
2) Troisième injection de vaccin contre l'hépatite B - CAC	1E12	2,95

Section 2 - Médecine Interne spécialisée

Sous-section 1 - Cancérologie, chimiothérapie

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
2) Cytophérèse, par séance	1S15	27,90

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

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) 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

Sous-section 4 - Allergologie

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

Section 3 - Cardiologie

Sous-section 1 - Électrocardiographie

1) Électrocardiogramme (ECG), minimum 12 dérivations, tracé et rapport - CAC	1C11	6,60
2) Location d'appareil	1C11X	3,00
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
4) Location d'appareil	1C14X	39,55
5) Enregistrement ECG continu de 24h; examen répété dans les 28 jours	1C15	9,25
6) Location d'appareil	1C15X	39,55
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
8) Location d'appareil	1C17X	10,15

#### Sous-section 2 - Échocardiographie

1) Échocardiographie, enregistrement en time-motion	1C21	15,55
2) Location d'appareil	1C21X	24,55
3) Échocardiographie, enregistrement bidimensionnel	1C22	15,55
4) Location d'appareil	1C22X	24,55
5) Echographie, enregistrement bidimensionnel et en mode time-motion	1C23	18,75
6) Location d'appareil	1C23X	24,55
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
8) Location d'appareil	1C24X	24,55
9) Échocardiographie Doppler	1C25	24,90
10) Location d'appareil	1C25X	24,55
11) Échocardiographie Doppler, voie oesophagienne comprise	1C26	27,05
12) Location d'appareil	1C26X	24,55

#### 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
2) Location d'appareil	1C31X	5,40
3) Ultrasonographie des vaisseaux des membres ou de territoires localisés du tronc, enregistrement et rapport	1C32	6,30
4) Location d'appareil	1C32X	5,40
5) Ultrasonographie des vaisseaux des membres, du cou et de la tête, enregistrement et rapport	1C33	18,75
6) Location d'appareil	1C33X	5,40
7) Écho-Doppler pulsé artériel	1C34	24,90
8) Location d'appareil; non cumulable avec les locations d'appareil de la sous-section 2 - Échocardiographie	1C34X	24,55
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
10) Location d'appareil	1C38X	7,80

#### Sous-section 4 -

##### Autres enregistrements et traitements cardiaques

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

#### Sous-section 5 -

##### Cathétérisme cardiaque et examens radiologiques

1) Microcathétérisme du coeur droit, sous contrôle ECG, avec enregistrement des pressions	1C51	19,80
2) Microcathétérisme du coeur droit, sous contrôle ECG, avec enregistrement des pressions et oxymétrie étagée	1C52	26,45

3) Évaluation de la fonction sinusale et de la conduction atrio-ventriculaire par cathétérisme cardiaque	1C55	46,10
4) Évaluation de la fonction sinusale et de la conduction atrio-ventriculaire par cathétérisme cardiaque avec épreuve pharmacologique	1C56	52,70
5) Cathétérisme du coeur droit (voie veineuse), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, mesure du débit, oxymétrie étagée	1C61	46,10
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 angiocardiographie	1C62	59,30
7) Cathétérisme du coeur gauche (voie artérielle), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions	1C65	59,30
8) Cathétérisme du coeur gauche (voie artérielle), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, avec injection de produit contraste et angiocardiographie, aortographie comprise	1C66	72,50
9) Cathétérisme du coeur gauche (voie artérielle), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, injection de produit contraste, angiocardiographie (ventriculographie et/ou aortographie) et coronarographie sélective droite et gauche en plusieurs incidences avec cinéangiographie	1C67	92,20
10) Angioplastie transluminale des coronaires, cathétérisme et angiocardiographie compris, non cumulable avec 1C65 à 1C67	1C71	117,60
11) Mise en place d'un cathéter endocavitaire pour entraînement électrosystolique transitoire, sous contrôle ECG et/ou radioscopique	1C75	32,95

#### Sous-section 6 - Stimulateur cardiaque (pacemaker)

1) Mise en place de sondes pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation	1C81	65,95
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
3) Remplacement du boîtier du stimulateur cardiaque avec mesures du seuil de stimulation	1C85	52,70
4) Mesures du seuil de stimulation, en cas de changement du boîtier	1C86	13,20
5) Contrôle d'un stimulateur cardiaque implanté avec enregistrement ECG et contrôles techniques	1C88	15,00
6) Location d'appareil	1C88X	3,00

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

## Sous-section 2 - Bronchofibroskopie

1) Cathétérisme des bronches avec injection de produit de contraste ou d'un médicament	1P41	18,35
2) Bronchoscopie ou bronchofibroskopie exploratrice	1P51	28,90
3) Location du bronchofibroscope	1P51X	12,75
4) Bronchofibroskopie avec prélèvement ou biopsie endobronchique	1P52	37,75
5) Location du bronchofibroscope	1P52X	12,75
6) Bronchoscopie avec ponction, biopsie ou brossage sur lésion située au-delà du champ de visibilité	1P53	71,40
7) Location du bronchofibroscope	1P53X	12,75
8) Bronchofibroskopie avec extraction de corps étrangers en une ou plusieurs séances	1P54	65,10
9) Location du bronchofibroscope	1P54X	12,75
10) Bronchofibroskopie avec lavage bronchiolo-alvéolaire	1P55	62,90
11) Location du bronchofibroscope	1P55X	12,75
12) Bronchofibroskopie et traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser, première séance	1P61	97,95
13) Location du bronchofibroscope	1P61X	12,75
14) Bronchofibroskopie et traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser, séances suivantes	1P62	70,90
15) Location du bronchofibroscope	1P62X	12,75
16) Bronchofibroskopie, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et prélèvement ou biopsie endobronchique	1P63	112,00
17) Location du bronchofibroscope	1P63X	12,75
18) Bronchofibroskopie, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et prélèvement ou biopsie trans- ou perbronchique	1P64	151,70
19) Location du bronchofibroscope	1P64X	12,75
20) Bronchofibroskopie, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et lavage bronchiolo-alvéolaire	1P65	139,35
21) Location du bronchofibroscope	1P65X	12,75

## 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
2) Frais de location	1P71X	4,50
3) Détermination du volume résiduel	1P72	9,50
4) Frais de location	1P72X	4,50
5) Détermination du volume résiduel et des résistances bronchiques	1P73	30,75
6) Frais de location	1P73X	6,75
7) Détermination du volume résiduel et étude de la diffusion alvéolo-capillaire	1P74	26,45
8) Frais de location	1P74X	6,75
9) Détermination du volume résiduel, des résistances bronchiques, des courbes débit-volume	1P75	43,35
10) Frais de location	1P75X	9,00
11) Détermination des compliances par barographie oesophagienne	1P76	32,55
12) Frais de location	1P76X	9,00
13) Détermination du volume de fermeture	1P77	21,65
14) Frais de location	1P77X	9,00
15) Épreuve quantitative aux agents pharmaco-dynamiques ou de provocation aux allergènes avec mesure du seuil de réactivité	1P81	20,10
16) Frais de location	1P81X	4,50
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
18) Frais de location	1P82X	4,50
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 <sub>2</sub> pendant l'épreuve	1P83	24,85
20)	Frais de location	1P83X	4,50
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
22)	Frais de location	1P85X	10,20

## 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
2)	Location d'appareil	1N11X	6,50
3)	Electroencéphalogramme, enregistrement continu de 24 heures, pose et enlèvement de l'appareil, analyse du tracé	1N14	50,00
4)	EEG per-opératoire	1N15	54,00
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
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
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
8)	Exploration polysomnographique pluridisciplinaire au laboratoire du sommeil pour la recherche d'apnées du sommeil: enregistrement continu neurologique (EEG, EMG,EOG)	1N25	50,00
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
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
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
12)	Electromyographie (EMG) avec enregistrement - CAC	1N32	19,55
13)	Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise	1N32X	14,25
14)	Mesure des vitesses de conduction motrice - CAC	1N33	13,05
15)	Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise	1N33X	14,25
16)	Mesure des vitesses de conduction sensitive - CAC	1N34	13,05
17)	Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise	1N34X	14,25
18)	EMG per-opératoire	1N37	54,00
19)	Potentiels évoqués auditifs (non applicable pour un examen audiométrique)	1N40	33,65
20)	Location d'appareil	1N40X	14,40
21)	Potentiels évoqués visuels	1N41	33,65
22)	Location d'appareil	1N41X	14,40
23)	Potentiels évoqués somesthésiques	1N42	33,65
24)	Location d'appareil	1N42X	14,40
25)	Potentiels évoqués moteurs par stimulation magnétique percutanée du cortex	1N43	30,00

26) Location d'appareil	1N43X	14,40
27) Potentiels évoqués somesthésiques per-opérateurs	1N45	120,00

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

## 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
2) Laparoscopie, sans autre intervention intra-abdominale	1G15	31,25
3) Laparoscopie avec biopsie ou petite intervention	1G16	37,70
4) Tubage gastrique ou duodénal	1G21	6,30
5) Tamponnade de l'oesophage	1G22	8,90
6) PH-métrie oesophagienne ou gastrique d'une durée supérieure à 12 heures, avec épreuves de provocations éventuelles	1G31	37,85
7) Location d'appareil	1G31X	11,70
8) Manométrie oesophagienne	1G32	26,90

9) Location d'appareil	1G32X	8,90
10) Oesophago(fibro) scopie exploratrice	1G38	14,00
11) Location d'appareil	1G38X	13,65
12) Oesophagoscopie avec biopsie	1G39	18,85
13) Location d'appareil	1G39X	13,65
14) Oesogastroduodéoscopie	1G41	28,90
15) Location d'appareil	1G41X	13,65
16) Oesogastroduodéoscopie avec biopsie, cytologie ou coloration vitale	1G42	36,35
17) Location d'appareil	1G42X	13,65
18) Oesogastroduodéoscopie avec extraction de corps étrangers	1G43	42,80
19) Location d'appareil	1G43X	13,65
20) Oesogastroduodéoscopie avec dilatation de sténose	1G44	42,80
21) Location d'appareil	1G44X	13,65
22) Oesogastroduodéoscopie avec polypectomie ou sclérothérapie de varices ou ligatures de varices ou clips ou résection de tumeurs ou électrocoagulation de tumeurs	1G45	42,80
23) Location d'appareil	1G45X	13,65
24) Oesogastroduodéoscopie et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies	1G46	50,00
25) Oesogastroduodéoscopie avec mise en place d'une prothèse au niveau du tractus digestif supérieur, dilatation comprise	1G51	109,85
26) Location d'appareil	1G51X	13,65
27) Oesogastroduodéoscopie avec drainage kysto-digestif	1G52	109,85
28) Location d'appareil	1G52X	13,65
29) Gastrostomie ou jéjunostomie percutanée par voie endoscopique	1G55	42,80
30) Location d'appareil	1G55X	13,65
31) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) exploratrice	1G56	74,30
32) Location d'appareil	1G56X	13,65
33) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec sphinctérotomie et/ou biopsie	1G57	89,80
34) Location d'appareil	1G57X	13,65
35) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec extraction de calculs (sphinctérotomie, Dormia, ballonnet, lithotritie mécanique, dilatation)	1G58	109,85
36) Location d'appareil	1G58X	13,65
37) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec drainage temporaire par sonde ou mise en place d'une prothèse	1G59	134,50
38) Location d'appareil	1G59X	13,65
39) Anuscopie - CAC	1G61	5,00
40) Manométrie rectale	1G62	26,90
41) Location d'appareil	1G62X	8,90
42) Traitement de la fistule anale au fil de nylon, première séance	1G63	6,55
43) Traitement de la fistule anale au fil de nylon, séances suivantes	1G64	3,65
44) Pose d'une ligature élastique sur une hémorroïde	1G65	6,55
45) Rectoscopie exploratrice	1G66	10,05
46) Location d'appareil	1G66X	2,00
47) Rectoscopie avec biopsie	1G67	17,65
48) Location d'appareil	1G67X	2,00
49) Colofibroskopie du côlon gauche (rectosigmoïdoscopie comprise)	1G71	29,85
50) Location d'appareil	1G71X	13,65
51) Colofibroskopie du côlon gauche avec biopsie	1G72	37,70
52) Location d'appareil	1G72X	13,65
53) Colofibroskopie 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
54) Location d'appareil	1G73X	13,65



55) Colofibroskopie totale	1G74	49,60
56) Location d'appareil	1G74X	13,65
57) Colofibroskopie totale avec biopsie	1G75	54,20
58) Location d'appareil	1G75X	13,65
59) Colofibroskopie 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
60) Location d'appareil	1G76X	13,65
61) Colofibroskopie du côlon gauche et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies	1G81	50,00
62) Colofibroskopie totale et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies	1G82	85,00

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

*Section 8 - Dermatologie*

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

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

## 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
2) Immobilisation d'une fracture: jambe, avant-bras	2L12	8,60
3) Immobilisation d'une fracture: coude, bras, épaule, genou, fémur, hanche, bassin	2L13	8,60
4) Immobilisation d'une fracture par grand plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux	2L14	35,35
5) Immobilisation d'une fracture par corset plâtré, lit plâtré ou collier plâtré	2L15	35,35
6) Répétition d'un plâtre pour fracture	2L17	8,60
7) Répétition d'un plâtre pour fracture bimalléolaire ou fracture du tibia	2L18	12,75
8) Répétition d'un plâtre pour fracture des 2 os de l'avant-bras, de l'humérus ou du fémur	2L19	16,80
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
10) Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture: rachis, bassin, olécrane, rotule ou tarse	2L22	35,35
11) Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture bimalléolaire ou fracture des deux os de la jambe	2L23	47,60
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
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
14) Traitement sanglant de fracture: un os de l'avant-bras, poignet, rotule, tarse, métatarse	2L32	53,10
15) Traitement sanglant de fracture: omoplate, côtes, diaphyses du fémur, du tibia, des deux os de la jambe	2L33	71,40
16) Traitement sanglant de fracture: humérus, coude, deux os de l'avant-bras, bassin, col du fémur, plateau tibial ou mortaise	2L34	95,10
d) Traitement par ostéosynthèse		
17) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: clavicule, olécrane, métacarpien, doigt, péroné, une malléole, orteil	2L41	39,40
18) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: un os de l'avant-bras, poignet, rotule, tarse, métatarsien	2L42	88,30
19) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: omoplate, côte, diaphyse du fémur, du tibia, des deux os de la jambe	2L43	119,05
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

#### Sous-section 2 - Luxations

1) Réduction orthopédique et contention d'une luxation d'un doigt, d'un orteil, de la clavicule	2L51	7,05
2) Réduction orthopédique et contention d'une luxation du poignet, carpe, bassin, rotule, cou-de-pied	2L52	17,45
3) Réduction orthopédique et contention d'une luxation épaule, coude, hanche, genou, pied, colonne vertébrale	2L53	28,05
4) Réduction sanglante et contention d'une luxation d'un doigt, d'un orteil	2L61	13,60

5) Réduction sanglante et contention d'une luxation clavicule, carpe, poignet, rotule	2L62	58,25
6) Réduction sanglante et contention d'une luxation épaule, coude, genou, cou-de-pied	2L63	89,90
7) Réduction sanglante et contention d'une luxation de la hanche	2L64	116,45

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

## 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
2) Incision, drainage d'une collection volumineuse sous-cutanée ou profonde	2G02	8,50
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

## Sous-section 2 - Peau et tissu cellulaire sous-cutané

## REMARQUE:

Les positions 2G05 à 2G07 ne s'appliquent pas aux lésions inférieures à 1 cm<sup>2</sup> au visage et inférieures à 5 cm<sup>2</sup> 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
2) Traitement par laser à colorant pulsé d'angiodyplasies superficielles; par séance, jusqu'à 20 cm <sup>2</sup> - APCM pour personne âgée de 18 ans et plus	2G06	22,00
3) Traitement par laser à colorant pulsé d'angiodyplasies superficielles; par séance, au-delà de 20 cm <sup>2</sup> - APCM pour personne âgée de 18 ans et plus	2G07	33,00
4) Excision d'une cicatrice vicieuse et suture	2G11	17,45
5) Frais de suture	2G11M	3,50
6) Excision d'une cicatrice vicieuse du visage ou des mains avec suture	2G12	26,20
7) Frais de suture	2G12M	3,50
8) Correction d'une bride rétractile par plastie en Z	2G13	48,20
9) Correction d'une bride rétractile par plastie en Z, visage ou mains	2G14	72,30
10) Excision d'une fistule des parties molles	2G15	22,25
11) Frais de suture	2G15M	3,50
12) Greffe dermo-épidermique de moins de 10 cm <sup>2</sup>	2G21	14,00
13) Greffe dermo-épidermique de moins de 10 cm <sup>2</sup> , visage ou mains	2G22	21,00
14) Greffe dermo-épidermique de 10 à 50 cm <sup>2</sup>	2G23	28,90
15) Greffe dermo-épidermique de 10 à 50 cm <sup>2</sup> , visage ou mains	2G24	43,35
16) Greffe dermo-épidermique de 50 à 200 cm <sup>2</sup>	2G25	48,20
17) Greffe dermo-épidermique de plus de 200 cm <sup>2</sup>	2G26	67,40
18) Greffes libres de peau totale	2G31	55,80

19) Greffe dermo-pileuse - APCM	2G32	57,85
20) Greffe muqueuse, acte isolé	2G33	48,20
21) Greffe cartilagineuse, acte isolé	2G34	38,60
22) Lipectomie abdominale antérieure - APCM	2G36	105,25
23) Lipectomie abdominale totale circulaire - APCM	2G37	131,50
24) Lipectomie d'une cuisse - APCM	2G38	105,25
25) Autoplastie par rotation ou par glissement	2G41	57,85
26) Autoplastie par rotation ou par glissement, visage ou mains	2G42	86,80
27) Autoplastie par lambeau unipédiculé à distance	2G43	96,30
28) Autoplastie par lambeau unipédiculé à distance, visage ou mains	2G44	144,45
29) Autoplastie par lambeau bipédiculé tubulé, chaque temps opératoire; maximum 5 séances à mettre en compte	2G45	38,60
30) Autoplastie par lambeau bipédiculé tubulé au visage ou aux mains, chaque temps opératoire; maximum 5 séances à mettre en compte	2G46	57,90
31) Plastie cutanée hétéro-jambière, l'ensemble des temps	2G47	144,55
32) Plastie cutanée hétéro-digitale, l'ensemble des temps	2G48	57,85

**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
34) Frais de suture	2G51M	3,50
35) Extraction de corps étrangers profonds sous contrôle radiologique (radiologie non comprise)	2G52	21,40
36) Implants de médicaments sous forme de pastilles nécessitant une incision cutanée avec suture éventuelle comprise	2G53	8,60
37) Frais de suture	2G53M	3,50
38) Excision de petites tumeurs sous-cutanées, par séance	2G55	6,55
39) Frais de suture	2G55M	3,50
40) Excision de tumeurs sous-cutanées de taille moyenne (2 à 5 cm de diamètre)	2G56	12,55
41) Frais de suture	2G56M	3,50
42) Excision de tumeurs cutanées ou sous-cutanées étendues	2G57	26,00
43) Frais de suture	2G57M	3,50

**Sous-section 3. - Muscles, tendons, synoviales**

1) Biopsie musculaire	2G60	13,05
1a) Traitement opératoire des ruptures et hernies musculaires	2G61	26,55
2) Suture primitive ou secondaire d'un tendon extenseur	2G65	17,45
3) Suture primitive ou secondaire de plusieurs tendons extenseurs	2G66	35,35
4) Suture primitive ou secondaire d'un ou de deux tendons fléchisseurs	2G67	58,25
5) Suture primitive ou secondaire de trois tendons fléchisseurs ou plus	2G68	89,90
6) Prise d'un greffon de tendon ou d'aponévrose - CAT	2G71	13,05
7) Rétablissement de la continuité d'un tendon par prothèse	2G72	89,90
8) Rétablissement de la continuité d'un tendon par greffe, prise du greffon tendineux comprise	2G73	102,95
9) Allongement, raccourcissement, réimplantation d'un tendon	2G74	35,35
10) Transplantation tendineuse simple	2G75	52,95
11) Transplantations tendineuses nécessitant des incisions multiples	2G76	89,90
12) Ténolyse du tendon extenseur d'un doigt	2G81	57,85
13) Ténolyse de tendons extenseurs de deux doigts	2G82	77,05
14) Ténolyse de tendons extenseurs de trois doigts ou plus	2G83	96,30
15) Ténolyse de tendons fléchisseurs d'un doigt	2G84	77,05
16) Ténolyse de tendons fléchisseurs de deux doigts	2G85	96,30
17) Ténolyse de tendons fléchisseurs de trois doigts ou plus	2G86	115,60

18) Ténotomie	2G91	13,60
19) Extirpation de kystes synoviaux superficiels (poignet...)	2G92	13,05
20) Extirpation de kystes synoviaux profonds (creux poplité...)	2G93	17,45
21) Exérèse d'une gaine synoviale	2G94	57,85
22) Exérèse de deux gaines synoviales	2G95	77,05
23) Exérèse de trois gaines synoviales ou plus	2G96	96,30

#### Sous-section 4 - Système lymphatique

1) Extirpation d'un ou de plusieurs ganglions pour examen histologique	2F11	6,70
2) Extirpation d'une chaîne ganglionnaire	2F12	48,20
3) Cellulo-adénectomie unilatérale (avec examen histologique et rapport opératoire): partielle cervicale, axillaire, pelvienne ou inguinale	2F13	120,00
4) Cellulo-adénectomie élargie (avec examen histologique et rapport opératoire): curage cervical fonctionnel ou radical, thoracique, abdominal	2F14	320,00

#### Sous-section 5 - Vaisseaux

##### 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) Ligature des vaisseaux principaux du cou, du bassin ou de la fesse; opération isolée	2F22	35,15
3) Ligature des vaisseaux principaux de la tête, du thorax ou de l'abdomen; opération isolée	2F23	35,15
4) Ligature de la veine cave	2F24	91,10
5) Artériectomie des vaisseaux principaux des membres	2F25	50,70
6) Artériectomie des vaisseaux principaux du cou, du bassin ou de la fesse	2F26	50,70
7) Artériectomie des vaisseaux principaux de la tête, du thorax ou de l'abdomen	2F27	50,70
8) Suture vasculaire, opération isolée	2F28	70,35
9) Anévrysmectomie ou résection artérielle, avec rétablissement de la continuité, des troncs supraaortiques	2F31	273,45
10) Anévrysmectomie ou résection artérielle, avec rétablissement de la continuité, de l'aorte abdominale ou des artères abdominales	2F32	273,45
11) Anévrysmectomie ou résection artérielle, avec rétablissement de la continuité, des artères des membres	2F33	182,30
12) Thrombo-endarctériectomie des troncs supraaortiques	2F35	182,30
13) Thrombo-endarctériectomie du carrefour aortique ou des artères abdominales	2F36	182,30
14) Thrombo-endarctériectomie des artères des membres	2F37	182,30
15) Embolectomie du carrefour aortique et des artères abdominales	2F41	70,35
16) Embolectomie des artères des membres	2F42	70,35
17) Pontage par greffe veineuse des troncs supra-aortiques	2F43	306,20
18) Pontage par greffe veineuse des artères des membres	2F44	306,20
19) Pontage par prothèse des troncs supra-aortiques	2F45	273,45
20) Pontage par prothèse du carrefour aortique	2F46	364,60
21) Pontage par prothèse des artères abdominales	2F47	273,45
22) Pontage par prothèse des artères des membres	2F48	306,20
23) Extirpation d'un paquet de varices	2F61	18,35
24) Extirpation complète des varices de la jambe et du pied	2F62	50,70
25) Extirpation complète des varices de la jambe et de la cuisse, y compris la crosse de la saphène	2F63	65,55
26) Résection de la crosse de la saphène interne et de ses affluents	2F64	50,70
27) Anastomose porto-cave	2F65	182,30
28) Pose d'un filtre cave ou d'un clip	2F66	95,10
29) Thrombectomie veineuse du bassin et des membres	2F67	70,35
30) Shunt externe pour hémodialyse	2F71	70,35

31) Shunt interne pour hémodialyse	2F72	182,30
<i>Sous-section 6 - Nerfs</i>		
1) Suture nerveuse primitive	2P11	37,70
2) Suture nerveuse secondaire	2P12	44,25
3) Ablation d'une tumeur nerveuse avec suture	2P13	91,15
4) Greffe nerveuse	2P14	115,60
5) Rétablissement de la sensibilité par transplantation cutanée avec le pédicule vasculo-nerveux	2P15	144,55
6) Libération d'un nerf comprimé après fracture	2P16	37,70
7) Intervention pour syndrome du canal carpien avec neurolyse	2P21	48,20
8) Neurotomie du nerf occipital ou du nerf phrénique	2P22	22,25
9) Neurotomie d'un nerf de la face ou des membres	2P23	38,60
10) Dénervation articulaire d'un doigt ou d'un orteil	2P24	19,20
11) Dénervation du poignet ou de la cheville	2P25	57,85
12) Dénervation de l'épaule	2P26	77,05
13) Section bilatérale des nerfs hypogastriques ou érecteurs ou du nerf honteux interne	2P31	70,35
14) Résection du ganglion stellaire ou de la chaîne sympathique cervicale, dorsale, lombaire ou splanchnique	2P32	91,10
15) Résection du nerf présacré	2P33	52,05
16) Sympathectomie périartérielle	2P34	46,85
<i>Section 3 - Chirurgie des os et des articulations</i>		
<i>Sous-section 1 - Os</i>		
1) Ablation d'exostoses ou de chondrome	2K11	13,05
2) Prise d'un greffon osseux - CAT	2K12	13,05
3) Biopsie osseuse	2K13	13,05
4) Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou cure d'un abcès d'un petit os	2K21	13,05
5) Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou traitement d'un abcès central d'un grand os	2K22	36,40
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) Transplantation ou greffe osseuse	2K31	44,25
8) Résection diaphysaire avec rétablissement de la continuité par greffe, prothèse ou plastie	2K32	166,55
9) Ostéotomie de redressement, d'allongement, de dérotation	2K33	166,55
10) Opération de pseudarthrose avec greffe osseuse	2K34	166,55
11) Ablation de matériel d'ostéosynthèse par voies d'accès superficielles, désenclouage	2K35	25,55
12) Ablation de matériel d'ostéosynthèse: hanche, fémur, épaule, humérus	2K36	33,05
<i>Sous-section 2 - Articulations</i>		
1) Arthrotomie de drainage des doigts et orteils	2K41	3,90
2) Arthrotomie de drainage de toute autre articulation	2K42	17,45
3) Arthrotomie pour corps étranger ou synoviectomie des doigts ou orteils, appareil de fixation compris	2K44	26,55
4) Arthrotomie pour corps étranger ou synoviectomie de l'épaule ou de la hanche, appareil de fixation compris, sauf plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux	2K45	126,90
5) Arthrotomie pour corps étranger, lésions méniscales ou synoviectomie du genou, appareil de fixation compris	2K46	126,90
6) Arthrotomie pour corps étranger ou synoviectomie des articulations autres que doigt, orteil, hanche, épaule, genou, articulation temporo-maxillaire	2K47	74,15
7) Réfection d'un ligament extra-articulaire d'une articulation importante	2K51	74,15
8) Réfection d'un ligament intra-articulaire d'une articulation importante	2K52	148,10
9) Ligamentoplastie d'une articulation de la main	2K53	38,60
10) Ligamentoplastie de deux articulations de la main	2K54	48,20

11) Ligamentoplastie de trois articulations ou plus de la main	2K55	67,35
12) Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie des doigts ou orteils	2K61	35,35
13) Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie sur carpe, poignet, coude, cheville ou tarse	2K62	97,85
14) Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie de l'épaule ou du genou	2K63	148,10
15) Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie de la hanche	2K64	185,25
15a) Triple ostéotomie du bassin	2K65	305,00
16) Arthroplastie par interposition d'une prothèse d'un doigt ou orteil	2K71	48,20
17) Arthroplastie par interposition d'une prothèse du poignet	2K72	96,30
18) Redressement articulaire progressif d'une grande articulation sous anesthésie générale	2K73	26,00

*Section 4 - Chirurgie des membres*

*Sous-section 1 - Membre supérieur*

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

*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
2) Traitement opératoire d'un orteil en marteau par résection ou par amputation	2E52	8,80
3) Opération d'alignement des métatarsiens (Clayton), par orteil	2E53	35,35
4) Traitement chirurgical d'un hallux valgus	2E54	26,00
5) Amputation partielle ou totale d'un orteil	2E61	8,80
6) Amputation ou désarticulation du pied à la hanche excluse	2E62	46,85
7) Désarticulation de la hanche	2E63	80,80
8) Désarticulation interilio-abdominale	2E64	117,25

9) Réfection d'un moignon du membre inférieur, à l'exception des orteils	2E65	26,00
10) Astragalectomie	2E71	44,25
11) Patellectomie	2E72	44,25
12) Ablation d'un hygroma prérotulien	2E73	8,80
13) Ablation de l'ongle avec sa matrice - CAC	2E74	4,30
14) Extirpation d'un névrome de Morton	2E75	38,60
15) Réduction orthopédique de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise	2E81	26,00
16) Changement de position après une réduction orthopédique de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise	2E82	13,00
17) Réduction orthopédique bilatérale pour luxation congénitale des hanches	2E83	35,15
18) Changement de position après une réduction orthopédique bilatérale pour luxation congénitale des hanches	2E84	17,60
19) Traitement sanglant de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise	2E85	80,80
20) Prothèse totale de la hanche	2E90	223,70
21) Prothèse totale du genou	2E91	223,70
22) Prothèse totale de la cheville	2E92	223,70
23) Prothèse totale de l'épaule	2E93	223,70
24) Redressement non sanglant d'un pied bot	2E94	10,70
25) Redressement sanglant d'un pied bot	2E95	54,75
26) Changement de prothèse totale de la hanche	2E96	305,00
27) Changement de prothèse totale du genou	2E97	305,00

*Section 5 - Chirurgie du thorax et du cou*

*Sous-section 1 - Cou*

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

*Sous-section 2 - Chirurgie des seins*

1) Incision et drainage d'un abcès du sein	2S11	8,50
2) Biopsie du sein	2S21	10,50
3) Ponction-biopsie du sein - CAC	2S22	2,75
4) Ablation d'une tumeur bénigne du sein	2S31	10,50
5) Excision locale d'une tumeur maligne du sein	2S32	107,55
6) Mastectomie pour lésion bénigne	2S41	107,55
7) Mastectomie pour lésion maligne	2S42	107,55
8) Mastectomie pour gynécomastie de l'homme	2S43	107,55
9) Plastie d'un sein pour hypertrophie - APCM	2S61	113,90
10) Remodelage du sein contro-latéral après amputation d'un sein	2S62	113,90
11) Plastie reconstructrice du sein après amputation, y compris la mise en place éventuelle d'une prothèse mammaire	2S71	113,90
12) Plastie reconstructrice du sein après amputation avec reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire	2S72	170,90
13) Reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire après opération antérieure - APCM	2S73	57,00
14) Implantation ou échange d'une prothèse mammaire - APCM	2S74	57,00
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



## Sous-section 3 - Cage thoracique

1) Résection d'une côte cervicale	2T11	44,25
2) Résection de côtes	2T12	30,75
3) Traitement chirurgical des difformités de la paroi thoracique (en entonnoir, en carène)	2T21	78,10
4) Thoracoplastie portant sur la paroi thoracique	2T22	78,10
5) Fracture du sternum et/ou de côte(s), traitement sanglant	2T23	71,40

## Sous-section 4 - Médiastin

1) Médiastinoscopie	2T31	82,00
2) Extirpation d'un kyste ou d'une tumeur bénigne du médiastin	2T41	213,45
3) Extirpation d'une tumeur maligne du médiastin	2T42	213,45
4) Chirurgie des lésions de l'oesophage thoracique sans suppression de la continuité, sans anastomose	2T51	213,45
5) Résection segmentaire de l'oesophage et oesophagoplastie	2T52	213,45
6) Résection segmentaire de l'oesophage et anastomose gastrique ou entérique	2T53	286,10

## REMARQUE:

Les positions 2T41 à 2T53 ne peuvent être mises en compte qu'en cas d'intervention avec sternotomie ou thoracotomie.

## Sous-section 5 - Poumons et Plèvre

1) Thoracotomie exploratrice et petite intervention locale	2T61	61,60
2) Opération de la pleurésie purulente avec résection costale	2T62	35,15
3) Thoracoplastie avec intervention pleuro-pulmonaire	2T71	78,10
4) Pneumothorax extra-pleural	2T72	52,05
5) Décortication pleurale	2T73	78,10
6) Traitement par thoracotomie des lésions traumatiques graves des poumons et de la cage thoracique	2T74	184,50
7) Lobectomie ou résection segmentaire	2T81	184,50
8) Pneumonectomie	2T82	184,50

## Sous-section 6 - Coeur, gros vaisseaux du médiastin

a) Intervention sans circulation extra-corporelle		
1) Péricardectomie	2C11	182,30
2) Implantation du boîtier du stimulateur cardiaque (sans mise en place de la sonde)	2C21	39,50
3) Changement du boîtier du stimulateur cardiaque	2C22	39,50
4) Chirurgie des plaies du coeur et des gros vaisseaux du médiastin	2C31	130,20
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
6) Revascularisation chirurgicale portant sur une artère coronaire	2C51	191,55
7) Revascularisation chirurgicale portant sur deux artères coronaires	2C52	287,35
8) Revascularisation chirurgicale portant sur trois artères coronaires	2C53	383,15
9) Chirurgie portant sur un orifice cardiaque	2C61	191,55
10) Chirurgie portant sur plus d'un orifice cardiaque	2C62	287,35

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

### Sous-section 2 - Cavité péritonéale

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

### Sous-section 3 - Estomac et intestin

1) Oesophagoplastie pour achalasie	2D11	213,45
2) Gastrotomie, duodénotomie, entérotomie, non cumulable avec une intervention intra-abdominale	2D21	67,75
3) Cure de fistule ou de stomie de l'estomac ou du grêle	2D22	70,95
4) Gastrostomie, duodénostomie	2D23	78,20
5) Vagotomie tronculaire, acte isolé	2D24	78,20
6) Vagotomie sélective, acte isolé	2D25	213,45
7) Gastro-entérostomie	2D31	145,25
8) Gastro-entérostomie et vagotomie tronculaire	2D32	184,35
9) Pyloroplastie	2D33	99,45
10) Pyloroplastie et vagotomie tronculaire	2D34	138,55
11) Pyloroplastie pour sténose pylorique du nourrisson	2D35	99,45
12) Gastrectomie partielle	2D41	145,25
13) Dégastro-entérostomie et gastrectomie	2D42	177,85
14) Gastrectomie totale	2D43	177,85
15) Gastrectomie totale pour cancer	2D44	177,85
16) Résection segmentaire du grêle, anastomose entre deux (segments de) viscères digestifs	2D51	120,90
17) Cure d'occlusion du nouveau-né par malformation congénitale (atrésie, volvulus, méésentère commun)	2D52	145,25
18) Colostomie, caecostomie, iléostomie	2D61	78,20
19) Colostomie, caecostomie, iléostomie pour cancer	2D62	78,20
20) Cure de fistule ou stomie du côlon sans laparotomie	2D63	70,95
21) Appendicectomie, acte non cumulable avec une autre intervention intra-abdominale	2D71	61,60
22) Ablation du diverticule de Meckel, avec ou sans appendicectomie	2D72	61,60
23) Colectomie segmentaire avec anastomose	2D81	160,10
24) Colectomie segmentaire avec abouchement à la peau	2D82	238,30
25) Hémicolectomie	2D83	160,10
26) Colectomie totale	2D84	240,15
27) Opération de fixation d'un organe abdominal (pexie), non cumulable avec une autre intervention intra-abdominale	2D91	99,45

### Sous-section 4 - Foie, voies biliaires, pancréas

1) Cholécystotomie ou cholécystostomie	2B11	57,25
2) Cholécystectomie (manométrie éventuelle comprise), non cumulable avec une intervention sur les voies biliaires	2B21	99,45
3) Scopie ou radiographie peropératoire des voies biliaires ou pancréatiques - CAT	2B22	20,80
4) Cholédocotomie ou hépaticotomie	2B31	156,65
5) Cholédocotomie avec papillotomie	2B32	156,65
6) Reconstitution de la voie biliaire principale après interruption de la continuité	2B33	156,65

7) Anastomose bilio-digestive directe sur la voie biliaire principale	2B41	156,65
8) Anastomose bilio-digestive sur la voie biliaire principale par l'intermédiaire d'une anse grêle	2B42	217,10
9) Anastomose bilio-digestive sur canal biliaire hilaire ou intrahépatique	2B43	217,10
10) Résection des voies biliaires pour cancer	2B44	213,45
11) Cure de fistule biliaire	2B45	125,15
12) Intervention pour kyste, abcès ou fistule du foie ou de la rate	2B51	99,45
13) Résection segmentaire ou lobaire du foie et résection d'une tumeur localisée	2B52	213,45
14) Pancréatectomie partielle, excision d'une tumeur localisée	2B61	156,65
15) Duodéno-pancréatectomie	2B62	307,60
16) Duodéno-pancréatectomie pour cancer	2B63	307,60
17) Marsupialisation d'un kyste du pancréas	2B64	99,45
<i>Sous-section 5 - Surrénales, rate</i>		
1) Splénectomie	2B91	107,80
2) Surrénalectomie sans intervention sur le rein avec ou sans résection des splanchniques, avec ou sans décapsulation, acte isolé	2B92	150,00
<i>Sous-section 6 - Rectum et anus</i>		
1) Intervention pour imperforation de l'anus, forme simple	2R11	7,00
2) Imperforation anale vraie, traitement par voie basse	2R12	83,40
3) Imperforation anale traitée par voie haute ou combinée	2R13	156,25
4) Fissure anale ou hémorroïde traitée par électrocoagulation ou injection sclérosante, première séance	2R21	9,30
5) Fissure anale ou hémorroïde traitée par électrocoagulation ou injection sclérosante, séances suivantes	2R22	4,50
6) Hémorroïdes ou prolapsus anal, excision	2R23	35,50
7) Hémorroïdes, résection circulaire	2R24	35,50
8) Cerclage de l'anus, acte isolé	2R31	13,05
9) Traitement chirurgical du prolapsus rectal (sans résection), toute voie d'abord	2R32	92,40
10) Traitement de plaies du canal anal et du périnée	2R41	35,50
11) Plaies du rectum, tumeurs bénignes du rectum, traitement par voie basse	2R42	92,40
12) Traitement par voie basse des lésions traumatiques complexes du périnée, du canal ano-rectal et des organes du petit bassin	2R43	63,10
13) Mise à plat des abcès de la marge de l'anus et des fistules intra-sphinctériennes	2R51	35,50
14) Traitement chirurgical des fistules et abcès profonds ou extra-sphinctériens de l'anus	2R52	63,10
15) Reconstruction du sphincter anal par plastie musculaire	2R53	92,40
16) Excision de tumeurs de la marge de l'anus	2R61	6,55
17) Résection du rectum	2R71	199,15
18) Amputation du rectum et colostomie	2R72	238,25
19) Rétablissement secondaire de la continuité intestinale après résection recto-colique	2R73	199,15
<i>Section 7 - Neurochirurgie, Chirurgie du rachis</i>		
<i>Sous-section 1 - Crâne et encéphale</i>		
1) Trépanation pour traumatisme récent avec ouverture de la dure-mère	2N11	200,60
2) Extraction d'un corps étranger intra-cérébral	2N12	218,80
3) Traitement d'une plaie crânio-cérébrale avec embarrure	2N13	218,80
4) Intervention réparatrice pour perte de substance crânienne (prothèse exogène ou autoplastie)	2N14	264,60
5) Plastie pour brèche avec écoulement de liquide céphalo-rachidien	2N15	205,40
6) Trépanation exploratrice, quelque soit le nombre des trous de trépan	2N21	45,75
7) Trépanation exploratrice avec intervention palliative sur lésion chronique ou inopérable	2N22	136,90
8) Intervention secondaire pour complications locales	2N23	218,80
9) Chirurgie de la crânio-sténose	2N24	218,80
10) Intervention sur la région hypophysaire ou sur les nerfs optiques	2N31	218,80

11) Intervention sur la fosse cérébrale postérieure, intervention pour malformation d'Arnold-Chiari	2N32	300,95
12) Trépanation et ablation d'une tumeur de la voûte crânienne	2N33	132,40
13) Trépanation et ablation de tumeur, hématome ou abcès des hémisphères cérébraux	2N34	218,80
14) Trépanation et ablation d'un méningiome	2N35	300,95
15) Trépanation et ablation d'une tumeur profonde para- ou intra-ventriculaire, d'un pinéalome	2N36	300,95
16) Trépanation et évacuation d'un abcès ou d'un hématome extra-dural	2N37	100,55
17) Anastomose vasculaire extra - intracrânienne	2N41	319,25
18) Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne par abord direct	2N42	319,25
19) Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne par volet bifrontal	2N43	328,55
20) Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne avec dénudation des carotides	2N44	342,05
21) Traitement opératoire d'une malformation vasculaire de la fosse cérébrale postérieure	2N45	342,05
22) Intervention pour conflit artère - nerf intracrânien	2N46	300,95
23) Excision d'une cicatrice cérébrale ou d'une zone épileptogène	2N51	218,80
24) Drainage permanent des ventricules pour hydrocéphalie	2N52	218,80
25) Dérivation kysto - péritonéale ou sous-duro - péritonéale	2N53	218,80
26) Drainage temporaire par trépanoponction pour hydrocéphalie	2N54	100,55
27) Mise en place d'un capteur de pression intra - crânienne	2N55	100,55
28) Insertion d'un cathéter ventriculaire avec installation d'un réservoir	2N56	100,55
29) Drainage lombaire temporaire pour hypertension intra - crânienne	2N57	45,75
30) Topectomie, lobotomie, tractotomie	2N58	218,80
31) Interventions stéréotaxiques, temps opératoire et radiologique	2N61	337,50
32) Réintervention stéréotaxique homolatérale	2N62	136,90
33) Section isolée de la tente du cervelet	2N63	182,40
34) Hémisphérectomie cérébrale ou cérébelleuse	2N64	342,05
35) Traitement chirurgical de la méningoencéphalocèle de la voûte du crâne	2N65	100,55
36) Traitement chirurgical de la méningoencéphalocèle de la base du crâne	2N66	182,40
37) Trépanoponction ventriculaire	2N71	36,40
38) Ponction latéofontanelle	2N72	22,75
39) Trépanation décompressive (grand volet)	2N73	136,90

#### Sous-section 2 - Nerfs crâniens et périphériques

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

#### Sous-section 3 - Chirurgie du canal rachidien

1) Traitement chirurgical du spina bifida sans méningo-myélocèle	2V11	57,25
2) Traitement chirurgical du spina bifida avec méningo-myélocèle	2V12	136,90
3) Laminectomie avec cure d'abcès, arachnoidite, pachyméningite	2V21	136,90
4) Laminectomie avec section des ligaments dentelés	2V22	136,90
5) Laminectomie avec ablation d'une tumeur sous-durale, extramédullaire	2V23	168,85
6) Cure chirurgicale d'une malformation vasculaire médullaire	2V24	168,85
7) Laminectomie avec ponction d'une tumeur intramédullaire	2V31	136,90
8) Laminectomie pour hématome intrarachidien	2V32	168,85
9) Intervention pour syringomyélie ou hydromélie	2V33	168,85
10) Laminectomie avec ablation d'une tumeur intramédullaire	2V34	218,80
11) Laminectomie avec ablation d'une tumeur de la queue de cheval	2V35	218,80

12) Extraction d'un corps étranger du canal rachidien	2V36	136,90
13) Cordotomie isolée	2V41	136,90
14) Cordotomies combinées multiples	2V42	159,70
15) Myélotomie commissurale	2V43	136,90
16) Radicotomies intradurales multiples	2V44	159,70
17) Implantation du boîtier d'un stimulateur médullaire	2V51	39,50
18) Mise en place par voie percutanée de la sonde d'un stimulateur médullaire sous contrôle radiologique et stimulation de repérage	2V52	65,95
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
20) Laminectomie et mise en place de la sonde d'un stimulateur, stimulation éventuelle avec enregistrement des potentiels évoqués	2V54	136,95
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

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
2) Ostéosynthèse occipito-cervicale	2V62	113,85
3) Ostéosynthèse cervicale	2V63	136,90
4) Ostéosynthèse cervicale par voie transorale	2V64	252,15
5) Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis cervical (ostéosynthèse comprise)	2V65	168,85
6) Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis cervical, par voie transorale (ostéosynthèse comprise)	2V66	252,15
7) Greffe osseuse cervicale, prise du greffon comprise	2V67	78,10
8) Laminectomie cervicale simple, un niveau	2V71	68,50
9) Laminectomie cervicale élargie, plus d'un niveau	2V72	168,85
10) Intervention pour hernie discale cervicale avec ou sans uncoforaminotomie	2V73	168,85
11) Corporectomie cervicale avec greffe et ostéosynthèse	2V75	252,15
b) Rachis dorsal ou lombaire		
1) Réduction et contention d'une fracture ou luxation de la colonne dorsale ou lombaire	2V81	35,35
2) Ostéosynthèse dorsale par voie postérieure	2V82	136,90
3) Ostéosynthèse dorsale par voie antérieure	2V83	168,85
4) Ostéosynthèse lombaire	2V84	136,90
5) Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis dorsal ou lombaire (ostéosynthèse comprise)	2V85	168,85
6) Greffe osseuse dorsale ou lombaire, prise du greffon comprise	2V86	78,10
7) Laminectomie dorsale ou lombaire simple, un niveau	2V91	68,50
8) Laminectomie dorsale ou lombaire élargie, plus d'un niveau	2V92	168,85
9) Intervention pour hernie discale dorsale ou lombaire	2V93	100,55
10) Arthrodèse intersomatique lombaire (greffe et prise du greffon comprise)	2V94	175,95
11) Traitement orthopédique d'une scoliose ou cyphose avec réduction et contention	2V95	45,75
12) Traitement chirurgical d'une scoliose ou cyphose avec ostéosynthèse, quelle que soit l'étendue	2V96	252,15
13) Résection du coccyx, opération pour fistule sacro-coccygienne	2V97	36,20

### Chapitre 3.- Oto-Rhino-Laryngologie

#### Section 1 - Oreilles

##### Sous-section 1 - Examens

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

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

##### 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
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
3) Ablation d'un ostéome pédiculé du conduit auditif	3R41	10,70
4) Ablation d'un ostéome non pédiculé du conduit auditif	3R42	21,80
5) Ablation d'une tumeur maligne de l'oreille externe par résection cunéiforme	3R43	10,70
6) Résection large d'une tumeur maligne de l'oreille externe	3R44	32,60

7) Plastie du tympan avec réparation de la continuité de la chaîne ossiculaire, quelque soit le temps osseux	3R50	156,25
8) Plastie de la membrane tympanique (myringoplastie)	3R51	104,10
9) Trépanation du labyrinthe	3R52	91,10
10) Intervention pour ankylose de l'étrier	3R53	156,25
11) Mastoïdectomie simple	3R61	65,00
12) Evidement pétro-mastoidien	3R64	91,10
13) Opération de libération ou de réparation du nerf facial intrapétreux	3R67	156,25
14) Résection du rocher pour tumeur de l'oreille moyenne, mastoïdectomie comprise	3R68	200,00

*Section 2 - Nez et Sinus*

**Sous-section 1 - Examens**

1) Rhinomanométrie, mesure des débits et des pressions	3N10	12,30
2) Location d'appareil	3N10X	2,15
3) Rhinomanométrie avant et après épreuve pharmaco-dynamique (non cumulable à la position 3N10)	3N11	18,45
4) Location d'appareil	3N11X	2,15
5) Sinuscopie avec optique, exploration (non cumulable avec un acte de chirurgie intrasinusale)	3N12	29,25
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
7) Sinuscopie avec optique et biopsie (non cumulable avec un acte de chirurgie intrasinusale)	3N14	39,00

**Sous-section 2 - Petites interventions**

1) Hémostase nasale par tamponnement antérieur et postérieur	3N20	60,00
2) Réduction simple d'une fracture du nez, contention comprise	3N21	13,05
3) Hémostase nasale par tamponnement antérieur - CAC	3N22	3,80
4) Incision d'un hématome ou d'un abcès intra-nasal - CAC	3N23	4,25
5) Traitement de lésions de la muqueuse nasale par électrocoagulation, cautérisation, infiltration, injection sclérosante (anesthésie locale comprise) - CAC	3N25	5,30
6) Ablation de polypes nasaux, la première séance	3N26	12,55
7) Ablation de polypes nasaux, séance suivante pour une période de six mois	3N27	7,55
8) Panendoscopie naso-sinusienne de nettoyage après chirurgie de la rhino-sinusite polypeuse, un côté	3N28	60,00
9) Extraction de corps étrangers enclavés du nez, anesthésie locale comprise - CAC	3N30	5,00
10) Ponction isolée du sinus maxillaire, anesthésie locale comprise	3N31	8,80
11) Lavage et/ou aspiration et/ou instillation au niveau d'un sinus par un orifice naturel ou artificiel	3N32	6,15
12) Sidération du ganglion sphéno-palatin ou des branches du trijumeau à la sortie du crâne, première séance	3N35	12,55
13) Sidération du ganglion sphéno-palatin ou des branches du trijumeau à la sortie du crâne, séance suivante	3N36	7,55

**Sous-section 3 - Chirurgie du nez**

1) Réduction sanglante d'une fracture du nez ou de sinus, contention comprise	3N41	35,15
2) Traitement chirurgical du rhinophyma, une ou plusieurs séances	3N42	16,75
3) Extraction de corps étrangers par rhinotomie externe	3N43	35,15
4) Résection d'un éperon ou d'une crête de cloison	3N44	11,00
5) Plastie narinaire sur traumatisme, avec greffe	3N45	35,15
6) Plastie narinaire sur cicatrice, un ou plusieurs temps	3N46	44,25
7) Septoplastie correctrice, un ou plusieurs temps	3N47	65,00
8) Rhinoplastie reconstructrice de la pyramide nasale - APCM	3N48	78,10
9) Résection sous-muqueuse d'une déviation de la cloison nasale	3N51	31,25

10) Chirurgie de la rhinite atrophique	3N52	78,10
11) Traitement d'une synéchie nasale ostéo-cartilagineuse, une ou plusieurs séances	3N53	15,05
12) Résection endonasale d'une oblitération choanale osseuse	3N54	65,00
13) Résection partielle ou totale d'un cornet (conchotomie, turbinectomie)	3N55	15,00

#### Sous-section 4 - Chirurgie des sinus

1) Traitement d'une sinusite frontale par forage de Beck	3N61	30,55
2) Traitement chirurgical d'une sinusite ethmoïdale et/ou frontale par voie externe ou endonasale, un côté	3N62	80,00
3) Traitement chirurgical d'une sinusite maxillaire par la fosse canine ou par voie endonasale avec méatotomie moyenne, un côté	3N65	80,00
4) Méatotomie inférieure, un côté	3N66	44,25
5) Traitement chirurgical d'une sinusite sphénoïdale, un côté	3N71	60,00
6) Traitement chirurgical d'une pansinusite unilatérale	3N72	120,00
7) Traitement chirurgical d'un ostéome ou d'un mucocèle ethmoïdal et/ou frontal	3N75	100,00

#### Section 3 - Pharynx, Larynx, Trachée

##### Sous-section 1 - Examens

1) Pharyngo-laryngoscopie indirecte avec optique	3L11	9,90
2) Naso-pharyngo-laryngo-fibroscopie	3L12	15,00
3) Location d'appareil	3L12X	12,75
4) Naso-pharyngo-laryngo-fibroscopie avec biopsie	3L13	20,00
5) Location d'appareil	3L13X	12,75
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

##### Sous-section 2 - Petites interventions

1) Intubation trachéale	3L21	6,30
2) Tubage du larynx	3L22	6,30
3) Biopsie sous laryngoscopie indirecte, anesthésie locale comprise	3L23	28,60
4) Dilatation laryngée, première séance, anesthésie locale comprise	3L24	5,15
5) Dilatation laryngée, séance suivante, anesthésie locale comprise	3L25	3,50
6) Extraction par les voies naturelles d'un corps étranger du pharynx ou du larynx, sans endoscopie, anesthésie locale comprise	3L31	8,50
7) Extraction par les voies naturelles d'un corps étranger enclavé du pharynx ou du larynx, sans endoscopie, anesthésie locale comprise	3L32	25,15
8) Cautérisation chimique du larynx - CAC	3L33	4,00
9) Electrocoagulation endolaryngée , anesthésie locale comprise, première séance	3L34	9,05
10) Electrocoagulation endolaryngée , anesthésie locale comprise, séance suivante	3L35	6,15

##### Sous-section 3 - Chirurgie

1) Adénotomie, non cumulable avec l'amygdalectomie (3 L 42/43)	3L41	20,00
2) Amygdalectomie, uni- ou bilatérale, chez l'enfant de moins de 12 ans	3L42	41,70
3) Amygdalectomie, uni- ou bilatérale, chez personne de plus de 12 ans	3L43	46,85
4) Extirpation d'un fibrome naso-pharyngien, un ou plusieurs temps	3L44	150,00
5) Extirpation de tumeurs malignes de l'épipharynx	3L45	150,00
6) Incision d'un abcès rétro- ou latéropharyngien	3L51	35,15
7) Incision d'un abcès endo- ou périlaryngé	3L52	17,45
8) Microlaryngoscopie, laryngoscopie directe, sous anesthésie générale, avec ou sans biopsie	3L54	30,00
9) Microlaryngoscopie avec résection de nodules, kystes ou polypes	3L56	50,00
10) Microlaryngoscopie avec épiluchage complet d'une corde vocale	3L57	60,00



11) Microchirurgie endoscopique avec aryténoïdectomie. aryténoïdopexie ou résection de cordes vocales	3L58	90,00
12) Laryngotomie, thyrotomie et traitement de lésions du larynx, y compris la corpectomie	3L61	80,00
13) Trachéotomie ou trachéostomie	3L63	35,15
14) Pharyngotomie ou oesophagotomie	3L64	52,05
15) Traitement de la sténose laryngée	3L66	140,65
16) Laryngectomie partielle pour lésion bénigne	3L71	88,45
17) Laryngectomie partielle pour tumeur maligne	3L72	88,45
18) Laryngectomie totale ou sus-glottique pour tumeur maligne	3L73	140,65
19) Laryngectomie reconstructive pour tumeur maligne	3L74	213,45
20) Pharyngectomie pour tumeur maligne	3L75	140,65
21) Pharyngo-laryngectomie pour tumeur maligne	3L76	210,30
22) Résection segmentaire de la trachée	3L77	240,00
23) Traitement de diverticules de l'oesophage cervical par pexie	3L81	85,90
24) Résection de diverticules de l'oesophage cervical	3L82	104,10
25) Exérèse de tumeurs de l'espace parapharyngé	3L91	200,00
26) Traitement chirurgical des troubles respiratoires du sommeil dans le cadre du syndrome des apnées du sommeil - APCM	3L95	150,00

#### Chapitre 4. - Ophtalmologie

##### Section 1 - Examens Ophtalmiques

1) Tonométrie - CAC	4E11	2,00
2) Examen du fond d'oeil - CAC	4E12	4,00
3) Examen de la vision binoculaire	4E13	8,50
4) Détermination instrumentale et tracé du champ visuel, (périmétrie et/ou campimétrie)	4E14	8,50
5) Courbe d'adaptation à l'obscurité (adaptométrie)	4E15	8,10
6) Repérage et marquage ophtalmoscopique de déchirures rétinienne ou de corps étrangers intraoculaires	4E16	8,80
7) Mesure de la résistance de la barrière hématoaqueuse par tests de contraste	4E17	11,25
8) Angiographie fluorescéinique	4E18	15,00

##### Section 2 - Chirurgie des paupières et des voies lacrymales

1) Electrolyse, diathermocoagulation, cautérisation au niveau des paupières ou des voies lacrymales - CAC	4A11	4,25
2) Incision d'abcès ou de kystes des annexes de l'oeil, d'un orgelet - CAC	4A12	4,25
3) Excision d'un chalazion, d'un kyste, de xanthélasmas	4A13	13,90
4) Ablation d'une petite tumeur palpébrale (sans autoplastie)	4A14	8,80
5) Suture de plaies compliquées des paupières avec section du tarse et/ou des voies lacrymales	4A15	44,25
6) Canthotomie	4A16	19,60
7) Blépharorrhaphie, tarsorrhaphie, canthoplastie	4A17	35,15
8) Traitement chirurgical de l'entropion ou de l'ectropion	4A21	50,20
9) Trichiasis, opération sans greffe	4A22	21,80
10) Trichiasis, opération avec greffe libre	4A23	42,75
11) Chirurgie de la ptose palpébrale par excision cutanée	4A24	12,55
12) Chirurgie de la ptose palpébrale, opération portant sur le tarse et/ou le muscle releveur	4A25	72,95
13) Autoplastie palpébrale avec ou sans greffe, chaque temps	4A26	42,75
14) Ablation d'une tumeur étendue ou maligne, avec autoplastie palpébrale	4A27	85,40
15) Sondage des voies lacrymales avec injection ou lavage - CAC	4A31	2,00
16) Opération de l'imperforation des voies lacrymales chez le nourrisson	4A32	12,55
17) Stricturectomie du sac lacrymal	4A33	6,55
18) Dacryocystectomie	4A34	44,25
19) Dacryocystorhinostomie	4A35	72,95
20) Ablation de la partie palpébrale de la glande lacrymale	4A36	21,80

21) Extirpation de la glande lacrymale	4A37	52,75
<i>Section 3 - Chirurgie de la conjonctive et de la cornée</i>		
1) Cautérisation superficielle de la conjonctive ou de la cornée; ablation de concrétions conjonctivales - CAC	4G21	4,25
2) Traitement de granulations trachomateuses	4G22	17,65
3) Ablation de corps étrangers multiples de la conjonctive ou de la cornée	4G23	4,80
4) Excision d'un corps étranger sous-conjonctival, cornéen ou sclérotique devant le biomicroscope, y compris l'application de l'électroaimant	4G24	6,80
5) Suture de plaie simple de la conjonctive	4G25	4,25
6) Recouvrement conjonctival	4G26	25,15
7) Autoplastie conjonctivale, sans greffe libre	4G31	26,15
8) Autoplastie conjonctivale, avec greffe libre	4G32	70,35
9) Ablation de brides conjonctivales ou de petites néoformations; péritomie	4G33	12,55
10) Excision de néoformations étendues avec autoplastie	4G34	40,30
11) Excision de néoformations étendues avec greffe libre	4G35	91,10
12) Suture d'une plaie cornéenne ou sclérale, avec ou sans iridectomie ou recouvrement conjonctival	4G36	65,00
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
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
15) Greffe de la cornée ou de la sclérotique	4G41	78,10
16) Tatouage de la cornée	4G42	21,80
17) Excision simple d'un ptérygion	4G43	22,70
18) Excision d'un symblépharon	4G44	40,35
19) Excision d'un ptérygion avec autoplastie	4G45	44,25
20) Excision d'un ptérygion ou d'un symblépharon avec greffe cornéenne	4G46	83,35
21) Paracentèse de la cornée, kératectomie	4G47	18,35
22) Photocoagulation des lésions de l'oeil, première séance pour une période de 3 mois	4G48	21,90
23) Photocoagulation des lésions de l'oeil, séances suivantes (au maximum trois) pour une période de trois mois	4G49	11,05
<i>Section 4 - Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique</i>		
1) Extraction de corps étrangers intraoculaires	4G51	67,95
2) Iridotomie, iridectomie, iridopexie, enclavement	4G52	65,35
3) Capsulectomie pour cataracte	4G53	67,95
4) Cyclodialyse, trabéculotomie, trabéculéctomie, trépanation sclérale, iridencleisis	4G54	70,35
5) Amputation du segment antérieur	4G55	65,35
6) Discision pour cataracte	4G61	36,40
7) Extraction du cristallin	4G62	82,05
8) Extraction du cristallin et pose d'un cristallin artificiel	4G63	130,00
9) Implantation, explantation ou reposition d'un cristallin artificiel, acte isolé	4G64	41,05
10) Sclérotomie, ponction de la sclérotique	4G65	15,05
11) Sclérectomie avec ou sans iridectomie	4G66	83,35
<i>Section 5 - Globe oculaire, segment postérieur</i>		
1) Traitement du décollement et/ou de lésions de la rétine par diathermie et cryopexie	4G71	91,10
2) Traitement du décollement de la rétine par indentation limitée à un quadrant	4G72	100,25
3) Traitement du décollement de la rétine par indentation atteignant plusieurs quadrants	4G73	118,50
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) 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
<b>REMARQUE:</b>		
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 - Orbite

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

**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
2) Massage prostatique en vue d'un prélèvement bactériologique - CAC	5U11	3,65
3) Extraction d'un corps étranger de l'urètre antérieur	5U12	6,15
4) Cathétérisme de la vessie - CAC	5U13	3,65
5) Lavage de la vessie - CAC	5U14	3,65
6) Pose ou changement d'une sonde vésicale à demeure par voie basse, lavage éventuel compris	5U15	6,15
7) Première mise en place d'une sonde vésicale sus-pubienne	5U16	19,00
8) Changement d'une sonde de cystostomie	5U17	6,15
9) Chimiothérapie endovésicale	5U21	6,15
10) Débitmétrie mictionnelle avec enregistrement (uroflowmétrie)	5U22	7,95
11) Location d'appareil	5U22X	1,95
12) Exploration urodynamique avec enregistrement: cystométrie ou profil de pression urétrale avec ou sans débitmétrie	5U23	15,90
13) Location d'appareil	5U23X	3,95
14) Exploration urodynamique avec enregistrement: cystométrie et profil de pression urétrale, avec ou sans débitmétrie	5U24	23,80
15) Location d'appareil	5U24X	6,00
16) Exploration urodynamique avec enregistrement: cystométrie et/ou profil de pression urétrale avec électromyographie des muscles périnéaux, avec ou sans débitmétrie	5U25	31,85
17) Location d'appareil	5U25X	7,95
18) Exploration urodynamique avec enregistrement: cystométrie et profil de pression urétrale avec électromyographie des muscles périnéaux, avec débitmétrie et pression différentielle	5U26	39,75
19) Location d'appareil	5U26X	7,95
20) Lithotritie extracorporelle des voies urinaires	5U27	60,00
21) Ponction percutanée du rein avec ou sans biopsie	5U28	32,20

**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
2) Urétrocystoscopie avec cathétérisme des uretères y compris l'injection, la dilatation, la sonde de Zeiss	5U32	37,50
3) Urétrocystoscopie avec biopsie ou ablation de calculs ou de corps étrangers	5U33	37,50
4) Urétrocystoscopie avec lithotritie	5U34	59,00
5) Electrocoagulation endoscopique de l'urètre ou de la vessie, première séance	5U41	59,00
6) Electrocoagulation endoscopique de l'urètre ou de la vessie, séances suivantes pour une période d'un mois	5U42	26,80
7) Urétrotomie interne endoscopique	5U43	64,35
8) Plastie endoscopique au téflon	5U44	107,25
9) Electrorésection 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
10) Electrorésection 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
11) Urétéro-pyéloscopie exploratrice, dilatation de l'orifice comprise	5U51	85,75
12) Urétéro-pyéloscopie opérationnelle sur l'uretère ou le pyélon	5U52	128,70
13) Néphroscopie percutanée exploratrice, y compris la ponction ou la dilatation du canal	5U61	85,75
14) Néphroscopie percutanée exploratrice, y compris la ponction ou la dilatation du canal et urétéro-pyélographie rétrograde peropératoire, montée de sonde	5U62	104,55
15) Néphroscopie percutanée opérationnelle, première séance	5U63	128,70
16) Néphroscopie percutanée, séance ultérieure	5U64	64,35
17) Néphroscopie percutanée opérationnelle, et urétéro-pyélographie rétrograde peropératoire, montée de sonde	5U65	147,40

## Sous-section 3 - Chirurgie des reins et uretères

1) Traitement opératoire de l'éventration lombaire	5R11	85,80
2) Lobotomie exploratrice	5R12	53,65
3) Incision et drainage du phlegmon périnéphrétique	5R13	64,35
4) Néphropexie	5R21	91,10
5) Lobotomie avec biopsie rénale, décapsulation ou traitement conservateur des kystes du rein	5R22	91,10
6) Néphrostomie percutanée, y compris la dilatation du canal et la pose d'une sonde	5R31	64,35
7) Changement d'une sonde de néphrostomie	5R32	39,75
8) Néphrostomie, pyélotomie (non cumulable avec une autre intervention sur le rein)	5R33	91,10
9) Opération plastique sur le bassinet et la jonction pyélo-urétérale	5R34	112,50
10) Néphrolithotomie	5R41	128,70
11) Néphrectomie simple	5R51	107,25
12) Néphrectomie partielle ou section de l'isthme d'un rein en fer à cheval	5R52	128,70
13) Néphrectomie partielle pour cancer	5R53	160,85
14) Néphrectomie élargie	5R54	128,70
15) Néphro-urétérectomie totale	5R55	160,85
16) Néphrectomie pour cancer par voie abdominale ou thoraco-phréno-abdominale	5R56	240,00
17) Néphro-urétérectomie totale pour cancer du bassinet ou de l'uretère par 2 incisions	5R57	214,50
18) Urétérotomie lombaire, urétérolyse	5R61	91,10
19) Urétérotomie pelvienne	5R62	107,25
20) Opération plastique sur l'uretère	5R63	112,50
21) Anastomose urétéro-urétérale	5R64	112,50
22) Urétérectomie secondaire totale	5R65	107,25
23) Urétérostomie cutanée	5R71	91,10

24) Cure de fistule cutanée de l'uretère	5R72	112,50
25) Urétérostomie cutanée transintestinale	5R73	214,50
26) Abouchement d'un uretère dans l'intestin en place	5R74	107,25
27) Remplacement urétéral par plastie	5R75	268,15
28) Urétérocystonéostomie avec ou sans plastie antireflux	5R81	160,85
29) Implantation urétérale par lambeau vésical pédiculé et tubulé	5R82	160,85
30) Réalisation d'un dispositif antireflux vésico-urétéral	5R83	112,50
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

#### Sous-section 4 - Chirurgie de la vessie

1) Cystotomie avec ou sans extraction de calculs	5V13	64,35
2) Cystotomie avec exérèse ou électrocoagulation d'une tumeur vésicale pédiculée	5V14	85,80
3) Cystotomie avec cystectomie partielle, p. ex. pour tumeur	5V15	128,70
4) Cystotomie avec exérèse de diverticules vésicaux, avec ou sans résection du col vésical	5V16	160,85
5) Cystectomie totale isolée	5V21	160,85
6) Cystectomie totale avec abouchement des uretères à la peau	5V22	214,50
7) Cystectomie totale avec réimplantation des uretères dans l'intestin	5V23	268,15
8) Cystectomie totale avec dérivation urinaire par conduit intestinal	5V24	321,75
9) Cystectomie totale avec dérivation urinaire par réservoir intestinal continent	5V25	375,35
10) Cure de l'incontinence d'urine chez l'homme par plastie ou par prothèse - APCM	5V31	200,00
11) Cure de fistule urinaire par voie abdominale	5V41	91,10
12) Cure de fistule urinaire par voie abdominale en deux temps, premier temps	5V42	56,35
13) Cure de fistule urinaire par voie abdominale en deux temps, deuxième temps	5V43	44,25
14) Exstrophie vésicale: ablation simple de la plaque vésicale ou reconstitution simple de la vessie	5V51	107,25
15) Exstrophie vésicale: reconstitution en un temps de la vessie et de l'uretère avec dispositif antireflux et ostéotomie iliacale	5V52	321,75
16) Retouche ultérieure après intervention pour exstrophie vésicale	5V53	53,65
17) Entéro-cystoplastie ou urétéro-entéro-cystoplastie	5V55	268,15
18) Intervention chirurgicale pour mise en place de matériel radioactif dans la vessie ou la prostate	5V61	64,35

#### Sous-section 5 - Chirurgie de l'urètre

1) Méatotomie	5V71	21,40
2) Dilatation de l'urètre pour rétrécissement, par séance	5V72	9,90
3) Urétrotomie interne non endoscopique	5V73	33,90
4) Urétrotomie externe, urétérostomie	5V74	64,35
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
6) Urétroplastie en un temps	5V81	128,70
7) Urétroplastie en plusieurs temps, par temps opératoire	5V82	42,90
8) Cure chirurgicale du diverticule sous-urétral	5V91	32,20
9) Cure de fistule périnéale avec ou sans urétrectomie, dérivation comprise	5V92	128,70
10) Traitement opératoire du phlegmon périurétral diffus gangreneux	5V93	64,35

#### Section 2 - Appareil génital masculin

1) Ponction biopsie de la prostate	5A11	19,85
2) Incision d'un abcès de la prostate par voie périnéale	5A12	49,70
3) Prostatectomie pour adénome	5A21	128,70
4) Prostatectomie totale pour cancer	5A22	160,90
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
6) Opération pour phimosis (circoncision simple, sans indication médicale, non à charge)	5A41	32,20
7) Réduction sanglante du paraphimosis	5A42	10,75

8) Section ou plastie chirurgicale du frein	5A43	9,90
9) Traitement chirurgical de l'hypospadias balanique	5A51	64,35
10) Traitement chirurgical de l'hypospadias pénien ou périnéal	5A52	107,25
11) Traitement chirurgical de l'épispadias	5A53	107,25
12) Réintervention pour hypospadias ou épispadias	5A55	42,90
13) Amputation partielle de la verge	5A61	64,35
14) Amputation totale de la verge	5A62	85,80
15) Intervention pour déviation pénienne en cas de malformation congénitale ou de maladie de La Peyronie	5A65	160,85
16) Intervention pour rupture pénienne	5A66	107,25
17) Shunt pour priapisme	5A67	189,95
18) Chirurgie de l'impuissance sexuelle avec ou sans prothèse - APCM	5A68	107,25
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
20) Chirurgie de l'ectopie testiculaire (cure de hernie inguinale comprise)	5A81	78,10
21) Opération sur le testicule ou le cordon spermatique (sauf varicocèle)	5A82	44,25
22) Castration pour cancer du testicule avec ablation du cordon spermatique	5A83	160,90
23) Cure de varicocèle	5A84	78,10
24) Plastie unilatérale pour stérilité sur l'épididyme et/ou le déférent - APCM	5A91	107,25

## Chapitre 6.- Gynécologie

### Section 1 - Obstétrique

#### Sous-section 1 - Forfaits d'accouchement

1) Assistance à un accouchement	6A11	
2) Assistance à un accouchement gémellaire	6A12	
3) Assistance à un accouchement multiple (triple et plus)	6A13	

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

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

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

#### 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

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) Evacuation d'un utérus gravide par hystérotomie ou par procédé médicamenteux, après 14 semaines de grossesse 6A72 49,50

Sous-section 6 - Actes en relation avec la grossesse

1) Amnioscopie 6A81 7,00

2) Amniocentèse avec prélèvement ou injection, jusqu'à la 20e semaine de la gestation incluse - APCM 6A82 15,50

3) Frais de matériel 6A82M 7,50

4) Amniocentèse, avec prélèvement ou injection, à partir de la 21e semaine de la gestation - APCM 6A83 15,50

5) Frais de matériel 6A83M 7,50

6) Perfusion ou transfusion fœtale in utero (amniocentèse comprise) 6A85 20,65

7) Cerclage du col utérin 6A86 16,50

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

1) Colposcopie - CAC 6G11 3,85

2) Prélèvement cervico-vaginal avec examen microscopique qualitatif direct - CAC 6G12 2,00

3) Biopsie du col 6G13 7,05

4) Prélèvement ou biopsie de l'endomètre 6G14 9,55

5) Insufflation tubo-utérine avec enregistrement ou injection 6G15 9,55

6) Ponction du cul-de-sac de Douglas - CAC 6G21 3,85

7) Ponction de la glande de Bartholin 6G22 4,45

8) Incision d'un abcès de la glande de Bartholin - CAC 6G23 4,20

9) Pose d'un pessaire 6G24 3,85

10) Coelioscopie, culdoscopie 6G31 29,65

11) Coelioscopie avec biopsie ou geste thérapeutique simple (sauf intervention sur les trompes pour stérilisation) 6G32 37,70

12) Microhystéroskopie exploratrice avec ou sans biopsie 6G33 16,10

13) Location d'appareil 6G33X 4,95

14) Microhystéroskopie avec traitement préalable de la muqueuse 6G34 22,35

15) Location d'appareil 6G34X 7,45

16) Microhystéroskopie opérationnelle 6G35 32,25

17) Location d'appareil 6G35X 9,90

18) Extirpation de la glande de Bartholin 6G41 15,90

19) Ablation d'une tumeur bénigne de la région vulvo-vaginale 6G42 12,00

20) Vulvectomy simple 6G43 61,90

21) Ablation d'un cancer de la vulve ou du vagin 6G44 99,00

22) Colpotomie 6G51 11,45

23) Opération de l'imperforation vulvaire 6G52 12,00

24) Opération de l'imperforation vaginale 6G53 23,90

25) Création d'un néovagin sans laparotomie 6G54 99,00

26) Création d'un néovagin par voie haute et basse 6G55 123,80

27) Dilatation non sanglante du col, acte isolé 6G61 5,90

28) Dilatation sanglante du col, acte isolé 6G62 9,95

29) Ablation d'un polype du col 6G63 7,05

30) Electrocoagulation du col, première séance 6G64 7,05

31) Electrocoagulation du col, à partir de la 2e séance pour une période de 4 semaines 6G65 4,80

32) Conisation du col ou opération analogue	6G66	16,50
33) Amputation du col	6G67	24,75
34) Colpopérinéorrhaphie postérieure	6G71	24,75
35) Colporraphie antérieure	6G72	32,25
36) Colporraphie antérieure et postérieure	6G73	53,50
37) Colporraphie antérieure et postérieure avec fixation utérine (Doléris, Kocher)	6G74	69,35
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
39) Cure du prolapsus génital par procédés complexes (type Wertheim, Manchester, Lefort, Labhardt)	6G76	116,25
40) Cure de fistules urinaires ou rectales par voie vaginale	6G77	75,55
41) Hystéropexie simple par voie haute	6G81	79,50
42) Hystérectomie	6G82	122,30
43) Hystérectomie totale élargie pour cancer	6G83	160,90
44) Autre intervention sur l'utérus par voie abdominale, acte isolé	6G84	81,70
45) Extirpation de tumeurs intra-utérines par voie vaginale	6G85	39,65
46) Curetage de la cavité utérine, dilatation et tamponnement compris	6G86	22,40
47) Intervention sur les trompes avec stérilisation sur indication médicale - APCM	6G91	37,70
48) Intervention sur les trompes avec stérilisation sur indication médicale, en post-partum par laparotomie - APCM	6G92	81,70
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
50) Ovariectomie pour cancer après hystérectomie	6G94	122,30

*Section 3 - Exploration et traitement de la stérilité*

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

**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
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

*Section 2 - Actes techniques accompagnant l'anesthésie générale*

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



*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
2) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation par voie aérienne pour accident ou maladie aiguë avec mesures de réanimation	7A62	41,70
3) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation pour transfert secondaire médicalisé par route	7A71	70,00
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
5) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation pour transfert secondaire médicalisé par voie aérienne	7A73	45,00
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
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
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
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
10) Intervention du médecin spécialiste en pédiatrie pour transfert secondaire médicalisé d'un nouveau-né par voie aérienne	7A83	45,00
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

**Chapitre 8.- Imagerie médicale, radiologie interventionnelle, radiothérapie**

*Section 1 - Radiodiagnostic*

Sous-section 1 - Films

a) Films		
1) Film 9/13	8F10M	0,85
2) Film 13/18	8F11M	1,10
3) Film 18/24	8F12M	1,30
4) Film 15/40	8F13M	1,35
5) Film 20/40	8F14M	1,80
6) Film 24/30	8F15M	1,80
7) Film 30/40	8F16M	2,20
8) Film 35/35	8F17M	2,15
9) Film 36/43	8F18M	2,55
10) Film 40/40	8F19M	2,20
b) Supplément pour exposition multiple		
11) Exposition en 2 plans	8F31M	0,30
12) Exposition en 3 plans	8F32M	0,45
13) Exposition en 4 plans	8F33M	0,60

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
2) Rx poignet - CAC	8S02	4,30

3) Rx avant-bras - CAC	8S03	4,30
4) Rx coude - CAC	8S04	4,30
5) Rx humérus - CAC	8S05	4,30
6) Rx épaule et/ou clavicule - CAC	8S06	4,30
7) Rx orteils et/ou pied - CAC	8S13	4,30
8) Rx cheville - CAC	8S14	4,30
9) Rx jambe - CAC	8S15	4,30
10) Rx genou - CAC	8S16	4,30
11) Rx fémur - CAC	8S18	4,30
12) Rx bassin - CAC	8S22	4,30
13) Rx hanche - CAC	8S23	4,30
14) Radiomensuration ou mesure des axes des 2 membres inférieurs	8S24	12,90
15) Supplément pour épreuves dynamiques à la recherche de lésions ligamentaires des articulations des membres - CAC	8S25	2,15
16) Radiographie comparative du segment controlatéral - CAC	8S26	2,15
b) Tête et thorax		
1) Rx crâne - CAC	8S40	4,30
2) Rx sinus faciaux, squelette facial - CAC	8S41	4,30
3) Rx crâne, poses spéciales du rocher ou de l'orbite - CAC	8S42	4,30
4) Orthopantomographie	8S45	5,80
5) Rx sternum - CAC	8S51	4,30
6) Rx côtes, gril costal - CAC	8S52	4,30
c) Colonne vertébrale		
1) Rx colonne cervicale, toutes incidences - CAC	8S61	6,45
2) Rx colonne dorsale, toutes incidences - CAC	8S62	4,30
3) Rx colonne lombaire, toutes incidences - CAC	8S63	6,45
4) Rx sacrum et/ou coccyx et/ou articulations sacro-iliaques - CAC	8S64	4,30
5) Rachis dans son entier en téléradiographie, face et profil	8S65	12,90
6) Supplément pour épreuves dynamiques de la colonne cervicale, en cas de traumatisme - CAC	8S66	2,15
d) Arthrographie, discographie		
1) Arthrographie, ponction non comprise	8S81	10,50
2) Arthrographie, ponction articulaire et injection comprises	8S82	17,30
3) Arthrographie de la hanche, ponction articulaire et injection comprises	8S83	21,75
4) Discographie, un ou plusieurs niveaux, ponction non comprise	8S85	10,25
5) Discographie, ponction des disques et injection comprises	8S86	31,00
Sous-section 3 - Organes de la tête, du cou et du thorax		
1) Lacrymographie; injection non comprise	8V10	7,75
2) Lacrymographie, sondage des voies lacrymales et injection compris	8V11	9,75
3) Sialographie; injection non comprise	8V12	10,50
4) Sialographie, sondage et injection compris	8V13	14,00
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
6) Laryngographie avec produit de contraste	8V15	7,00
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
8) Location d'appareil	8V16X	0,80
9) Radiographie thoracique de face - CAC	8V17	4,30
10) Radiographie thoracique, face et profil et autres incidences éventuelles - CAC	8V18	7,20
11) Location d'appareil en cas de radioscopie associée	8V18X	0,80
12) Bronchographie, médiastinographie (injection non comprise)	8V19	8,50
Sous-section 4 - Appareil digestif		
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
2) Rx oesophage seul; non cumulable avec 8V16	8V22	7,00
3) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V22X	1,10
4) Transit oeso-gastro-duodénal	8V23	16,15

5) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V23X	1,10
6) Transit du grêle seul; non cumulable à 8V20-8V25	8V24	7,75
7) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V24X	1,10
8) Transit oeso-gastro-duodénal et transit intestinal complet avec au moins 1 contrôle subséquent	8V25	16,15
9) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V25X	1,10
10) Lavement baryté	8V26	16,15
11) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V26X	1,25
12) Cholécystographie par voie orale	8V31	7,10
13) Cholécysto-cholangiographie par voie intra-veineuse	8V32	14,35
14) Cholangiographie par voie percutanée transhépatique	8V34	26,55
15) Cholangiographie peropératoire	8V35	8,55

#### Sous-section 5 - Système urinaire

1) Urographie intra-veineuse	8V41	10,50
2) Urographie intra-veineuse avec tomographie simultanée	8V42	14,75
3) Urétéro-pyélographie rétrograde uni-ou bilatérale; cathétérisme non compris	8V43	13,05
4) Cystographie	8V44	5,15
5) Urétero-cystographie rétrograde avec injection du produit de contraste	8V45	15,05
6) Uréthrographie, sans injection du produit de contraste	8V46	7,75
7) Uréthrographie rétrograde avec injection du produit de contraste	8V47	17,65
8) Vésiculo- et/ou déférentographie	8V48	7,95

#### Sous-section 6 - Gynécologie

1) Mammographie unilatérale, toutes incidences	8V51	5,85
2) Mammographie bilatérale	8V52	11,70
3) Mammographie bilatérale dans le cadre d'un programme de dépistage précoce du cancer du sein	8V53	11,70
4) Galactographie, injection comprise	8V54	10,50
5) Hystérosalpingographie	8V55	10,50
6) Radiopelvimétrie	8V56	4,30
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
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

#### Sous-section 7 - Système nerveux

1) Myélographie, ponction non comprise	8V61	13,45
2) Myélographie, ponction et injection comprises	8V62	27,55

#### Sous-section 8 - Angiographie

##### 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
2) Artériographie d'un membre	8V71	29,45
3) Artériographie des deux membres inférieurs et de l'aorte abdominale par cathétérisme unilatéral ou par ponction aortique	8V72	44,05
4) Artériographie de l'aorte thoracique et/ou abdominale et de ses branches (non cumulable avec 8V71, 8V72, 8V78, ou 8V79)	8V73	34,60
5) Artériographie d'une carotide ou d'une artère vertébrale par cathétérisme	8V75	59,25
6) Artériographie unilatérale des artères du cou (y compris la crosse aortique)	8V76	89,00

7) Artériographie médullaire	8V77	59,00
8) Artériographie par cathétérisme sélectif d'une branche de l'aorte thoraco-abdominale	8V78	89,00
9) Artériographie par cathétérisme sélectif de plusieurs branches de l'aorte thoraco-abdominale	8V79	110,00
10) Artériographie locale par injection directe peropératoire	8V80	20,80
11) Phlébographie	8V81	29,45
12) Splénoportographie	8V82	34,60
13) Lymphographie	8V83	29,45
14) Cathétérisme sélectif, sous contrôle artériographique, d'un vaisseau des membres ou d'organes thoraco-abdominaux pour prélèvement local ou chimiothérapie	8V86	89,00
15) Cathétérisme sélectif, sous contrôle artériographique, d'un vaisseau crânio-cervical ou médullaire pour prélèvement local ou chimiothérapie	8V87	89,00

#### 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
2) Fistulographie sous opacification par sonde	8V91	7,95
3) Repérage percutané de corps étrangers par marquage géométrique	8V92	7,20
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
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

#### Sous-section 10 - Tomographie, scanographie

a) Tomographie		
1) Tomographie du squelette en présence de matériel métallique	8A15	13,05
2) Tomographie des poumons et/ou du larynx	8A16	13,05
b) Tomodensitométrie (TDM), scanographie		
1) TDM de la tête (cou compris)	8A21	23,60
2) TDM du cou et/ou des organes thoraciques	8A31	29,25
3) TDM des organes abdominaux et/ou pelviens	8A32	29,25
4) TDM de la colonne cervicale	8A33	29,25
5) TDM de la colonne lombaire et/ou dorsale	8A34	29,25
6) TDM des membres	8A35	23,60
7) TDM du corps entier	8A36	35,45
8) TDM de l'arcade dentaire	8A37	13,05
9) Supplément pour TDM combinée à une arthrographie, discographie ou myélographie	8A41	14,60
10) Contrôle scanographique pour un acte diagnostique ou thérapeutique - CAT	8A45	8,85

#### 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
2) Traitement par les isotopes radioactifs en sources non scellées, deuxième application	8T12	27,95
3) Traitement par les isotopes radioactifs en sources non scellées, troisième application	8T13	18,75

#### 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
2) Location d'appareil et clichés	8E11X	5,55

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

#### 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
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

#### 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
2) Scintigraphie de la thyroïde	8N11	18,75
3) Scintigraphie de la thyroïde avec courbe de fixation, minimum 3 mesures	8N12	29,85
4) Scintigraphie pour la recherche de tumeurs neuro-endocrines ( apudomes )	8N15	37,50
5) Scintigraphie pulmonaire ( perfusion )	8N17	37,50
6) Scintigraphie pulmonaire ( ventilation )	8N18	37,50
7) Scintigraphie pulmonaire ( ventilation - perfusion )	8N19	48,50

##### REMARQUE :

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

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

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

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

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

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
2) Recanalisation pour obstruction d'un vaisseau du membre supérieur	8P32	220,00
3) Recanalisation pour obstruction de l'aorte	8P33	195,00
4) Recanalisation pour obstruction d'une artère viscérale	8P34	195,00
5) Recanalisation pour obstruction de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P35	220,00
6) Recanalisation pour obstruction d'une artère infrapoplitée	8P36	165,00
7) Recanalisation pour obstruction d'une veine profonde	8P39	165,00

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

Sous-section 5 - Thromboaspiration ou thrombolyse endovasculaire

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

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
2) Embolisation d'une artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P63	130,00
3) Embolisation d'une artère infrapoplitée	8P64	130,00
4) Embolisation d'un vaisseau cérébral ou médullaire	8P68	220,00
5) Embolisation d'une artère ou d'une veine viscérale	8P69	130,00

Sous-section 7 - Autres traitements endovasculaires

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

Sous-section 8 - Interventions percutanées sur les voies biliaires

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

Sous-section 9 - Autres interventions

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

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

Sous-section 2 - Chirurgie des arcades gingivo-dentaires

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

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

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



## Sous-section 4. - Chirurgie des glandes salivaires

1) Injection de produit de contraste pour sialographie	9S80	3,50
2) Extirpation de calculs salivaires par incision muqueuse simple	9S81	13,40
3) Extirpation de calculs salivaires par dissection du canal excréteur ou par voie externe	9S82	27,50
4) Chirurgie d'une fistule salivaire	9S83	33,65
5) Ablation de la glande sous-maxillaire	9S90	60,00
6) Parotidectomie partielle avec dissection du nerf facial	9S93	98,25
7) Parotidectomie totale avec dissection du nerf facial	9S94	124,40
8) Parotidectomie totale, sans conservation du nerf facial	9S95	98,25

## Section 2 - Chirurgie maxillo-faciale

1) Bandage d'urgence extrabuccal pour fracture des maxillaires, sans continuation du traitement	9F11	5,45
2) Fracture des maxillaires, premier appareillage de contention buccale	9F12	25,55
3) Traitement orthopédique d'une fracture maxillaire parcellaire	9F13	25,55
4) Traitement orthopédique d'une fracture complète simple d'un maxillaire ( sans appui)	9F14	77,55
5) Fracture complète du maxillaire inférieur, réduction et contention avec appui sur le maxillaire supérieur	9F15	119,15
6) Fracture transversale du maxillaire supérieur, contention par appareillage intra- et extra-buccal, appui péricrânien	9F16	131,15
7) Fracture complète des deux maxillaires, contention par appareillage intra- et extra-buccal, appui péricrânien, matériel non compris	9F17	131,15
8) Réduction sanglante simple d'une fracture d'un maxillaire, de l'os malaire et/ou du zygoma, matériel non compris	9F21	21,75
9) Ostéosynthèse d'une fracture d'un maxillaire, de l'os malaire et/ou du zygoma, matériel non compris	9F22	146,55
10) Ostéotomie pour fracture ancienne avec cal vicieux ou chirurgie (sans greffe) d'une pseudarthrose du maxillaire inférieur, matériel non compris	9F25	77,55
11) Traitement chirurgical de la pseudarthrose d'un maxillaire avec greffe osseuse, prélèvements des greffons compris	9F26	116,80
12) Ostéotomie unilatérale du maxillaire supérieur pour fracture ancienne avec cal vicieux	9F27	101,20
13) Traitement orthopédique de la luxation temporo-maxillaire uni- ou bilatérale	9F31	4,50
14) Réduction sanglante d'une luxation temporo-maxillaire, reposition ou résection du condyle, butée osseuse	9F32	146,55
15) Appareil de contention du maxillaire inférieur après réduction d'une luxation par méthode sanglante - CAT	9F33	170,05
16) Arthrotomie pour corps étranger ou lésion méniscale de l'articulation temporo-maxillaire	9F34	74,15
17) Ostéotomie pour ankylose ou arthroplastie temporo-maxillaire	9F35	183,05
18) Résection totale du maxillaire inférieur	9F41	104,10
19) Résection du corps du maxillaire inférieur	9F42	146,55
20) Résection totale d'un hémimaxillaire inférieur	9F43	183,00
21) Résection large ou totale du maxillaire supérieur	9F44	183,00
22) Traitement chirurgical de la prognathie ou latérogathie, matériel non compris	9F47	183,00
23) Appareil de réduction-contention du maxillaire inférieur après correction chirurgicale d'une prognathie ou latérogathie - CAT	9F48	170,05
24) Ablation d'une tumeur bénigne des maxillaires étendue à l'infrastructure	9F51	73,35
25) Ablation d'une tumeur bénigne des maxillaires avec vaste délabrement osseux	9F52	101,20
26) Evidement osseux d'un maxillaire nécessitant une greffe	9F53	116,80
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
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
29) Prélèvement osseux important ou trépanation d'un maxillaire pour examen histologique	9F61	21,35

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