JOURNAL OFFICIEL

DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

MÉMORIAL A

N° 1049 du 22 décembre 2020

Protocole d'accord signé en exécution de l'article 68 de la convention du 13 décembre 1993, telle qu'elle a été amendée, conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé, portant fixation de la valeur de la lettre-clé pour les exercices 2021 et 2022 pour les actes et services des médecins.

Vu les articles 61 à 70 du Code de la sécurité sociale,

Vu l'article 68 de la convention du 13 décembre 1993, telle qu'elle a été amendée,

Les parties soussignées, à savoir

L'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg, représentée par son président, le docteur Alain SCHMIT et le secrétaire général, le docteur Guillaume Steichen, déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale

d'une part et

la Caisse nationale de santé, prévue à l'article 45 du Code de la sécurité sociale, représentée par le président de son Conseil d'administration, Monsieur Christian OBERLE

d'autre part,

ont convenu ce qui suit :

Art. 1er

L'adaptation négociée de la valeur de la lettre-clé pour les exercices 2021 et 2022 conformément à l'article 67, alinéa 1, du Code de la sécurité sociale s'élève à 2,82 % à valoir sur la valeur de la lettre-clé de 0,51109 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948. La masse totale des coefficients est intégralement répartie en fonction d'une modification sélective de la nomenclature des actes et services des médecins.

Art. 2.

La masse des coefficients correspondant à la hausse de la valeur de la lettre-clé est intégralement répartie en fonction d'une modification sélective des coefficients sur les actes suivants de la nomenclature :

- Chapitre 1 – Consultations de la première partie de la nomenclature, à l'exception du forfait FC45.
- Sous-section 2 – Psychiatrie de la section 5 du Chapitre 1 de la deuxième partie de la nomenclature : 1N52, 1N61, 1N62, 1N63, 1N64, 1N65, 1N66
- Gériatrie et rééducation gériatrique : F29, F29.1, F30, F30.1, 1F11, 1F12, F42, F43, F44, F45

Art. 3.

Le facteur de neutralisation résultant de l'augmentation au 1er janvier 2021 des coefficients visés à l'article précédent s'élève à 0,97257.

Art. 4.

À partir du 1er janvier 2021 et jusqu'au 31 décembre 2022, la valeur de la lettre-clé appliquée est maintenue à 0,51109 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

Art. 5.

Les parties signataires du présent protocole s'engagent dans le cadre d'un groupe de travail à procéder à une analyse médicale et médico-économique portant sur les sujets suivants :

- Les locations d'appareil dans le cadre de la version coordonnée au 15/08/2020 de la nomenclature,

- La pratique des échographies obstétricales dans le suivi de grossesse normale dans le cadre du respect des recommandations nationales et internationales,
- La pratique des scanners et des IRM dans le cadre du respect des recommandations nationales et internationales,
- La prescription de certains examens biologiques notamment : dosages de PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate, de la vitamine D, de Vit B 12, des T3,T4 TSH, des folates érythrocytaires, des groupes sanguins et de sous-groupes sanguins et de tous les dosages dont la fréquence de prescription serait trop éloignée (de l'ordre de 20 %) des recommandations nationales du conseil scientifique du Grand-Duché du Luxembourg et internationales avec un niveau de preuve reconnue comme suffisant,
- L'assistance opératoire.

Pour identifier et mettre en place les ajustements nécessaires dans la nomenclature des actes et services des médecins afin de répondre aux objectifs qualitatifs d'une nomenclature moderne ainsi qu'à l'esprit des textes légaux, règlementaires et conventionnels, notamment le premier alinéa de l'article 23 du Code de la sécurité sociale portant sur l'utile et le nécessaire, le quatrième alinéa de l'article 65 du Code de la sécurité sociale portant sur l'utilisation d'un appareil et le premier alinéa de l'article 11 de la nomenclature portant sur l'assistance opératoire.

Art. 6.

Les parties signataires du présent protocole s'engagent en outre à affiner la méthodologie visée à l'article 69 de la convention CNS AMMD, afin qu'elle puisse rendre compte de façon plus précise des causes de l'évolution des actes et services médicaux.

Art. 7.

Le tarif des actes et services obtenu par application de l'article 66 du Code de la sécurité sociale est porté à l'annexe I du présent protocole d'accord.

Art. 8.

Le présent protocole d'accord ainsi que son annexe font partie intégrante de la convention signée entre parties en date du 13 décembre 1993, telle qu'elle a été amendée.

Fait à Luxembourg, le 25 novembre 2020 en deux exemplaires.

Pour l'Association des médecins et médecins-dentistes,		Pour la Caisse nationale de santé,
Le Président,	Le Secrétaire général,	Le Président,
Dr Alain Schmit	Dr Guillaume Steichen	Christian Oberlé

Caisse Nationale de Santé | Tél.: 2757-1 | Fax: 2757-2758 | B.P.1023 L-1010 Luxembourg | Bur.: 125, rte d'Esch, Luxembourg | cns@secu.lu | www.cns.lu

CNS
d'Gesondheetskeess

VERSION COORDONNEE AU 01.01.2021
DE LA NOMENCLATURE DES ACTES ET SERVICES DES

Médecins

et

TARIFS APPLICABLES

INFORMATION IMPORTANTE

Les tarifs correspondant à la valeur 834,76 de la cote d'application de l'échelle mobile des salaires sont imprimés en caractères gras dans la colonne intitulée "Tarif 1". Ces tarifs restent valables jusqu'à l'échéance d'une nouvelle cote d'application.

Les tarifs renseignés dans les colonnes "Tarif 2" et "Tarif 3" correspondent respectivement aux cotes d'application de valeur 855,62 et 877,01. La CNS communiquera par voie de presse les dates respectives à partir desquelles ces tarifs seront d'application.

La présente publication ne constitue qu'un instrument de consultation. Elle ne remplace pas les publications officielles au Mémorial qui sont les seules faisant foi.

SOMMAIRE

MEDECINS ... **3**

Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie ... **4**

Dispositions générales ... **4**

Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1 du présent règlement grand-ducal ... **16**

PREMIERE PARTIE : ACTES GENERAUX ... *16*
Chapitre 1 - Consultations ... 16
Section 1 - Consultations normales ... 16
Section 2 - Consultations majorées ... 16
Section 3 - Tarifs spéciaux ... 17
Section 4 - Consultations spéciales ... 17
Section 5 - Examen pré-anesthésique du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation ... 19
Chapitre 2 - Visites ... 19
Section 1 - Visites en milieu extra-hospitalier ... 19
Section 2 - Visites en milieu hospitalier ... 20
Chapitre 3 - Déplacements ... 20
Chapitre 4 - Traitement hospitalier ... 20
Section 1 - Traitement hospitalier stationnaire général ... 20
Section 2 - Traitement hospitalier stationnaire interne ... 20
Section 3 - Traitement hospitalier stationnaire post-opératoire ... 21
Section 4 - Traitement hospitalier stationnaire de longue durée ... 21
Section 5 - Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs spécifiques par les médecins spécialistes ... 22
Section 6 - Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs par le médecin anesthésiste-réanimateur ... 22
Section 7 - Traitement hospitalier stationnaire avec manoeuvres de réanimation complexes par le médecin anesthésiste-réanimateur ... 22
Section 8 - Traitement hospitalier stationnaire avec manoeuvres de réanimation complexes par équipe de spécialistes en pédiatrie ... 23
Section 9 - Traitement hospitalier stationnaire interne en unité ou en service de soins palliatifs ... 23
Section 10 - Traitement hospitalier en lit d'hospitalisation de jour ... 23
Section 11 - Traitement hospitalier en lit-porte ... 23
Section 12 - Traitement hospitalier stationnaire pour des patients atteints du COVID-19 ... 23
Chapitre 5 - Rapports ... 24
Section 1 - Rapports au médecin traitant ... 24
Section 2 - Rapports au contrôle médical de la sécurité sociale ... 24
Section 3 - Rapport à l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance 24
Chapitre 6 - Examens à visée préventive et de dépistage ... 24
Section 1 - Examens prénatals de la femme et examens des enfants jusqu'à l'âge de deux ans, tels que prévus par les articles 277 à 293 du chapitre III intitulé «Allocation de naissance» du livre IV intitulé «Prestations familiales» du Code de la sécurité sociale ... 24
Section 2 - Examens médicaux systématiques pour les enfants âgés de deux à quatre ans prévus par la loi du 15 mai 1984 ... 25
Section 3 - Examens médicaux dans le cadre d'un programme de médecine préventive élaboré par la Direction de la santé en collaboration avec la CNS ... 25
Chapitre 7 - Forfaits médicaux pour surveillance des cures thermales ... 26
Chapitre 8 - Forfaits médicaux pour suivi dans un centre de jour ... 26
Chapitre 9 - Médecin référent ... 26
Chapitre 10 - Consultations dans le cadre de réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie ... 27
DEUXIEME PARTIE : ACTES TECHNIQUES ... *27*
Chapitre 1 - Médecine générale - Spécialités non chirurgicales ... 27
Section 1 - Médecine Générale ... 27
Section 2 - Médecine Interne specialisée ... 29
Section 3 - Cardiologie ... 29

Section 4 - Pneumologie 31
Section 5 - Neurologie et Psychiatrie 33
Section 6 - Gastro-Entérologie 34
Section 7 - Rhumatologie - Rééducation, réadaptation et réhabilitation 36
Section 8 - Dermatologie 36
Section 9 - Gériatrie 36
Section 10 - Médecine génétique 37
Chapitre 2 - Chirurgie 38
Section 1 - Traitement des lésions traumatiques 38
Section 2 - Chirurgie générale 39
Section 3 - Chirurgie des os et des articulations 41
Section 4 - Chirurgie des membres 43
Section 5 - Chirurgie du thorax et du cou 45
Section 6 - Chirurgie de l'appareil digestif et de l'abdomen 46
Section 7 - Neurochirurgie, Chirurgie du rachis 54
Chapitre 3 - Oto-Rhino-Laryngologie 56
Section 1 - Oreilles 56
Section 2 - Nez et Sinus 57
Section 3 - Pharynx, Larynx, Trachée 57
Chapitre 4 - Ophtalmologie 58
Section 1 - Examens Ophtalmiques 58
Section 2 - Chirurgie des paupières et des voies lacrymales 59
Section 3 - Chirurgie de la conjonctive et de la cornée 59
Section 4 - Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique 59
Section 5 - Globe oculaire, segment postérieur 60
Section 6 - Orbite 60
Chapitre 5 - Urologie 60
Section 1 - Appareil urinaire 60
Section 2 - Appareil génital masculin 62
Chapitre 6 - Gynécologie 63
Section 1 - Obstétrique 63
Section 2 - Gynécologie, actes non liés à la gestation ou à l'accouchement 64
Section 3 - Exploration et traitement de la stérilité 65
Chapitre 7 - Anesthésie - Réanimation 65
Section 1 - Anesthésie générale 65
Section 2 - Actes techniques accompagnant l'anesthésie générale 65
Section 3 - Autres actes d'anesthésie-réanimation 65
Section 4 - Urgences extra-hospitalières 65
Section 5 - Anesthésie péridurale 66
Chapitre 8 - Imagerie médicale, radiologie interventionnelle, radiothérapie 66
Section 1 - Radiodiagnostic 66
Section 2 - Radiothérapie 69
Section 3 - Imagerie médicale utilisant les agents physiques sans radiations ionisantes 70
Section 4 - Diagnostic par les isotopes radioactifs (médecine nucléaire) 71
Section 5 - Radiologie interventionnelle
(Interventions percutanées sous contrôle d'imagerie médicale) 72
Section 6 - Autres examens utilisant les radiations ionisantes 74
Chapitre 9 - Oto-Rhino-Laryngologie - Stomatologie - Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire 74
Section 1 - Cavité buccale et glandes salivaires 74
Section 2 - Chirurgie maxillo-faciale 75

Modifications portées au règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°118 du 30.12.1998, p. 3142) 77

MEDECINS

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

Caractère personnel de l'acte

Art. 1er.- 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 de la sécurité sociale 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 la Caisse nationale de santé. 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 repris sous la section 2 - rapports au contrôle médical de la sécurité sociale - chapitre 5.- rapports, ainsi que 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 de la sécurité sociale.

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 de la sécurité sociale, ceci conformément aux articles 66 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Le tarif d'un acte est compté en euros à une décimale près. Les fractions de dixième d'euro sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq (5) cents. Les fractions de dixième d'euro sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq (5) cents.

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 2,00
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 compté en euros à une décimale près. Les fractions de dixième d'euro sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq (5) cents. Les fractions de dixième d'euro sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq (5) cents.

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. La visite comporte un déplacement du médecin soit au domicile ou lieu de séjour du patient, soit à l'hôpital, à l'exclusion de son propre cabinet médical.

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 et, en ce qui concerne les médecins spécialistes en rhumatologie, à la consultation majorée mise en compte pour un examen ostéodensitométrique (8D01). 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.

La visite majorée du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie doit avoir une durée sensiblement supérieure à celle de la visite normale et suffisante pour permettre un examen exhaustif. Elle ne peut être mise en compte que tous les six mois pour la même personne. 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 visite 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 résidante, 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.

Pour une consultation ou une visite prestée dans le cadre des soins palliatifs autorisés par le Contrôle Médical de la Sécurité Sociale, le médecin complète le code de la consultation ou de la visite par la lettre Z.

Indemnité horo-kilométrique

Art. 6.- L'indemnité horo-kilométrique ne peut être mise en compte que pour une visite en milieu extra-hospitalier et pour l'acte technique 1F11.

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 déplacement à l'intérieur de la localité dans laquelle le médecin a établi son cabinet, le trajet 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 de la sécurité sociale, 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 effectue le traitement de la personne protégée durant l'hospitalisation et en fait la déclaration à l'administration de l'hôpital conformément aux dispositions de la convention prévue à l'article 75 du Code de la sécurité sociale.

Si au cours d'une hospitalisation un autre médecin est appelé en consultation par le médecin traitant, cet autre médecin peut mettre en compte soit les tarifs prévus à la deuxième partie de l'annexe pour les actes prescrits par le médecin traitant soit les tarifs prévus au chapitre premier de la première partie de l'annexe, les tarifs prévus à la deuxième partie de l'annexe, en respectant les règles de cumul énoncées à l'article 10, ainsi que le rapport R1 prévu à la section 1 du chapitre 5 de la première partie de l'annexe, dans les conditions et limites prévues à l'article 18.

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 défini à l'alinéa 3 du présent article émet une ordonnance médicale établie conformément aux dispositions de l'article 64 sous 1) du Code de la sécurité sociale sur laquelle il indique le nom et le code du médecin appelé à effectuer le traitement parallèle, la date de début ainsi que la durée approximative du traitement parallèle. 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 et joint l'ordonnance médicale émise pour le traitement parallèle à son mémoire d'honoraires. Toutefois, l'ordonnance médicale 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. L'ordonnance médicale n'est pas requise pour le traitement parallèle par un médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles dans un service de rééducation en gériatrie.

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, oncologie, hématologie, immunologie, maladies contagieuses, néphrologie, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, pédiatrie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles, dermatologie, radiothérapie, gériatrie ainsi que par les médecins généralistes. Les forfaits F20, F201, F25, F251, F27 et F271 peuvent être mis en compte par un médecin, 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 qu'une fois par période d'hospitalisation. Ils ne peuvent être mis en compte que:

- par les médecins spécialistes en gériatrie, médecine interne, oncologie, néphrologie, immunologie, maladies contagieuses, cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, endocrinologie, hématologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, rhumatologie, pédiatrie et radiothérapie;
- 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, d'affections neuropsychiatriques aiguës (telles que états psychotiques aigus, états confusionnels aigus, risque aigu de suicide ou d'agression, coma ou stupeur, accès de paniques réitératifs) ou, avec l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale, pour toute autre affection grave.

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 chez des malades admis au service de réanimation (sauf pour les positions F69 et F691) et nécessitant la réanimation avec surveillance étroite en cas d'affection aiguë ou de traumatisme (sous-section 1) ou le traitement avec surveillance étroite après intervention sous anesthésie générale (sous-section 2) ou l'anesthésie continue d'un tronc ou plexus nerveux (sous-section 3) ou le traitement complexe de la douleur (sous-section 4). Le protocole d'hospitalisation est compris.

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 pour décompensation cardio-vasculaire, pulmonaire ou cérébrale, hémorragies, coma et atteintes analogues, aussi après intervention sous anesthésie générale. Si des manoeuvres complexes ne sont plus requises la mise en compte est à continuer par la position correspondante de la section 6. Le protocole d'hospitalisation est compris.

Les forfaits prévus à la section 9 du chapitre 4 de la 1ère partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, néphrologie, immunologie, maladies contagieuses, cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, endocrinologie, hématologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, pédiatrie, gériatrie, anesthésiologie et médecin généraliste.

Les forfaits prévus à la section 10 du chapitre 4 de la 1ère partie ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en gériatrie, médecine interne, oncologie, hématologie, immunologie, maladies contagieuses, néphrologie, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, neurologie, neuropsychiatrie, pédiatrie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles et en dermatologie. Le forfait F90 ne peut être mis en compte par un médecin que pour un malade transféré avec ordonnance de transfert ou pour un malade que ce médecin n'a pas examiné depuis au moins 6 mois.

Les forfaits prévus à la section 12 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que si le diagnostic du COVID-19 est établi. Pour les patients admis au départ avec une suspicion de COVID-19 non confirmée par la suite, les autres codes s'appliquent, suivant les règles de la nomenclature.

Les forfaits prévus à la sous-section 1 de la section 12 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que pour des patients hospitalisés dans les lits dédiés et autorisés selon le phasage mis en place par la Direction de la santé dans le cadre de la pandémie COVID-19, et selon les critères d'hospitalisation définis par le Conseil Scientifique.

Les forfaits prévus à la sous-section 2 de la section 12 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en anesthésiologie, et uniquement que pour des patients hospitalisés dans les lits de soins intensifs dédiés et autorisés selon le phasage mis en place par la Direction de la santé dans le cadre de la pandémie COVID-19, et selon les critères d'hospitalisation en soins intensifs définis par le Conseil Scientifique.

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 cent 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".

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 traitement opératoire d'un malade polytraumatisé au cours de la première hospitalisation. Ces actes sont soumis à l'accord du contrôle médical sur présentation des rapports opératoires relatifs. Par un malade polytraumatisé, il est entendu : un patient qui a subi plusieurs traumatismes (plaie(s), fracture(s), brûlure(s)…) dont au moins un met en danger les fonctions vitales.

Aucune prestation ne peut être cumulée avec une prestation dont elle fait partie intégrante. Par dérogation à ce qui précède, la cœlioscopie (6G31) peut être cumulée avec l'acte opératoire auquel elle se rapporte.

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, oncologie, immunologie, maladies contagieuses, cardiologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, endocrinologie, gastro-entérologie, pneumologie, pédiatrie, hématologie, néphrologie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles, dermatologie, radiothérapie, médecin généraliste et médecin spécialiste en gériatrie;
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 pré-anesthésique (section 5 du chapitre 1 de la première partie) et des actes techniques diagnostiques nécessaires pour un examen pré-anesthésique ainsi que 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 et section 9 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.
11) du forfait MR03 avec des actes généraux et techniques auxquels s'appliquent les dispositions prévues aux points 1 à 10 de l'alinéa 1 du présent article.
12) des consultations du médecin spécialiste en dermato-vénéréologie avec ceux des actes techniques 1D21 et 1D22;
13) des consultations du médecin spécialiste en rhumatologie avec ceux de l'acte technique 1M45;
14) pendant la durée de l'hospitalisation, des forfaits prévus à la section 12 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe et des actes techniques à plein tarif et sans limitation de leur nombre et ce pour les médecins spécialistes en anesthésiologie, médecine interne, oncologie médicale, néphrologie, maladies contagieuses, cardiologie, gastro-entérologie, gériatrie, pneumologie, hématologie générale et pédiatrie.

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 accompagnant une intervention, réalisés conformément au présent article, sont des actes techniques réservés au médecin spécialiste en anesthésie-réanimation et concernent

- l'anesthésie générale par inhalation ou injection,
- l'anesthésie régionale type rachianesthésie, anesthésie épidurale ou anesthésie par infiltration de racines, plexus ou troncs nerveux,
- la surveillance per-opératoire continue par monitoring pour la durée totale d'une intervention faite sous anesthésie locale et sous sédation pour risque spécifique par l'intervention faite ou pour risque par une affection générale pouvant décompenser.

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: les cathétérismes veineux central, artériel ou cardiaque, l'intubation (excepté 7A22), la surveillance, le monitoring, et la réanimation per-opératoire, la manipulation per-opératoire et la transfusion de sang, la réanimation et la surveillance post-anesthésique le jour de l'intervention, y compris celle en salle de réveil (non compris celle au lit du service de réanimation). Le protocole de l'anesthésie est compris.

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.

L'examen pré-anesthésique (section 5 du chapitre 1 de la première partie), l'anesthésie définie à l'article 12, le forfait de soins intensifs (section 6 et 7 du chapitre 4 de la première partie) et les urgences extra-hospitalières (section 4 du chapitre 7 de la deuxième partie) sont à considérer comme actes faits dans une séance différente pour l'application de l'article 9, alinéa 1 et de l'article 10, avant-dernier alinéa.

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 locale ne peut être mise en compte si simultanément une

anesthésie au sens de l'alinéa 1er de l'article 12, 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 que dans les limites et conditions suivantes :

1. L'ordonnance médicale, établie par le médecin traitant identifié par son code médecin, doit contenir au moins la demande expresse d'un avis.
2. Le médecin consulté ne poursuit pas 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 comprennent l'assistance à l'accouchement et l'anesthésie péridurale pour accouchement prévus à la sous-section 1 intitulée «Forfaits d'accouchement» de la section 1 intitulée «Obstétrique» du Chapitre 6 intitulé «Gynécologie» de la deuxième partie intitulée «Actes techniques» de l'annexe et à la section 5 intitulée «Anesthésie péridurale» du Chapitre 7 intitulé «Anesthésie-Réanimation» de la deuxième partie intitulée «Actes techniques» de l'annexe. L'assistance à l'accouchement exige une 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. 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 «F12 ou F121» (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 foetus, 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 («F31 ou F311» et suivants).

Dispositions relatives au dispositif du médecin référent

Art. 20.- En application de l'article 19bis, alinéa 1er, point 5) du Code de la sécurité sociale, seules les pathologies chroniques graves qualifiées d'affections de longue durée suivantes peuvent donner lieu à la mise en compte de la position MR03:

1	Accident vasculaire cérébral invalidant
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
4	Bilharziose compliquée
5	Insuffisance cardiaque, trouble du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
7	Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2
9	Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave
10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
12	Hypertension artérielle sévère
13	Maladie coronaire
14	Insuffisance respiratoire chronique grave
15	Maladie d'Alzheimer et autres démences
16	Maladie de Parkinson
17	Maladies métaboliques héréditaires
18	Mucoviscidose
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique
20	Paraplégie
21	PAN, LEAD, sclérodermie généralisée
22	Polyarthrite rhumatoïde
23	Affections psychiatriques de longue durée
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
25	Sclérose en plaques
26	Scoliose structurale évolutive
27	Spondylarthrite ankylosante grave
28	Suites de transplantation d'organe
29	Tuberculose active
30	Tumeur maligne
31	Affections dites "hors liste"
32	Polypathologies

Ne sont considérées au titre de l'affection de longue durée 31 «Affections dites hors liste» que les maladies graves de forme évolutive ou invalidante comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois.

Ne sont considérées au titre de l'affection de longue durée 32 «Polypathologies» que les pathologies caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois.

Dispositions transitoires

Art. 21.- Les dispositions du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie relatives au dispositif du médecin référent et concernant la mise en compte des actes MR01 et MR02 applicables au 30 juin 2015, restent applicables jusqu'au 30 juin 2016 pour les relations médecin référent qui ont pris effet avant le 30 juin 2015, sous réserve de ce qui suit:

Les actes MR02 et MR03 ne peuvent pas être mis en compte pour couvrir une même période.

Pour les personnes protégées déclarées avant le 30 juin 2015 en tant que MR01 suivant les dispositions applicables jusqu'à cette date, le médecin référent peut mettre en compte le forfait correspondant pour la période entamée avant le 30 juin 2015.

Pour les personnes protégées déclarées avant le 30 juin 2015 en tant que MR02 suivant les dispositions applicables jusqu'à cette date et qui répondent aux conditions définies à l'article 20 du présent règlement grand-ducal, le médecin référent peut mettre en compte le forfait MR02 pour la période entamée avant le 30 juin 2015.

Pour les personnes protégées déclarées avant le 30 juin 2015 en tant que MR02 suivant les dispositions applicables jusqu'à cette date et qui répondent aux conditions définies à l'article 20 du présent règlement grand-ducal sans que toutefois une pathologie chronique grave ait été déclarée au 30 juin 2015, le médecin référent peut mettre en compte le forfait MR02 pour la période entamée avant le 30 juin 2015 ainsi que, le cas échéant, une autre période de six mois complète.

Pour les personnes protégées déclarées avant le 30 juin 2015 en tant que MR02 suivant les dispositions applicables jusqu'à cette date, mais qui ne répondent pas aux conditions définies à l'article 20 du présent règlement grand-ducal, le médecin référent peut mettre en compte le forfait correspondant pour la période entamée avant le 30 juin 2015.

Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1 du présent règlement grand-ducal	Tarifs

	Valeur lettre-clé à indice 100: 0,51109				
NOMENCLATURE DES ACTES ET SERVICES DES MEDECINS	**Cote d'application:**		**834,76**	**855,62**	**877,01**
	Valeur lettre-clé:		**4,2664**	**4,3730**	**4,4823**
	Valable à partir du:		**01.01.2020**		
	Code	**Coeff.**	**Tarif 1**	**Tarif 2**	**Tarif 3**
PREMIERE PARTIE : ACTES GENERAUX					
Chapitre 1 - Consultations					
Section 1 - Consultations normales					
1) Consultation du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie	C1	11,95	51,00	52,30	53,60
2) Consultation du médecin spécialiste en - médecine interne - oncologie - hématologie - immunologie - maladies contagieuses - néphrologie	C2	10,97	46,80	48,00	49,20
3) Consultation du médecin spécialiste en cardiologie et angiologie	C3	9,97	42,50	43,60	44,70
4) Consultation du médecin spécialiste en gastro-entérologie	C4	8,66	36,90	37,90	38,80
5) Consultation du médecin spécialiste en pneumologie	C5	8,89	37,90	38,90	39,80
6) Consultation du médecin spécialiste en pédiatrie pour un enfant jusqu'à l'âge de 18 ans	C6	13,09	55,80	57,20	58,70
7) Consultation du médecin spécialiste en pédiatrie	C7	8,90	38,00	38,90	39,90
8) Consultation du médecin spécialiste en dermato-vénéréologie	C8	12,24	52,20	53,50	54,90
9) Consultation du médecin spécialiste en psychiatrie ou en psychiatrie infantile	C9	12,24	52,20	53,50	54,90
10) Consultation du médecin spécialiste en neurologie et en neuropsychiatrie	C10	13,32	56,80	58,20	59,70
11) Consultation du médecin spécialiste en rhumatologie	C11	12,58	53,70	55,00	56,40
12) Consultation du médecin spécialiste en rééducation et en réadaptation fonctionnelles	C12	9,13	39,00	39,90	40,90
13) Consultation du médecin spécialiste en - chirurgie générale - orthopédie - chirurgie plastique - chirurgie thoracique - chirurgie vasculaire - neurochirurgie - chirurgie gastro-entérologique - chirurgie maxillo-faciale	C13	8,66	36,90	37,90	38,80
14) Consultation du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique	C14	8,66	36,90	37,90	38,80
15) Consultation du médecin spécialiste en urologie	C15	8,66	36,90	37,90	38,80
16) Consultation du médecin spécialiste en ophtalmologie	C16	11,52	49,10	50,40	51,60
17) Consultation du médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie	C17	8,66	36,90	37,90	38,80
18) Consultation du médecin spécialiste en stomatologie	C18	8,66	36,90	37,90	38,80
19) Consultation du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation (non en rapport avec un examen pré-anesthésique)	C19	7,13	30,40	31,20	32,00
20) Consultation du médecin spécialiste en radiodiagnostic, en radiothérapie, en médecine nucléaire	C20	8,66	36,90	37,90	38,80
21) Consultation du chirurgien rattaché au service national de chirurgie infantile pour un enfant de moins de 18 ans	C21	11,65	49,70	50,90	52,20
23) Consultation du médecin spécialiste en endocrinologie	C23	13,32	56,80	58,20	59,70
24) Consultation du médecin spécialiste en chirurgie pédiatrique	C24	11,65	49,70	50,90	52,20
29) Consultation faite au Luxembourg par un professeur d'université ne résidant pas au Luxembourg	C29	8,66	36,90	37,90	38,80
30) Consultation du médecin spécialiste en médecine génétique	C75	13,32	56,80	58,20	59,70
Section 2 - Consultations majorées					
1) Consultation majorée du médecin spécialiste en - médecine interne - oncologie - endocrinologie - hématologie - immunologie - maladies contagieuses - néphrologie	C30	16,59	70,80	72,50	74,40
2) Consultation majorée du médecin spécialiste en gastro-entérologie	C31	15,18	64,80	66,40	68,00
3) Consultation majorée du médecin spécialiste en neurologie ou neuropsychiatrie	C32	16,31	69,60	71,30	73,10

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
4) Consultation majorée du médecin spécialiste en psychiatrie	C33	15,18	64,80	66,40	68,00
5) Consultation majorée du médecin spécialiste en rhumatologie	C34	17,06	72,80	74,60	76,50
6) Consultation majorée du médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles	C35	15,18	64,80	66,40	68,00
7) Consultation majorée du médecin spécialiste en neurochirurgie	C36	15,18	64,80	66,40	68,00
8) Consultation majorée faite au Luxembourg par un professeur d'université ne résidant pas au Luxembourg	C37	22,78	97,20	99,60	102,10
9) Consultation majorée du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie	C38	17,83	76,10	78,00	79,90
10) Consultation majorée du médecin spécialiste en radiothérapie	C39	16,59	70,80	72,50	74,40
11) Consultation majorée du médecin spécialiste en dermatologie	C40	16,59	70,80	72,50	74,40
12) Consultation majorée du médecin spécialiste en médecine génétique	C76	16,59	70,80	72,50	74,40
13) Consultation majorée du médecin agréé collaborant dans le réseau de compétences « douleur chronique »	C77	30,28	129,20	132,40	135,70
Section 3 - Tarifs spéciaux					
1) Renouvellement d'ordonnance	C41	3,82	16,30	16,70	17,10
2) Injections et pansements en série, par séance (non applicable pour médicaments non à charge , sauf vaccin)	C42	3,82	16,30	16,70	17,10
3) Téléconsultation dans le cadre de l'épidémie COVID-19 selon les recommandations de la Direction de la santé, y compris, le cas échéant, l'établissement des prescriptions médicales ou de déclarations d'incapacité de travail	C45	11,95	51,00	52,30	53,60
4) Forfait horaire en cas de consultation et de traitement dans le cadre de l'épidémie COVID-19 selon les recommandations de la Direction de la santé, y compris, le cas échéant, la téléconsultation et l'établissement des prescriptions médicales	FC45	55,40	236,40	242,30	248,30
REMARQUES: 1) L'acte FC45 est limité : • à une prise en charge COVID-19 dans une filière hospitalière dédiée à la prise en charge des patients COVID-19. Dans ce cadre, les médecins de la filière restent libres de mettre en compte soit l'acte FC45, soit les actes spécifiques à la prise en charge des patients COVID-19. Néanmoins, l'utilisation de l'acte FC45 s'applique à l'ensemble de la filière et des médecins, pour tous les patients pris en charge au sein de la filière. De ce fait, l'utilisation de l'acte FC45 sur une journée n'est pas cumulable avec la facturation d'autres actes ou forfaits de la nomenclature des actes des médecins sur la même date et pour les mêmes patients. 2) L'acte C45 peut être mis en compte dans le contexte de l'ordonnance de la Direction de la santé du 4 mai 2020 concernant les activités exercées en cabinet libéral. Le recours à la téléconsultation ne peut se faire que pour des patients habituellement suivis par le médecin, c'est à dire dont la prise en charge ou le traitement a déjà été initié préalablement en présentiel avec le patient. Le recours à la téléconsultation se fait préférentiellement par l'utilisation de l'outil de l'agence e-Santé avec visiophonie. La présence physique au Luxembourg du médecin reste requise.					
Section 4 - Consultations spéciales					
Sous-section 1 - Tous les médecins à l'exception des médecins-spécialistes en pédiatrie					
1) Consultation urgente	C51	12,71	54,20	55,60	57,00
2) Consultation du soir demandée et faite entre 19h et 22h	C52	13,84	59,00	60,50	62,00
3) Consultation de dimanche et de jour férié légal	C53	13,84	59,00	60,50	62,00
4) Consultation de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	C54	20,49	87,40	89,60	91,80
Sous-section 2 - Médecins-spécialistes en pédiatrie					
1) Consultation urgente du pédiatre	C55	14,55	62,10	63,60	65,20
2) Consultation du soir demandée et faite entre 19h et 22h du pédiatre	C56	17,66	75,30	77,20	79,20
3) Consultation de dimanche et de jour férié légal du pédiatre	C57	17,66	75,30	77,20	79,20
4) Consultation de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures du pédiatre	C58	24,26	103,50	106,10	108,70
Sous-section 3 - Consultation dans le cadre du service national d'urgence pédiatrique					
1) Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	C590	14,55	62,10	63,60	65,20
2) Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	C591	26,50	113,10	115,90	118,80
3) Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), le dimanche ou un jour férié légal	C592	26,50	113,10	115,90	118,80
4) Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h	C593	36,39	155,30	159,10	163,10

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
et 7h					
5) Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	C594	25,48	108,70	111,40	114,20
6) Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	C595	46,38	197,90	202,80	207,90
7) Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), le dimanche ou un jour férié légal	C596	46,38	197,90	202,80	207,90
8) Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	C597	63,70	271,80	278,60	285,50
REMARQUE: Les positions C590 à C597 ne sont pas utilisables pour les consultations faites au sein d'une Maison Médicale Pédiatrique.					
Sous-section 4 - Consultation dans le cadre du service d'urgence d'un hôpital de garde					
1) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	C600	12,71	54,20	55,60	57,00
2) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	C601	13,84	59,00	60,50	62,00
3) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), le dimanche ou un jour férié légal	C602	13,84	59,00	60,50	62,00
4) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	C603	20,49	87,40	89,60	91,80
5) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	C604	25,42	108,50	111,20	113,90
6) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	C605	27,69	118,10	121,10	124,10
7) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), le dimanche ou un jour férié légal	C606	27,69	118,10	121,10	124,10
8) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	C607	40,99	174,90	179,20	183,70
Sous-section 5 - Consultations dans un centre de consultations dédié à la prise en charge des patients atteints du COVID-19					
1) Consultation du médecin généraliste ou du médecin spécialiste, dans un centre de consultations dédié à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, faite entre 7h et 19h	C801	11,95	51,00	52,30	53,60
2) Consultation du médecin généraliste ou du médecin spécialiste, dans un centre de consultations dédié à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, faite entre 19h et 22h	C802	13,84	59,00	60,50	62,00
3) Consultation du médecin généraliste ou du médecin spécialiste, dans un centre de consultations dédié à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, faite le dimanche ou un jour férié légal	C803	13,84	59,00	60,50	62,00
Sous-section 6 - Consultation dans le cadre du service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19					
1) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	C811	12,71	54,20	55,60	57,00
2) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	C812	13,84	59,00	60,50	62,00
3) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite le dimanche ou un jour férié légal	C813	13,84	59,00	60,50	62,00
4) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	C814	20,49	87,40	89,60	91,80
5) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise	C815	25,42	108,50	111,20	113,90

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h					
6) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	C816	27,69	118,10	121,10	124,10
7) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite le dimanche ou un jour férié légal	C817	27,69	118,10	121,10	124,10
8) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	C818	40,99	174,90	179,20	183,70
Sous-section 7 - Consultation dans le cadre du service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19					
1) Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	C821	14,55	62,10	63,60	65,20
2) Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	C822	26,50	113,10	115,90	118,80
3) Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite le dimanche ou un jour férié légal	C823	26,50	113,10	115,90	118,80
4) Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	C824	36,39	155,30	159,10	163,10
5) Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	C825	25,48	108,70	111,40	114,20
6) Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	C826	46,38	197,90	202,80	207,90
7) Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite le dimanche ou un jour férié légal	C827	46,38	197,90	202,80	207,90
8) Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	C828	63,70	271,80	278,60	285,50
Section 5 - Examen pré-anesthésique du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation					
1) Examen pré-anesthésique à l'hôpital avant l'intervention	C61	7,04	30,00	30,80	31,60
2) Examen pré-anesthésique à l'hôpital devant être fait le soir entre 20 et 22 heures	C62	12,39	52,90	54,20	55,50
3) Examen pré-anesthésique à l'hôpital devant être fait le dimanche ou un jour férié légal	C63	12,39	52,90	54,20	55,50
4) Examen pré-anesthésique à l'hôpital devant être fait la nuit entre 22 et 7 heures	C64	18,35	78,30	80,20	82,30
5) Examen pré-anesthésique pour intervention programmée	C71	7,04	30,00	30,80	31,60
6) Ré-examen pré-anesthésique moins de 24 heures avant une anesthésie générale, suite à un premier examen pré-anesthésique pour intervention programmée	C74	7,04	30,00	30,80	31,60
REMARQUES: Pour l'ensemble des examens en vue d'une anesthésie générale (au sens de l'article 12) une seule des positions C61 à C71 peut être mise en compte par l'anesthésiste-réanimateur. Le ré-examen C74 peut être mis en compte en plus si cet examen est fait en dehors du bloc opératoire. Le protocole de ces examens est compris. Les positions (majorées) C62 à C64 ne peuvent être mises en compte que pour des interventions non programmées. Pour des interventions ultérieures au cours de la même hospitalisation ou pendant une période de 3 semaines, seule la position C74 peut être mise en compte une nouvelle fois. L'examen pré-anesthésique ne peut être mis en compte en cas d'hospitalisation en réanimation par l'anesthésiste avant l'intervention nécessitant une anesthésie.					
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 et du médecin spécialiste en gériatrie	V1	15,01	64,00	65,60	67,30
2) Visite du médecin spécialiste	V2	12,86	54,90	56,20	57,60
3) Visite urgente	V3	16,35	69,80	71,50	73,30

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
4) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures	V4	19,29	82,30	84,40	86,50
5) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures	V5	16,35	69,80	71,50	73,30
6) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	V6	19,29	82,30	84,40	86,50
7) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	V7	26,10	111,40	114,10	117,00
8) Visite majorée du médecin généraliste ou du médecin spécialiste en gériatrie	V8	17,98	76,70	78,60	80,60
Sous-section 2 - Médecins-spécialistes en pédiatrie					
1) Visite du pédiatre pour un enfant jusqu'à l'âge de 14 ans accomplis	V10	15,01	64,00	65,60	67,30
2) Visite du pédiatre	V11	12,86	54,90	56,20	57,60
5) Visite urgente	V12	18,98	81,00	83,00	85,10
6) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures	V13	21,92	93,50	95,90	98,30
7) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures	V14	18,98	81,00	83,00	85,10
8) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	V15	21,92	93,50	95,90	98,30
9) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	V16	28,57	121,90	124,90	128,10
Sous-section 3 - Médecins généralistes et médecins spécialistes en gériatrie en cas de visite auprès d'un patient relevant de l'assurance dépendance ou déclaré «soins palliatifs» ou en cas de certificat de décès					
1) Visite du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie	V101	19,29	82,30	84,40	86,50
2) Visite urgente	V301	19,29	82,30	84,40	86,50
3) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures	V401	19,29	82,30	84,40	86,50
4) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures	V501	19,29	82,30	84,40	86,50
5) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	V601	19,29	82,30	84,40	86,50
6) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	V701	26,10	111,40	114,10	117,00
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 et du médecin spécialiste en gériatrie	V20	14,15	60,40	61,90	63,40
2) Visite du médecin spécialiste	V21	14,15	60,40	61,90	63,40
3) Visite urgente	V22	17,99	76,80	78,70	80,60
4) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures	V23	21,22	90,50	92,80	95,10
5) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures	V24	17,99	76,80	78,70	80,60
6) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	V25	21,22	90,50	92,80	95,10
7) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	V26	28,70	122,40	125,50	128,60
Sous-section 2 - Médecins-spécialistes en pédiatrie					
1) Visite du pédiatre pour un enfant jusqu'à l'âge de 14 ans accomplis	V30	16,51	70,40	72,20	74,00
2) Visite du pédiatre	V31	14,15	60,40	61,90	63,40
3) Visite urgente	V32	20,87	89,00	91,30	93,50
4) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures	V33	24,12	102,90	105,50	108,10
5) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures	V34	20,87	89,00	91,30	93,50
6) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	V35	24,12	102,90	105,50	108,10
7) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	V36	31,43	134,10	137,40	140,90
Chapitre 3 - Déplacements					
1) Indemnité horo-kilométrique par kilomètre	K1	0,72	3,10	3,10	3,20
2) Indemnité horo-kilométrique, par kilomètre, pour le service de garde en médecine générale réglementé par convention entre l'Etat et l'Association des Médecins et Médecins-dentistes	K2	1,03	4,40	4,50	4,60
Chapitre 4 - Traitement hospitalier					
Section 1 - Traitement hospitalier stationnaire général					
1) 1er jour d'hospitalisation	F11	4,04	17,20	17,70	18,10
2) 1er jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal	F111	7,07	30,20	30,90	31,70
3) 2e au 14e jour d'hospitalisation, par jour	F12	4,04	17,20	17,70	18,10
4) 2e au 14e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal	F121	7,07	30,20	30,90	31,70
5) 15e au 42e jour d'hospitalisation, par jour	F13	2,05	8,70	9,00	9,20
6) A partir du 43e jour d'hospitalisation, par jour	F14	1,00	4,30	4,40	4,50
Section 2 - Traitement hospitalier stationnaire interne					
1) 1er jour d'hospitalisation en cas de malade transféré à un médecin spécialiste	F20	24,10	102,80	105,40	108,00
2) 1er jour d'hospitalisation en cas de malade transféré à un médecin spécialiste, le dimanche ou un jour férié légal	F201	42,18	180,00	184,50	189,10
3) 1er jour d'hospitalisation (malade non transféré)	F21	8,57	36,60	37,50	38,40

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
4) 1er jour d'hospitalisation (malade non transféré), le dimanche ou un jour férié légal	F211	14,99	64,00	65,60	67,20
5) 2e au 14e jour d'hospitalisation, par jour	F22	6,49	27,70	28,40	29,10
6) 2e au 14e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal	F221	11,37	48,50	49,70	51,00
7) 15e au 42e jour d'hospitalisation, par jour	F23	3,37	14,40	14,70	15,10
8) A partir du 43e jour d'hospitalisation, par jour	F24	1,00	4,30	4,40	4,50
9) 1er jour d'hospitalisation d'un malade transféré à un médecin spécialiste en médecine interne ou en oncologie	F25	30,16	128,70	131,90	135,20
10) 1er jour d'hospitalisation d'un malade transféré à un médecin spécialiste en médecine interne ou en oncologie, le dimanche ou un jour férié légal	F251	52,78	225,20	230,80	236,60
11) 1er jour d'hospitalisation par un médecin spécialiste en médecine interne ou en oncologie (malade non transféré)	F26	15,08	64,30	65,90	67,60
12) 1er jour d'hospitalisation par un médecin spécialiste en médecine interne ou en oncologie (malade non transféré), le dimanche ou un jour férié légal	F261	26,39	112,60	115,40	118,30
13) 1er jour d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans transféré à un médecin spécialiste en pédiatrie	F27	24,10	102,80	105,40	108,00
14) 1er jour d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans transféré à un médecin spécialiste en pédiatrie, le dimanche ou un jour férié légal	F271	42,18	180,00	184,50	189,10
15) 1er jour d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans par un médecin spécialiste en pédiatrie (malade non transféré)	F28	8,57	36,60	37,50	38,40
16) 1er jour d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans par un médecin spécialiste en pédiatrie (malade non transféré), le dimanche ou un jour férié légal	F281	14,99	64,00	65,60	67,20
17) 1er jour d'hospitalisation dans le service de pédiatrie du CHL d'un enfant de moins de 14 ans transféré à un médecin spécialiste en pédiatrie	F282	48,20	205,60	210,80	216,00
18) 1er jour d'hospitalisation dans le service de pédiatrie du CHL d'un enfant de moins de 14 ans transféré à un médecin spécialiste en pédiatrie, le dimanche ou un jour férié légal	F283	84,34	359,80	368,80	378,00
19) 1er jour d'hospitalisation dans le service de pédiatrie du CHL d'un enfant de moins de 14 ans par un médecin spécialiste en pédiatrie (malade non transféré)	F284	17,13	73,10	74,90	76,80
20) 1er jour d'hospitalisation dans le service de pédiatrie du CHL d'un enfant de moins de 14 ans par un médecin spécialiste en pédiatrie (malade non transféré), le dimanche ou un jour férié légal	F285	29,97	127,90	131,10	134,30
21) 2ième au 7ième jour d'hospitalisation dans un service de gériatrie aiguë, par jour	F29	16,43	70,10	71,80	73,60
22) 2ième au 7ième jour d'hospitalisation dans un service de gériatrie aiguë, le dimanche ou un jour férié légal	F291	28,75	122,70	125,70	128,90
23) 8ième au 14ième jour d'hospitalisation dans un service de gériatrie aiguë, par jour	F30	10,83	46,20	47,40	48,50
24) 8ième au 14ième jour d'hospitalisation dans un service de gériatrie aiguë, le dimanche ou un jour férié légal	F301	18,96	80,90	82,90	85,00
REMARQUE: 1) Les forfaits F29, F291, F30 et F301 sont réservés au médecin spécialiste en gériatrie. Ces forfaits comprennent les actes techniques de la deuxième partie de l'annexe et ne peuvent pas être remplacés par ceux-ci.					
Section 3 - Traitement hospitalier stationnaire post-opératoire					
1) 1er au 7e jour d'hospitalisation, par jour	F31	3,44	14,70	15,00	15,40
2) 1er au 7e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal	F311	6,03	25,70	26,40	27,00
3) 8e au 14e jour d'hospitalisation, par jour	F32	1,71	7,30	7,50	7,70
4) 8e au 14e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal	F321	3,00	12,80	13,10	13,40
5) 15e au 42e jour d'hospitalisation, par jour	F33	1,11	4,70	4,90	5,00
6) A partir du 43e jour d'hospitalisation, par jour	F34	1,00	4,30	4,40	4,50
Section 4 - Traitement hospitalier stationnaire de longue durée					
1) Traitement en cas d'hébergement reconnu, par jour	F40	0,99	4,20	4,30	4,40
2) Traitement stationnaire dans un service de rééducation gériatrique, par jour d'hospitalisation	F42	10,89	46,50	47,60	48,80
3) Traitement stationnaire dans un établissement spécialisé de rééducation fonctionnelle et réadaptation, par jour d'hospitalisation	F43	10,89	46,50	47,60	48,80
4) Traitement stationnaire dans un établissement spécialisé de réhabilitation psychiatrique, par jour d'hospitalisation en soins normaux	F48	10,89	46,50	47,60	48,80
5) Traitement stationnaire dans un établissement spécialisé de réhabilitation psychiatrique, par jour d'hospitalisation en unité fermée	F49	13,51	57,60	59,10	60,60
6) Traitement stationnaire dans le service national de réhabilitation physique, par jour d'hospitalisation	F44	10,89	46,50	47,60	48,80
7) Traitement stationnaire dans le service national de réhabilitation post-oncologique, par jour d'hospitalisation	F45	10,89	46,50	47,60	48,80
REMARQUES: 1) La position F42 est réservée au médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles attaché à un service de rééducation gériatrique et au médecin spécialiste en gériatrie. 2) La position F43 est réservée au médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles attaché au centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation.					

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
3) Les positions F48 et F49 sont réservées au médecin spécialiste en psychiatrie attaché au Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique. Ces forfaits comprennent les actes techniques prévus à la sous-section 2 - Psychiatrie de la section 5 du chapitre 1 de la deuxième partie de l'annexe et ne peuvent être remplacés par ceux-ci.					
4) Les positions F44 et F45 sont réservées aux médecins attachés au service national de réhabilitation physique, respectivement au service national de réhabilitation post-oncologique. Les positions F44 et F45 ne permettent pas la facturation simultanée d'un traitement parallèle.					
Section 5 - Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs spécifiques par les médecins spécialistes					
1) 1er et 2e jour de soins intensifs, par jour	F51	47,52	202,70	207,80	213,00
2) 1er et 2e jour de soins intensifs, le dimanche ou un jour férié légal	F511	71,27	304,10	311,70	319,50
3) 3e au 6e jour de soins intensifs, par jour	F52	24,10	102,80	105,40	108,00
4) 3e au 6e jour de soins intensifs, le dimanche ou un jour férié légal	F521	36,15	154,20	158,10	162,00
REMARQUE: A la fin du traitement avec soins intensifs ou à partir du 7e jour, voir section 2, point 5 ou 6.					
Section 6 - Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs par le médecin anesthésiste-réanimateur					
Sous-section 1 - Soins intensifs non en rapport avec une intervention sous anesthésie générale					
1) 1er et 2e jour de soins intensifs, par jour	F61	51,41	219,30	224,80	230,40
2) 1er et 2e jour de soins intensifs, le dimanche ou un jour férié légal	F611	77,12	329,00	337,20	345,70
3) A partir du 3e jour de soins intensifs, par jour	F62	20,04	85,50	87,60	89,80
4) A partir du 3e jour de soins intensifs, le dimanche ou un jour férié légal	F621	30,06	128,20	131,50	134,70
Sous-section 2 - Soins intensifs post-opératoires (moins de 96 heures après une intervention sous anesthésie générale)					
1) 1er et 2e jour de soins intensifs post-opératoires, par jour	F65	30,82	131,50	134,80	138,10
2) 1er et 2e jour de soins intensifs post-opératoires, le dimanche ou un jour férié légal	F651	46,23	197,20	202,20	207,20
3) A partir du 3e jour de soins intensifs post-opératoires, par jour	F66	30,82	131,50	134,80	138,10
4) A partir du 3e jour de soins intensifs post-opératoires, le dimanche ou un jour férié légal	F661	46,23	197,20	202,20	207,20
Sous-section 3 - Soins intensifs par anesthésie péridurale continue ou par anesthésie continue d'un tronc ou plexus nerveux (mise en place comprise), non en rapport avec une intervention sous anesthésie au sens de l'article 12, alinéa 1					
1) Traitement par anesthésie continue, par jour	F68	20,04	85,50	87,60	89,80
2) Traitement par anesthésie continue, le dimanche ou un jour férié légal	F681	30,06	128,20	131,50	134,70
Sous-section 4 - Traitement de la douleur aiguë post-opératoire d'un malade non hospitalisé au service de réanimation, par PCA avec pompe à morphine ou anesthésie continue d'un tronc ou plexus nerveux (mise en place comprise)					
1) Traitement de la douleur aiguë post-opératoire, par jour	F69	20,04	85,50	87,60	89,80
2) Traitement de la douleur aiguë post-opératoire, le dimanche ou un jour férié légal	F691	30,06	128,20	131,50	134,70
REMARQUE: Les positions F69 et F691 ne peuvent être mises en compte que pour les actes opératoires suivants : - 2F13, 2F14, 2F46, 2F47 ; - 2K52, 2K65 ; - 2E41, 2E62, 2E94, 2E95, et 2J01 à 2J45 ; - 2T21 à 2T23, 2T42, 2T51 à 2T53, 2T61, 2T73, 2T74, 2T81, 2T82 ; - 2W44 à 2W49, 2X18 à 2X69, 2Y07, 2Y08, 2Y83 à 2Y90, 2Z07 à 2Z21, 2Z24 à 2Z29, 2Z64 et 2Z65 ; - 2N32, 2V35, 2V65, 2V73, 2V75, 2V82 à 2V85, 2V92, 2V94 à 2V96 ; - 3L72 à 3L77, 3L91 ; - 5A22, 5R53 à 5R57, 5R91, 5V23 à 5V25 ; - 6G83, 6G94.					
Section 7 - Traitement hospitalier stationnaire avec manoeuvres de réanimation complexes par le médecin anesthésiste-réanimateur					
Sous-section 1 - Réanimation non en rapport avec une intervention sous anesthésie générale					
1) 1er et 2e jour de réanimation, par jour	F71	117,11	499,60	512,10	524,90

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
2) 1er et 2e jour de réanimation, le dimanche ou un jour férié légal	F711	175,66	749,40	768,20	787,40
3) 3e et 4e jour de réanimation, par jour	F72	58,55	249,80	256,00	262,40
4) 3e et 4e jour de réanimation, le dimanche ou un jour férié légal	F721	87,84	374,80	384,10	393,70
5) A partir du 5e jour de réanimation, par jour	F73	35,07	149,60	153,40	157,20
6) A partir du 5e jour de réanimation, le dimanche ou un jour férié légal	F731	52,62	224,50	230,10	235,90
Sous-section 2 - Réanimation complexe post-opératoire (moins de 96 heures après une intervention sous anesthésie générale)					
1) 1er et 2e jour de réanimation post-opératoire, par jour	F75	59,27	252,90	259,20	265,70
2) 1er et 2e jour de réanimation post-opératoire, le dimanche ou un jour férié légal	F751	88,90	379,30	388,80	398,50
3) 3e et 4e jour de réanimation post-opératoire, par jour	F76	59,27	252,90	259,20	265,70
4) 3e et 4e jour de réanimation post-opératoire, le dimanche ou un jour férié légal	F761	88,90	379,30	388,80	398,50
5) A partir du 5e jour de réanimation post-opératoire, par jour	F77	59,27	252,90	259,20	265,70
6) A partir du 5e jour de réanimation post-opératoire, le dimanche ou un jour férié légal	F771	88,90	379,30	388,80	398,50
Section 8 - Traitement hospitalier stationnaire avec manoeuvres de réanimation complexes par équipe de spécialistes en pédiatrie					
1) Forfait par jour	F80	59,84	255,30	261,70	268,20
2) Forfait le dimanche ou un jour férié légal	F801	89,76	383,00	392,50	402,30
3) 1er et 2e jour de réanimation par un médecin spécialiste en pédiatrie dans le service national de soins intensifs pédiatriques, par jour	F802	117,11	499,60	512,10	524,90
4) 1er et 2e jour de réanimation par un médecin spécialiste en pédiatrie dans le service national de soins intensifs pédiatriques, le dimanche ou un jour férié légal	F803	175,66	749,40	768,20	787,40
5) 1er au 30e jour d'hospitalisation dans le service national de néonatologie intensive d'un prématuré de moins de 1500 g et/ou né avant 32 semaines de gestation	F808	89,76	383,00	392,50	402,30
6) 1er au 30e jour d'hospitalisation dans le service national de néonatologie intensive d'un prématuré de moins de 1500 g et/ou né avant 32 semaines de gestation, le dimanche ou un jour férié légal	F809	134,64	574,40	588,80	603,50
Section 9 - Traitement hospitalier stationnaire interne en unité ou en service de soins palliatifs					
1) Forfait par jour	F85	15,81	67,50	69,10	70,90
2) Forfait le dimanche ou un jour férié légal	F851	27,67	118,10	121,00	124,00
REMARQUE: Ces forfaits comprennent les actes techniques de la deuxième partie de l'annexe et ne peuvent pas être remplacés par ceux-ci. La mise en compte des forfaits F85 et F851 est subordonnée au respect de l'application des articles 3 et 4 du règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs pris en exécution de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.					
Section 10 - Traitement hospitalier en lit d'hospitalisation de jour					
1) Forfait par jour en cas de traitement en lit d'hospitalisation de jour, pour un patient transféré à un médecin spécialiste	F90	24,10	102,80	105,40	108,00
2) Forfait par jour en cas de traitement en lit d'hospitalisation de jour, pour un patient non transféré	F91	8,57	36,60	37,50	38,40
3) Forfait par jour en lit d'hospitalisation de jour dans le service national de pédiatrie spécialisée	F92	48,20	205,60	210,80	216,00
Section 11 - Traitement hospitalier en lit-porte					
1) Forfait par jour en cas de traitement en lit-porte du service d'urgence d'un hôpital de garde	F93	35,54	151,60	155,40	159,30
2) Forfait par jour en cas de traitement en lit-porte du service national d'urgence pédiatrique	F94	48,20	205,60	210,80	216,00
Section 12 - Traitement hospitalier stationnaire pour des patients atteints du COVID-19					
Sous-section 1 - Traitement hospitalier stationnaire					
1) Du 1er au 7e jour d'hospitalisation, pour un patient atteint du COVID-19, hospitalisé selon les critères définis par le Conseil scientifique, par jour	F53	47,52	202,70	207,80	213,00
2) Du 1er au 7e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal, pour un patient atteint du COVID-19, hospitalisé selon les critères définis par le Conseil scientifique, par jour	F531	71,27	304,10	311,70	319,50
3) Du 8e au 14e jour d'hospitalisation, pour un patient atteint du COVID-19, hospitalisé selon les critères définis par le Conseil scientifique, par jour	F54	24,10	102,80	105,40	108,00
4) Du 8e au 14e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal, pour un patient atteint du COVID-19, hospitalisé selon les critères définis par le Conseil scientifique, par jour	F541	36,15	154,20	158,10	162,00
5) A partir du 15e jour d'hospitalisation, pour un patient atteint du COVID-19, hospitalisé	F55	6,49	27,70	28,40	29,10

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
selon les critères définis par le Conseil scientifique, par jour					
6) A partir du 15e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal, pour un patient atteint du COVID-19, hospitalisé selon les critères définis par le Conseil scientifique, par jour	F551	11,37	48,50	49,70	51,00
Sous-section 2 - Traitement hospitalier stationnaire avec soins de réanimation par le médecin spécialiste en anesthésiologie					
1) Du 1er au 7e jour d'hospitalisation, pour un patient atteint du COVID-19, hospitalisé aux soins intensifs selon les critères définis par le Conseil scientifique, par jour	F63	117,11	499,60	512,10	524,90
2) Du 1er au 7e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal, pour un patient atteint du COVID-19, hospitalisé aux soins intensifs selon les critères définis par le Conseil scientifique, par jour	F631	175,66	749,40	768,20	787,40
3) A partir du 8e jour de soins intensifs, pour un patient atteint du COVID-19, hospitalisé aux soins intensifs selon les critères définis par le Conseil scientifique, par jour	F64	58,55	249,80	256,00	262,40
4) A partir du 8e jour de soins intensifs, le dimanche ou un jour férié légal, pour un patient atteint du COVID-19, hospitalisé aux soins intensifs selon les critères définis par le Conseil scientifique, par jour	F641	87,84	374,80	384,10	393,70
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	9,33	39,80	40,80	41,80
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	9,33	39,80	40,80	41,80
3) Rapport au médecin traitant après hospitalisation stationnaire, rédigé par un médecin n'ayant pas pratiqué d'intervention chirurgicale et portant sur les points énumérés pour R1	R2	14,00	59,70	61,20	62,80
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	14,00	59,70	61,20	62,80
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	14,74	62,90	64,50	66,10
2) Rapport médical dans le cadre de la fixation éventuelle d'un taux d'incapacité de travail partielle permanente (IPP)	R5	10,39	44,30	45,40	46,60
3) Rapport après hospitalisation pour accident de travail	R6	11,79	50,30	51,60	52,80
4) Déclaration d'une maladie professionnelle par le médecin traitant	R8	6,43	27,40	28,10	28,80
5) Rapport médical de constitution de dossier en cas d'accident du travail	R9	6,43	27,40	28,10	28,80
6) Rapport médical en vue de la réouverture d'un dossier accident	R11	6,43	27,40	28,10	28,80
7) Rapport médical dans le cadre d'une demande en aggravation d'un accident du travail consolidé	R12	6,43	27,40	28,10	28,80
Section 3 - Rapport à l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance					
1) Rapport du médecin traitant dans le cadre de l'instruction d'une demande en obtention de prestations de l'assurance dépendance	R20	14,74	62,90	64,50	66,10
Chapitre 6 - Examens à visée préventive et de dépistage					
Section 1 - Examens prénatals de la femme et examens des enfants jusqu'à l'âge de deux ans, tels que prévus par les articles 277 à 293 du chapitre III intitulé «Allocation de naissance» du livre IV intitulé «Prestations familiales» du Code de la sécurité sociale					
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	17,55	74,90	76,70	78,70
2) 2e examen (au plus tard dans la deuxième quinzaine du 4e mois)	E3	8,25	35,20	36,10	37,00
3) 3e examen (au cours du 6e mois)	E4	8,25	35,20	36,10	37,00
4) 4e examen (dans les quinze premiers jours du 8e mois)	E5	8,25	35,20	36,10	37,00
5) 5e examen (dans les quinze premiers jours du 9e mois)	E6	8,25	35,20	36,10	37,00

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
Sous-section 2 - Examen postnatal					
1) Examen dans les dix semaines qui suivent l'accouchement, mais au plus tôt après l'expiration des deux premières semaines qui suivent l'accouchement	E7	8,25	35,20	36,10	37,00
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	15,54	66,30	68,00	69,70
2) 2e examen périnatal à la sortie de la maternité, ou, dans le cas où l'enfant reste à la maternité ou dans un service de pédiatrie, entre le cinquième et dixième jour à partir de sa naissance	E9	15,54	66,30	68,00	69,70
3) 3e examen périnatal à l'âge de 3 à 8 semaines	E10	15,54	66,30	68,00	69,70
4) 4e examen périnatal à l'âge de 4 à 6 mois	E11	15,54	66,30	68,00	69,70
5) 5e examen périnatal à l'âge de 9 à 12 mois	E12	15,54	66,30	68,00	69,70
6) 6e examen périnatal à l'âge de 21 à 24 mois	E13	15,54	66,30	68,00	69,70
REMARQUE: 1) Ces actes ne pourront être mis en compte qu'une seule fois par enfant.					
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 3 à 8 semaines	E14	9,26	39,50	40,50	41,50
2) 4e examen périnatal à l'âge de 4 à 6 mois	E15	9,26	39,50	40,50	41,50
3) 5e examen périnatal à l'âge de 9 à 12 mois	E16	9,26	39,50	40,50	41,50
4) 6e examen périnatal à l'âge de 21 à 24 mois	E17	9,26	39,50	40,50	41,50
Section 2 - 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	15,54	66,30	68,00	69,70
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	15,54	66,30	68,00	69,70
REMARQUE: 1) Ces actes ne pourront être mis en compte qu'une seule fois par enfant.					
Section 3 - Examens médicaux dans le cadre d'un programme de médecine préventive élaboré par la Direction de la santé en collaboration avec la CNS					
1) Consultation effectuée par les médecins généralistes, les médecins spécialistes en gériatrie, les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique, en médecine interne ou en oncologie médicale dans le cadre du programme de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie : communication du résultat de la mammographie, anamnèse et examen clinique, évaluation du risque de cancer du sein et conseils spécifiques	E20	10,64	45,40	46,50	47,70
2) Consultation initiale effectuée par les médecins généralistes, les médecins spécialistes en gériatrie, les médecins spécialistes en gastroentérologie et les médecins spécialistes en médecine interne et comprenant obligatoirement anamnèse, examen clinique, évaluation du risque de cancer colorectal, conseils spécifiques, adaptation des prescriptions, communication des résultats du test de recherche de sang dans les selles. Cette consultation est réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	E30	10,64	45,40	46,50	47,70
3) Consultation effectuée par les médecins généralistes, les médecins spécialistes en gériatrie, les médecins spécialistes en gastroentérologie et les médecins spécialistes en médecine interne pour communication du résultat d'une coloscopie qui vient d'être réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR). Cette consultation est réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	E31	10,05	42,90	43,90	45,00
4) Examen pré-anesthésique effectué avant la coloscopie qui sera réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR). Cet examen est réalisé dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	E32	15,81	67,50	69,10	70,90
5) Consultation suivie du traitement d'initialisation en vue du sevrage tabagique dans le cadre du programme pilote d'aide au sevrage tabagique	E40	21,12	90,10	92,40	94,70
6) Consultation suivie du bilan final et de l'établissement de la feuille d'évaluation dans le cadre du programme pilote d'aide au sevrage tabagique	E45	9,05	38,60	39,60	40,60
7) Consultation effectuée par les médecins généralistes dans le cadre d'un programme de médecine préventive organisé dans le cadre du dispositif du médecin référent prévu à l'article 19bis, alinéa 1er, point 2 du Code de la sécurité sociale par la Direction de la Santé et la Caisse nationale de santé en vertu de l'article 17, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale	E60	21,64	92,30	94,60	97,00

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
REMARQUE: 1) La position E45 ne peut être mise en compte au plus tôt qu'après huit mois à compter de la date de la position E40. 2) Les positions E30 et E31 ne pourront être mises en compte qu'une seule fois par invitation et par participant au programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR). 3) La position E31 ne pourra être mise en compte que si elle fait suite à un acte de coloscopie au cours de laquelle une biopsie ou une polypectomie a été réalisée.					
Chapitre 7 - Forfaits médicaux pour surveillance des cures thermales					
1) Foie/Rhumatisme, pour 21 jours	G1	32,16	137,20	140,60	144,20
2) Foie/Rhumatisme, par journée	G2	1,53	6,50	6,70	6,90
3) Voies respiratoires inférieures, pour 21 jours	G3	32,16	137,20	140,60	144,20
4) Voies respiratoires inférieures, par journée	G4	1,53	6,50	6,70	6,90
5) Voies respiratoires supérieures, pour 21 jours	G5	32,16	137,20	140,60	144,20
6) Voies respiratoires supérieures, par journée	G6	1,53	6,50	6,70	6,90
7) Stase lympho-veineuse, pour 21 jours	G7	32,16	137,20	140,60	144,20
8) Stase lympho-veineuse, par journée	G8	1,53	6,50	6,70	6,90
9) Obésité pathologique, pour 21 jours	G9	32,16	137,20	140,60	144,20
10) Obésité pathologique, par journée	G10	1,53	6,50	6,70	6,90
11) Obésité pathologique, cure en ambulatoire	G11	32,16	137,20	140,60	144,20
12) Obésité pathologique, cure ambulatoire par demi-journée	G12	1,53	6,50	6,70	6,90
REMARQUE: Le coefficient des positions du présent chapitre comprend le rapport clinique au médecin traitant.					
Chapitre 8 - Forfaits médicaux pour suivi dans un centre de jour					
1) Forfait par demi-journée pour un enfant présent au centre de jour du service national de psychiatrie infantile	J1	12,66	54,00	55,40	56,70
2) Forfait par demi-journée pour un enfant présent au centre de jour du service national de psychiatrie juvénile	J2	12,66	54,00	55,40	56,70
3) Forfait par demi-journée pour un patient présent à l'hôpital de jour rattaché à l'un des services régionaux de psychiatrie	J3	9,06	38,70	39,60	40,60
4) Forfait pour le traitement d'un patient dans un hôpital de jour psychiatrique, par jour, pour une durée maximale de 90 jours par année	J4	9,06	38,70	39,60	40,60
5) Forfait pour le traitement ambulatoire d'un patient dans un service de rééducation gériatrique ou de rééducation fonctionnelle, par jour	J9	3,92	16,70	17,10	17,60
6) Forfait pour le traitement d'un patient ambulatoire dans un centre de jour d'un service de gériatrie aiguë, par jour, pour une durée maximale de 90 jours par année calendaire	J10	3,92	16,70	17,10	17,60
REMARQUES: 1) La position J1 est réservée au médecin spécialiste en psychiatrie infantile intervenant au centre de jour du service national de psychiatrie infantile. 2) La position J2 est réservée au médecin spécialiste en psychiatrie infantile intervenant au centre de jour du service national de psychiatrie juvénile. 3) La position J3 qui n'est imputable qu'une fois par jour et par patient et au maximum quarante fois par année, est réservée au médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie intervenant à l'hôpital de jour rattaché à un service régional de psychiatrie. 4) La position J4 qui n'est imputable qu'une fois par jour et par patient et au maximum quatre-vingt-dix fois par année, est réservée au médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie intervenant à l'hôpital de jour rattaché au Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique. 5) La position J9 est réservée au médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation. Pour les jours de traitement de rééducation, le forfait J9 est à mettre en compte et ne peut être remplacé par un acte général. 6) La position J10 est réservée au médecin spécialiste en gériatrie. Pour les jours de traitement de gériatrie, le forfait J10 est à mettre en compte et ne peut être remplacé par un acte général.					
Chapitre 9 - Médecin référent					
1) Forfait pour la coordination des soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée et pour le suivi régulier du contenu du dossier de soins partagé de la personne protégée atteinte d'au moins une pathologie chronique grave qualifiée d'affection de longue durée et dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé ainsi qu'un besoin de coordination substantiel du fait de l'intervention de multiples prestataires de soins de santé	MR03	25,47	108,70	111,40	114,20
REMARQUES: 1) La mise en compte de l'acte MR03 est réservée aux spécialités médicales suivantes:					

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
généraliste et pédiatre. 2) La première mise en compte de l'acte MR03 peut être réalisée au plus tôt après six mois à compter de la prise d'effet d'une déclaration médecin référent telle que prévue par l'article 19bis du Code de la sécurité sociale. 3) Il ne peut être mis en compte qu'une seule position MR03 par six mois. 4) Les pathologies chroniques graves qualifiées d'affection de longue durée figurent à l'article 20 du présent règlement grand-ducal.					
Chapitre 10 - Consultations dans le cadre de réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie					
1) Consultation du médecin spécialiste rapporteur participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	P1	35,00	149,30	153,10	156,90
2) Consultation du médecin spécialiste participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	P2	26,00	110,90	113,70	116,50
3) Consultation du médecin généraliste participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	P3	30,00	128,00	131,20	134,50
REMARQUES: 1) La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie relative à la détermination de la stratégie thérapeutique à prendre pour des patients cancérologiques est organisée par le Conseil médical de l'établissement hospitalier agréé par le ministère de la Santé. 2) La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie se fait dans le cadre du traitement de patients porteurs d'affections malignes venant d'être diagnostiquées ou dont l'évolution requiert une nouvelle orientation de la stratégie thérapeutique. 3) L'ensemble des consultations P1-P3 de concertation pluridisciplinaire en cancérologie peut être mis en compte au maximum deux fois par patient et par entité d'affection maligne. 4) La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie est coordonnée par le médecin qui présente le dossier du patient, qui assure la rédaction du rapport de la réunion et qui informe le patient du projet thérapeutique. Ce rapport fait partie intégrante de la consultation P1. 5) Le nombre de médecins participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie ne peut ni être inférieur à trois ni être supérieur à six. Les médecins doivent être issus d'au moins trois spécialités médicales différentes. 6) Par dérogation à l'article 6 alinéa 1 de la nomenclature, le médecin qui doit se déplacer pour participer à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie peut mettre en compte l'indemnité horo-kilométrique. 7) Les médecins radiothérapeutes et anatomopathologistes peuvent assister par vidéoconférence aux réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie.					
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	13,73	58,60	60,00	61,50
2) Infiltration d'un ganglion ou d'un nerf profond de la tête ou du cou	1M12	6,50	27,70	28,40	29,10
3) Infiltration du sympathique dorsal, lombaire, pelvien ou splanchnique - CAC	1M13	4,30	18,30	18,80	19,30
4) Infiltration périnerveuse profonde - CAC	1M14	3,63	15,50	15,90	16,30
5) Infiltration de tendons, de ligaments, d'apophyses osseuses, de gaines synoviales - CAC	1M15	3,63	15,50	15,90	16,30
6) Infiltration pour syndrome du canal carpien ou tarsien, du trou sacré, de l'hiatus sacro-coccygien	1M16	6,55	27,90	28,60	29,40
7) Infiltration péridurale	1M17	9,52	40,60	41,60	42,70
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	9,33	39,80	40,80	41,80
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	18,08	77,10	79,10	81,00
3) Cathétérisme d'une artère chez l'enfant, perfusion ou transfusion comprise	1M23	27,88	118,90	121,90	125,00
4) Prise de sang ou injection intraveineuse chez l'enfant de moins de 12 mois - CAC	1M24	2,10	9,00	9,20	9,40

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
5) Injection intra-artérielle	1M25	6,50	27,70	28,40	29,10
6) Injections sclérosantes des troncs saphéniens et/ou des grosses collatérales avec pansement compressif; contrôle échographique éventuel compris; par séance	1M26	8,44	36,00	36,90	37,80
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	4,11	17,50	18,00	18,40
8) Injections sclérosantes d'une ou des crosses saphènes et/ou de veines perforantes sous contrôle échographique (non cumulable à 1M26)	1M29	14,56	62,10	63,70	65,30
9) Location d'appareil	1M29X	5,04	21,50	22,00	22,60
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	5,26	22,40	23,00	23,60
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	6,41	27,30	28,00	28,70
12) Transfusion de sang ou d'éléments figurés du sang, y compris les contrôles avant et pendant la transfusion, en milieu extra-hospitalier	1M33	5,26	22,40	23,00	23,60
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	6,41	27,30	28,00	28,70
14) Exsanguino-transfusion chez l'adulte ou l'enfant	1M35	87,14	371,80	381,10	390,60
15) Exsanguino-transfusion chez le nouveau-né	1M36	67,29	287,10	294,30	301,60
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	63,08	269,10	275,80	282,70
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	25,30	107,90	110,60	113,40
18) Mise en place ou changement d'un port sous-cutané avec contrôle radiologique	1M39	37,78	161,20	165,20	169,30
Sous-section 3 - Ponctions					
1) Ponction d'une collection superficielle (abcès, kyste, hydrocèle ...) - CAC	1M41	2,63	11,20	11,50	11,80
2) Ponction d'une collection profonde (sous-aponévrotique)	1M42	6,50	27,70	28,40	29,10
3) Ponction d'une articulation autre que la hanche	1M45	6,50	27,70	28,40	29,10
4) Ponction d'une hanche	1M46	10,76	45,90	47,10	48,20
5) Ponction de gaine tendineuse ou de bourse séreuse	1M47	6,55	27,90	28,60	29,40
6) Saignée	1M51	3,49	14,90	15,30	15,60
7) Ponction-biopsie d'un tissu ou organe peu profond - CAC	1M52	2,63	11,20	11,50	11,80
8) Ponction sternale ou de la crête iliaque	1M53	6,70	28,60	29,30	30,00
9) Ponction exploratrice de la cavité thoracique ou abdominale - CAC	1M61	3,63	15,50	15,90	16,30
10) Ponction de la cavité thoracique ou abdominale et évacuation de grandes quantités	1M62	8,66	36,90	37,90	38,80
11) Ponction évacuatrice de la cavité thoracique avec lavage des plèvres pour empyème ou hémothorax	1M63	12,48	53,20	54,60	55,90
12) Ponction du péricarde	1M64	15,45	65,90	67,60	69,30
13) Ponction transcutanée d'un organe intra-abdominal	1M65	11,29	48,20	49,40	50,60
14) Ponction lombaire ou sous-occipitale avec ou sans injection (première ponction)	1M71	10,95	46,70	47,90	49,10
15) Ponction lombaire ou sous-occipitale avec ou sans injection, répétition de la ponction dans un délai de 14 jours	1M72	5,40	23,00	23,60	24,20
16) Ponction lombaire ou sous-occipitale en série avec injection médicamenteuse chez un enfant de moins de 7 ans	1M73	7,60	32,40	33,20	34,10
17) Ponction du sinus longitudinal	1M74	11,29	48,20	49,40	50,60
18) Ponction d'un disque avec ou sans injection de produit de contraste	1M75	19,85	84,70	86,80	89,00
Sous-section 4 - Pansements					
1) Détersion, débridement chirurgical éventuel, et pansement d'une grande plaie souillée, d'une grande lésion ulcérée, ou d'une brûlure étendue, non cumulable avec un autre acte sur la même région anatomique	1M80	5,40	23,00	23,60	24,20
2) Frais de matériel	1M80M	5,36	22,90	23,40	24,00
3) Pansement compressif pour ulcère variqueux ou phlébite - CAC	1M81	4,07	17,40	17,80	18,20
4) Pansement de fixation (genre colle de zinc) ou taping; une articulation ou un segment	1M82	5,45	23,30	23,80	24,40
5) Pansement de fixation ou taping; plus d'un segment	1M83	8,23	35,10	36,00	36,90
Sous-section 5 - Immobilisation plâtrée en dehors des traumatismes ostéo-articulaires, moulage pour appareil orthopédique					
1) Immobilisation plâtrée d'un membre	1M85	8,23	35,10	36,00	36,90
2) Grand plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux	1M86	33,81	144,20	147,90	151,50
3) Corset, lit plâtré ou corset minerve	1M87	33,81	144,20	147,90	151,50

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
Section 2 - Médecine Interne specialisée					
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	31,80	135,70	139,10	142,50
2) Cycle de traitement immunomodulateur intravasculaire; injection ou perfusion avec surveillance par le médecin, (non renouvelable avant un délai de 6 jours dans le chef du patient)	1S12	31,80	135,70	139,10	142,50
3) Cytophérèse, par séance	1S15	26,69	113,90	116,70	119,60
REMARQUE: Les positions de la présente sous-section ne sont pas cumulables avec les forfaits prévus à la section 10 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe.					
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. Les positions de la présente sous-section ne sont pas cumulables avec les forfaits prévus à la section 10 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe.					
1) Hémodialyse (épuration extra-corporelle) pour insuffisance rénale, par séance	1S21	26,69	113,90	116,70	119,60
2) Hémodialyse pour insuffisance rénale aiguë, les 3 premières séances pendant une période de 15 jours; par séance	1S22	60,88	259,70	266,20	272,90
3) Plasmaphérèse, par séance	1S25	26,69	113,90	116,70	119,60
4) Dialyse péritonéale (épuration intra-corporelle), les deux premiers jours du traitement; par jour	1S26	48,49	206,90	212,00	217,30
5) Dialyse péritonéale, 3è ou 4è jour du traitement; par jour	1S27	24,30	103,70	106,30	108,90
6) Dialyse péritonéale, à partir du 5è jour du traitement; par jour	1S28	14,54	62,00	63,60	65,20
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	27,05	115,40	118,30	121,20
2) Assistance pédiatrique avant la naissance pour une situation de risque néonatale	1S32	18,03	76,90	78,80	80,80
3) 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	43,04	183,60	188,20	192,90
REMARQUE: 1. Les positions 1S31 et 1S32 ne sont pas cumulables entre elles. Le cumul E8 avec une des positions 1S31 ou 1S32 est autorisé. 2. Les majorations prévues à l'article 8 ne s'appliquent pas à la position 1S35.					
Sous-section 4 - Allergologie					
1) Inventaire allergologique avec tests cutanés effectués par scarification (scratch) ou par piqûre épicutanée (prick) - CAC	1S41	3,95	16,90	17,30	17,70
2) Frais de matériel	1S41M	2,96	12,60	12,90	13,30
3) Inventaire allergologique par tests à application épicutanée	1S42	6,06	25,90	26,50	27,20
4) Frais de matériel	1S42M	2,96	12,60	12,90	13,30
5) Inventaire allergologique avec tests cutanés par injection intradermique	1S43	6,95	29,70	30,40	31,20
6) Fourniture de matériel	1S43M	2,96	12,60	12,90	13,30
7) Injection de désensibilisation, par séance	1S44	4,24	18,10	18,50	19,00
Section 3 - Cardiologie					
Sous-section 1 - Électrocardiographie					
1) Électrocardiogramme (ECG), minimum 12 dérivations, tracé et rapport - CAC	1C11	6,31	26,90	27,60	28,30
2) Location d'appareil	1C11X	2,73	11,60	11,90	12,20
3) Enregistrement ECG continu de 24h par enregistreur portable (Holter) avec mise en place, lecture et rapport; premier examen pour une periode de 28 jours	1C14	14,87	63,40	65,00	66,70
4) Location d'appareil	1C14X	35,94	153,30	157,20	161,10
5) Enregistrement ECG continu de 24h; examen répété dans les 28 jours	1C15	8,85	37,80	38,70	39,70
6) Location d'appareil	1C15X	35,94	153,30	157,20	161,10
7) Épreuve d'effort (sous) maximale, standardisée (cycloergomètre ou tapis roulant), ECG	1C17	22,72	96,90	99,40	101,80

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
au repos compris, avec moyens de réanimation, sous surveillance ECG et TA continue; enregistrement et rapport (non cumulable avec 1C11)					
8) Location d'appareil	1C17X	9,22	39,30	40,30	41,30
9) Surveillance clinique et ECG au cours de la scintigraphie du myocarde après effort ou après perfusion d'un médicament (position 8 N 22) (intervention thérapeutique éventuelle comprise)- CAT	1C19	9,76	41,60	42,70	43,70
Sous-section 2 - Échocardiographie					
1) Échocardiographie, enregistrement en time-motion	1C21	14,87	63,40	65,00	66,70
2) Location d'appareil	1C21X	17,93	76,50	78,40	80,40
3) Échocardiographie, enregistrement bidimensionnel	1C22	14,87	63,40	65,00	66,70
4) Location d'appareil	1C22X	17,93	76,50	78,40	80,40
5) Echographie, enregistrement bidimensionnel et en mode time-motion	1C23	17,93	76,50	78,40	80,40
6) Location d'appareil	1C23X	17,93	76,50	78,40	80,40
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	17,93	76,50	78,40	80,40
8) Location d'appareil	1C24X	17,93	76,50	78,40	80,40
9) Échocardiographie Doppler	1C25	23,82	101,60	104,20	106,80
10) Location d'appareil	1C25X	17,93	76,50	78,40	80,40
11) Échocardiographie Doppler, voie oesophagienne comprise	1C26	25,87	110,40	113,10	116,00
12) Location d'appareil	1C26X	17,93	76,50	78,40	80,40
REMARQUE: Les positions 1C21 à 1C26 ne sont pas cumulables entre elles.					
Sous-section 3 - Enregistrement continu de la tension artérielle					
1) 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	14,87	63,40	65,00	66,70
2) Location d'appareil	1C38X	7,09	30,20	31,00	31,80
Sous-section 4 - Autres enregistrements et traitements cardiaques					
1) Mesure du débit cardiaque par thermodilution (3 déterminations minimum)	1C41	18,94	80,80	82,80	84,90
2) Mesure du débit cardiaque par méthode de Fick ou par méthode de dilution de colorant	1C42	25,30	107,90	110,60	113,40
3) Défibrillation d'urgence et répétition dans les 24 heures	1C45	12,63	53,90	55,20	56,60
4) Cardioversion, mise en compte une fois par 24 heures	1C46	44,09	188,10	192,80	197,60
Sous-section 5 - Cathétérisme cardiaque et examens radiologiques					
1) Cathétérisme du coeur droit (voie veineuse), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, mesure du débit, oxymétrie étagée	1C61	44,09	188,10	192,80	197,60
2) 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	56,72	242,00	248,00	254,20
3) Cathétérisme du coeur gauche (voie artérielle), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, injection de produit contraste et coronarographie sélective droite et gauche en plusieurs incidences avec cinéangiographie, avec ou sans angiocardiographie (ventriculographie et/ou aortographie)	1C67	88,19	376,30	385,70	395,30
4) Angioplastie transluminale des coronaires, non cumulable avec 1C67	1C71	112,48	479,90	491,90	504,20
5) Endoprothèse avec ou sans angioplastie pour sténose d'une coronaire	1C72	183,17	781,50	801,00	821,00
6) Recanalisation mécanique pour obstruction complète avec ou sans mise en place d'une endoprothèse	1C73	183,17	781,50	801,00	821,00
7) Athérectomie intracoronaire avec ou sans angioplastie ou endoprothèse	1C74	183,17	781,50	801,00	821,00
8) Thromboaspiration ou thrombolyse endovasculaire	1C76	28,68	122,40	125,40	128,60
9) Prise de pression intravasculaire et/ou échographie endovasculaire et/ou thermographie endoluminale et/ou angioscopie au cours d'une intervention endovasculaire ou d'une coronarographie	1C77	28,68	122,40	125,40	128,60
10) Mise en place d'un système d'assistance de la pompe cardiaque (IAPB ou Impella)	1C78	111,99	477,80	489,70	502,00
11) Fermeture par voie percutanée d'une CIA, CIV ou FOP y compris ponction transeptale	1C79	186,52	795,80	815,70	836,00
12) Application d'un système de fermeture des points de ponction artérielle-CAT	1C80	7,00	29,90	30,60	31,40
REMARQUES: 1) Les positions 1C71 à 1C77 comprennent l'anesthésie locale, la ponction, la coronarographie sélective droite et gauche, l'imagerie de la région traitée, l'injection du produit de contraste, la mise en place des sondes cathéter, l'enregistrement, l'iconographie et le rapport. 2) Les positions 1C71 à 1C77 sont cumulables entre elles si elles portent sur des lésions distinctes. Ces cumuls sont soumis à l'article 9 alinéa 1er. Pour l'application de l'article 10 point 7, le cumul de ces actes au sens de l'article 9 alinéa 1er est considéré comme un seul acte technique.					

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
3) Les positions 1C67 à 1C79 doivent être prestées exclusivement au sein de l'INCCI.					
Sous-section 6 - Stimulateur cardiaque (pacemaker)					
1) Mise en place d'un cathéter endocavitaire pour entraînement électrosystolique transitoire, sous contrôle ECG et/ou radioscopique	1B10	31,52	134,50	137,80	141,30
2) Mise en place d'une sonde pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation	1B12	57,39	244,80	251,00	257,20
3) Mise en place de 2 sondes pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation	1B13	66,96	285,70	292,80	300,10
4) Mise en place de 3 sondes pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation	1B14	95,65	408,10	418,30	428,70
5) Implantation du boîtier du stimulateur cardiaque par le cardiologue - CAT avec les positions 1B12 à 1B14	1B16	37,78	161,20	165,20	169,30
6) Remplacement du boîtier du stimulateur cardiaque avec mesures du seuil de stimulation; acte réalisé par le cardiologue	1B18	50,41	215,10	220,40	226,00
7) Mesures du seuil de stimulation, en cas de changement du boîtier	1B20	12,63	53,90	55,20	56,60
8) Contrôle d'un stimulateur cardiaque implanté avec enregistrement ECG et contrôles techniques	1B22	14,35	61,20	62,80	64,30
9) Location d'appareil	1B22X	2,73	11,60	11,90	12,20
10) Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique avec mise en place d'une sonde, acte isolé	1B25	115,91	494,50	506,90	519,50
11) Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique avec mise en place d'une sonde atriale sans fonction de défibrillation et d'une sonde intraventriculaire droite, acte isolé	1B26	134,39	573,40	587,70	602,40
12) Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique avec mise en place d'une sonde atriale sans fonction de défibrillation et d'une sonde intraventriculaire droite et d'une sonde dans une veine cardiaque, acte isolé	1B27	155,95	665,30	682,00	699,00
13) Remplacement du boîtier d'un défibrillateur cardiaque	1B29	37,78	161,20	165,20	169,30
14) Contrôle technique d'un défibrillateur cardiaque	1B32	17,36	74,10	75,90	77,80
15) Extraction de sondes de stimulation par voie endocavitaire en cas d'infection ou de rupture	1B36	117,59	501,70	514,20	527,10
REMARQUES: 1) La position 1B14 ainsi que les positions 1B25 à 1B32 doivent être prestées exclusivement au sein de l'INCCI. 2) Les tarifs des actes prévus à la sous-section 6 comprennent l'assistance opératoire définie à l'article 11.					
Sous-section 7 - Etude électrophysiologique et traitements par techniques d'ablation endocavitaire					
1) Evaluation de la fonction sinusale et de la conduction atrio-ventriculaire par cathétérisme cardiaque avec épreuve pharmacologique	1B40	50,41	215,10	220,40	226,00
2) Exploration électrophysiologique cardiaque par sonde intracavitaire droite par voie veineuse transcutanée avec manoeuvres provocatrices d'une tachycardie à l'étage atrial ou à l'étage ventriculaire	1B41	113,11	482,60	494,60	507,00
3) Exploration électrophysiologique cardiaque par sondes intracavitaire droite et gauche par voie veineuse transcutanée avec manoeuvres provocatrices d'une tachycardie à l'étage atrial ou à l'étage ventriculaire	1B42	118,15	504,10	516,70	529,60
4) Ablation de l'isthme cavo-tricuspidien pour un flutter auriculaire typique	1B44	184,79	788,40	808,10	828,30
5) Ablation d'une tachycardie de réentrée SV sans cathéterisation du sinus coronaire	1B46	184,79	788,40	808,10	828,30
6) Ablation d'une tachycardie de réentrée SV avec cathéterisation du sinus coronaire	1B48	212,78	907,80	930,50	953,70
7) Ablation d'un faisceau AV aberrant par abord veineux	1B50	232,38	991,40	1016,20	1041,60
8) Ablation d'un faisceau aberrant par abord artériel	1B52	260,38	1110,90	1138,60	1167,10
9) Ablation au niveau de l'oreillette gauche et droite d'une FA par voie transcutanée ou chirurgicale	1B54	307,97	1313,90	1346,80	1380,40
10) Ablation d'une arythmie ventriculaire localisée au niveau du ventricule droit	1B56	193,18	824,20	844,80	865,90
11) Ablation d'une arythmie ventriculaire localisée au niveau du ventricule gauche	1B58	236,29	1008,10	1033,30	1059,10
12) Cartographie de l'activité électrique cardiaque (cardiac mapping)	1B60	70,00	298,60	306,10	313,80
REMARQUES: 1) Les positions 1B40 à 1B60 doivent être prestées exclusivement au sein de l'INCCI. 2) Les actes sont soumis aux règles de cumul de l'article 9 alinéa 1er. Pour l'application de l'article 10 point 7, le cumul des actes au sens de l'article 9 alinéa 1er est considéré comme un seul acte technique.					
Section 4 - Pneumologie					
Sous-section 1 - Examens et petites interventions					
1) Biopsie pleurale à l'aiguille	1P11	27,02	115,30	118,20	121,10
2) Institution d'un drainage pleural continu	1P12	19,90	84,90	87,00	89,20
3) Provocation d'une symphyse pleurale	1P13	11,53	49,20	50,40	51,70
4) Ponction-biopsie pulmonaire transpariétale	1P14	36,87	157,30	161,20	165,30

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
5) Pleuroscopie exploratrice	1P21	27,64	117,90	120,90	123,90
6) Pleuroscopie avec biopsie pleurale ou section de brides	1P22	42,37	180,80	185,30	189,90
7) Pleuroscopie avec biopsie pleurale ou traitement de lésions pleurales avec supplément pour utilisation de rayons laser	1P23	113,39	483,80	495,90	508,20
8) Location du laser	1P23X	20,90	89,20	91,40	93,70
9) Pleuroscopie avec biopsie pulmonaire ou traitement de lésions pulmonaires	1P24	48,30	206,10	211,20	216,50
10) Pleuroscopie avec biopsie pulmonaire ou traitement de lésions pulmonaires avec supplément pour utilisation de rayons laser	1P25	119,32	509,10	521,80	534,80
11) Location du laser	1P25X	20,90	89,20	91,40	93,70
12) Création d'un pneumothorax	1P31	15,69	66,90	68,60	70,30
13) Réinsufflation ou exsufflation d'un pneumothorax	1P32	9,18	39,20	40,10	41,10
14) Création d'un pneumomédiastin	1P35	24,92	106,30	109,00	111,70
15) Drainage endocavitaire pulmonaire	1P36	38,59	164,60	168,80	173,00
Sous-section 2 - Bronchofibroscopie					
1) Cathétérisme des bronches avec injection de produit de contraste ou d'un médicament	1P41	17,55	74,90	76,70	78,70
2) Bronchoscopie ou bronchofibroscopie exploratrice	1P51	27,64	117,90	120,90	123,90
3) Location du bronchofibroscope	1P51X	11,59	49,40	50,70	51,90
4) Bronchofibroscopie avec prélèvement ou biopsie endobronchique	1P52	36,11	154,10	157,90	161,90
5) Location du bronchofibroscope	1P52X	11,59	49,40	50,70	51,90
6) Bronchoscopie avec ponction, biopsie ou brossage sur lésion située au-delà du champ de visibilité	1P53	68,29	291,40	298,60	306,10
7) Location du bronchofibroscope	1P53X	11,59	49,40	50,70	51,90
8) Bronchofibroscopie avec extraction de corps étrangers en une ou plusieurs séances	1P54	62,27	265,70	272,30	279,10
9) Location du bronchofibroscope	1P54X	11,59	49,40	50,70	51,90
10) Bronchofibroscopie avec lavage bronchiolo-alvéolaire	1P55	60,16	256,70	263,10	269,70
11) Location du bronchofibroscope	1P55X	11,59	49,40	50,70	51,90
12) Bronchofibroscopie et traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser, première séance	1P61	93,69	399,70	409,70	419,90
13) Location du bronchofibroscope	1P61X	11,59	49,40	50,70	51,90
14) Bronchofibroscopie et traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser, séances suivantes	1P62	67,82	289,30	296,60	304,00
15) Location du bronchofibroscope	1P62X	11,59	49,40	50,70	51,90
16) Bronchofibroscopie, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et prélèvement ou biopsie endobronchique	1P63	107,13	457,10	468,50	480,20
17) Location du bronchofibroscope	1P63X	11,59	49,40	50,70	51,90
18) Bronchofibroscopie, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et prélèvement ou biopsie trans- ou perbronchique	1P64	145,10	619,10	634,50	650,40
19) Location du bronchofibroscope	1P64X	11,59	49,40	50,70	51,90
20) Bronchofibroscopie, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et lavage bronchiolo-alvéolaire	1P65	133,29	568,70	582,90	597,40
21) Location du bronchofibroscope	1P65X	11,59	49,40	50,70	51,90
22) Mise en place endoscopique d'un applicateur au niveau trachéo-bronchique pour curiethérapie	1P66	27,64	117,90	120,90	123,90
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	12,05	51,40	52,70	54,00
2) Frais de location	1P71X	4,09	17,40	17,90	18,30
3) Détermination du volume résiduel	1P72	9,09	38,80	39,80	40,70
4) Frais de location	1P72X	4,09	17,40	17,90	18,30
5) Détermination du volume résiduel et des résistances bronchiques	1P73	29,41	125,50	128,60	131,80
6) Frais de location	1P73X	6,14	26,20	26,90	27,50
7) Détermination du volume résiduel et étude de la diffusion alvéolo-capillaire	1P74	25,30	107,90	110,60	113,40
8) Frais de location	1P74X	6,14	26,20	26,90	27,50
9) Détermination du volume résiduel, des résistances bronchiques, des courbes débit-volume	1P75	41,46	176,90	181,30	185,80
10) Frais de location	1P75X	8,18	34,90	35,80	36,70
11) Détermination des compliances par barographie oesophagienne	1P76	31,13	132,80	136,10	139,50
12) Frais de location	1P76X	8,18	34,90	35,80	36,70
13) Détermination du volume de fermeture	1P77	20,71	88,40	90,60	92,80
14) Frais de location	1P77X	8,18	34,90	35,80	36,70
15) Épreuve quantitative aux agents pharmaco-dynamiques ou de provocation aux allergènes avec mesure du seuil de réactivité	1P81	19,23	82,00	84,10	86,20
16) Frais de location	1P81X	4,09	17,40	17,90	18,30
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	1P82	15,16	64,70	66,30	68,00

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
après l'exercice					
18) Frais de location	1P82X	4,09	17,40	17,90	18,30
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 CO2 pendant l'épreuve	1P83	23,77	101,40	103,90	106,50
20) Frais de location	1P83X	4,09	17,40	17,90	18,30
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	24,49	104,50	107,10	109,80
22) Frais de location	1P85X	9,27	39,50	40,50	41,60
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	12,48	53,20	54,60	55,90
2) Location d'appareil	1N11X	5,91	25,20	25,80	26,50
3) Electroencéphalogramme, enregistrement continu de 24 heures, pose et enlèvement de l'appareil, analyse du tracé	1N14	47,83	204,10	209,20	214,40
4) EEG per-opératoire	1N15	51,65	220,40	225,90	231,50
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	66,96	285,70	292,80	300,10
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	95,65	408,10	418,30	428,70
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	95,65	408,10	418,30	428,70
8) Exploration polysomnographique pluridisciplinaire au laboratoire du sommeil pour la recherche d'apnées du sommeil: enregistrement continu neurologique (EEG,EMG,EOG)	1N25	47,83	204,10	209,20	214,40
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	47,83	204,10	209,20	214,40
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	47,83	204,10	209,20	214,40
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	47,83	204,10	209,20	214,40
12) Electromyographie (EMG) avec enregistrement - CAC	1N32	18,70	79,80	81,80	83,80
13) Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise	1N32X	12,95	55,20	56,60	58,00
14) Mesure des vitesses de conduction motrice - CAC	1N33	12,48	53,20	54,60	55,90
15) Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise	1N33X	12,95	55,20	56,60	58,00
16) Mesure des vitesses de conduction sensitive - CAC	1N34	12,48	53,20	54,60	55,90
17) Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise	1N34X	12,95	55,20	56,60	58,00
18) EMG per-opératoire	1N37	51,65	220,40	225,90	231,50
19) Potentiels évoqués auditifs (non applicable pour un examen audiométrique)	1N40	32,19	137,30	140,80	144,30
20) Location d'appareil	1N40X	13,08	55,80	57,20	58,60
21) Potentiels évoqués visuels	1N41	32,19	137,30	140,80	144,30
22) Location d'appareil	1N41X	13,08	55,80	57,20	58,60
23) Potentiels évoqués somesthésiques	1N42	32,19	137,30	140,80	144,30
24) Location d'appareil	1N42X	13,08	55,80	57,20	58,60
25) Potentiels évoqués moteurs par stimulation magnétique percutanée du cortex	1N43	28,70	122,40	125,50	128,60
26) Location d'appareil	1N43X	13,08	55,80	57,20	58,60
27) Potentiels évoqués somesthésiques per-opératoires	1N45	114,78	489,70	501,90	514,50
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-opératoires (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.					

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
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	14,70	62,70	64,30	65,90
2) Exploration du milieu familial et thérapie de couple, séance d'une durée minimum de 90 minutes	1N52	63,47	270,80	277,60	284,50
3) Psychothérapie de soutien par médecin non psychiatre, durée minimum 15 minutes - APCM pour plus de 6 séances par an	1N60	8,63	36,80	37,70	38,70
4) Psychothérapie de soutien, durée minimum 15 minutes;cinq premières séances, par séance	1N61	10,37	44,20	45,30	46,50
5) Psychothérapie de soutien, durée minimum 15 minutes; à partir de la sixième séances, par séance	1N62	8,60	36,70	37,60	38,50
6) Psychothérapie d'élucidation directe, relaxation spécifique; durée minimum 30 minutes; cinq premières séances, par séance	1N63	20,93	89,30	91,50	93,80
7) Psychothérapie d'élucidation directe, relaxation spécifique; durée minimum 30 minutes; à partir de la sixième séance, par séance	1N64	17,08	72,90	74,70	76,60
8) Psychothérapie d'inspiration psychanalytique ou psychanalyse; durée minimum 60 minutes; cinq premières séances, par séance	1N65	42,32	180,60	185,10	189,70
9) Psychothérapie d'inspiration psychanalytique ou psychanalyse; durée minimum 60 minutes; à partir de la sixième séance, par séance	1N66	42,32	180,60	185,10	189,70
10) Psychothérapie de groupe; durée minimum 90 minutes; maximum cinq malades, par malade	1N71	8,57	36,60	37,50	38,40
11) Psychothérapie de groupe; durée minimum 90 minutes; maximum huit malades, par malade	1N72	7,15	30,50	31,30	32,00
12) Electrochoc, convulsivothérapie chimique	1N81	8,19	34,90	35,80	36,70
REMARQUES: 1) Les positions 1N52 et 1N61 à 1N72 ne peuvent être mises en compte que par les médecins spécialistes en psychiatrie et en neuropsychiatrie. 2) 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. 3) Les positions 1N51 à 1N72 ne peuvent être mises en compte par les médecins-spécialistes en neuropsychiatrie qu'avec indication de l'heure exacte du début de la séance sur le mémoire d'honoraires. 4) Dans le cadre d'un contexte épidémique imposant la modification du fonctionnement du système sanitaire par le Ministère de la Santé, les dispositions suivantes sont applicables dans le contexte de l'ordonnance de la Direction de la santé du 4 mai 2020 concernant les activités exercées en cabinet libéral. Certains actes de la nomenclature sont autorisés à être effectués en téléconsultation sous réserve du respect des éléments suivants : - Les actes 1N60 à 1N66 lorsque le praticien estime que les circonstances entourant la réalisation des actes en téléconsultation le permettent ; - Le recours à la téléconsultation ne peut se faire que pour des patients habituellement suivis par le médecin, c'est à dire dont la prise en charge ou le traitement a déjà été initié préalablement en présentiel avec le patient ; - Le recours à la téléconsultation se fait, préférentiellement par l'utilisation de l'outil de l'agence e-Santé avec visiophonie ; - La présence physique au Luxembourg du médecin reste requise.					
Section 6 - Gastro-Entérologie					
1) Lithotritie extracorporelle des voies biliaires et pancréatique	1G11	57,39	244,80	251,00	257,20
2) Laparoscopie, sans autre intervention intra-abdominale	1G15	29,89	127,50	130,70	134,00
3) Laparoscopie avec biopsie ou petite intervention	1G16	36,06	153,80	157,70	161,60
4) Tubage gastrique ou duodénal	1G21	6,03	25,70	26,40	27,00
5) Tamponnade de l'oesophage	1G22	8,51	36,30	37,20	38,10
6) PH-métrie oesophagienne ou gastrique d'une durée supérieure à 12 heures, avec épreuves de provocations éventuelles	1G31	36,20	154,40	158,30	162,30
7) Location d'appareil	1G31X	10,63	45,40	46,50	47,60
8) Manométrie oesophagienne	1G32	25,73	109,80	112,50	115,30
9) Location d'appareil	1G32X	8,08	34,50	35,30	36,20
10) Oesophago(fibro) scopie exploratrice	1G38	13,39	57,10	58,60	60,00
11) Location d'appareil	1G38X	12,41	52,90	54,30	55,60
12) Oesophagoscopie avec biopsie	1G39	18,03	76,90	78,80	80,80
13) Location d'appareil	1G39X	12,41	52,90	54,30	55,60

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
14) Mise en place endoscopique d'un applicateur au niveau oesophagien pour curiethérapie	1G40	13,39	57,10	58,60	60,00
15) Oesogastroduodénoscopie	1G41	27,64	117,90	120,90	123,90
16) Location d'appareil	1G41X	12,41	52,90	54,30	55,60
17) Oesogastroduodénoscopie avec biopsie, cytologie ou coloration vitale	1G42	34,77	148,30	152,00	155,80
18) Location d'appareil	1G42X	12,41	52,90	54,30	55,60
19) Oesogastroduodénoscopie avec extraction de corps étrangers	1G43	40,94	174,70	179,00	183,50
20) Location d'appareil	1G43X	12,41	52,90	54,30	55,60
21) Oesogastroduodénoscopie avec dilatation de sténose	1G44	40,94	174,70	179,00	183,50
22) Location d'appareil	1G44X	12,41	52,90	54,30	55,60
23) Oesogastroduodénoscopie avec polypectomie ou sclérothérapie de varices ou ligatures de varices ou clips ou résection de tumeurs ou électrocoagulation de tumeurs	1G45	40,94	174,70	179,00	183,50
24) Location d'appareil	1G45X	12,41	52,90	54,30	55,60
25) Oesogastroduodénoscopie et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies	1G46	47,83	204,10	209,20	214,40
26) Oesogastroduodénoscopie avec mise en place d'une prothèse au niveau du tractus digestif supérieur, dilatation comprise	1G51	105,07	448,30	459,50	471,00
27) Location d'appareil	1G51X	12,41	52,90	54,30	55,60
28) Oesogastroduodénoscopie avec drainage kysto-digestif	1G52	105,07	448,30	459,50	471,00
29) Location d'appareil	1G52X	12,41	52,90	54,30	55,60
30) Gastrostomie ou jéjunostomie percutanée par voie endoscopique	1G55	40,94	174,70	179,00	183,50
31) Location d'appareil	1G55X	12,41	52,90	54,30	55,60
32) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) exploratrice	1G56	71,07	303,20	310,80	318,60
33) Location d'appareil	1G56X	12,41	52,90	54,30	55,60
34) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec sphinctérotomie et/ou biopsie	1G57	85,89	366,40	375,60	385,00
35) Location d'appareil	1G57X	12,41	52,90	54,30	55,60
36) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec extraction de calculs (sphinctérotomie, Dormia, ballonet, lithotritie mécanique, dilatation)	1G58	105,07	448,30	459,50	471,00
37) Location d'appareil	1G58X	12,41	52,90	54,30	55,60
38) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec drainage temporaire par sonde ou mise en place d'une prothèse	1G59	128,65	548,90	562,60	576,60
39) Location d'appareil	1G59X	12,41	52,90	54,30	55,60
40) Anuscopie - CAC	1G61	4,78	20,40	20,90	21,40
41) Manométrie rectale	1G62	25,73	109,80	112,50	115,30
42) Location d'appareil	1G62X	8,08	34,50	35,30	36,20
43) Traitement de la fistule anale au fil de nylon, première séance	1G63	6,27	26,80	27,40	28,10
44) Traitement de la fistule anale au fil de nylon, séances suivantes	1G64	3,49	14,90	15,30	15,60
45) Pose d'une ligature élastique sur une hémorroïde	1G65	6,27	26,80	27,40	28,10
46) Rectoscopie exploratrice	1G66	9,61	41,00	42,00	43,10
47) Location d'appareil	1G66X	1,81	7,70	7,90	8,10
48) Rectoscopie avec biopsie	1G67	16,88	72,00	73,80	75,70
49) Location d'appareil	1G67X	1,81	7,70	7,90	8,10
50) Colofibroscopie du côlon gauche (rectosigmoïdoscopie comprise)	1G71	28,55	121,80	124,80	128,00
51) Location d'appareil	1G71X	12,41	52,90	54,30	55,60
52) Colofibroscopie du côlon gauche avec biopsie	1G72	36,06	153,80	157,70	161,60
53) Location d'appareil	1G72X	12,41	52,90	54,30	55,60
54) Colofibroscopie 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	42,85	182,80	187,40	192,10
55) Location d'appareil	1G73X	12,41	52,90	54,30	55,60
56) Colofibroscopie totale	1G74	47,44	202,40	207,50	212,60
57) Location d'appareil	1G74X	12,41	52,90	54,30	55,60
58) Colofibroscopie totale avec biopsie	1G75	51,84	221,20	226,70	232,40
59) Location d'appareil	1G75X	12,41	52,90	54,30	55,60
60) Colofibroscopie 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	59,30	253,00	259,30	265,80
61) Location d'appareil	1G76X	12,41	52,90	54,30	55,60
62) Colofibroscopie du côlon gauche et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies	1G81	47,83	204,10	209,20	214,40
63) Colofibroscopie totale et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies	1G82	81,30	346,90	355,50	364,40
64) Exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéocapsule ingérée	1G83	75,00	320,00	328,00	336,20
65) Colofibroscopie du côlon gauche (rectosigmoïdoscopie comprise), réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	1G91	42,83	182,70	187,30	192,00
66) Colofibroscopie du côlon gauche avec biopsie, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	1G92	54,09	230,80	236,50	242,40
67) Colofibroscopie du côlon gauche avec une des interventions suivantes: polypectomie et/ou résection de tumeurs, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	1G93	64,28	274,20	281,10	288,10
68) Colofibroscopie totale, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	1G94	71,16	303,60	311,20	319,00
69) Colofibroscopie totale avec biopsie, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	1G95	77,76	331,80	340,00	348,50
70) Colofibroscopie totale avec une des interventions suivantes: polypectomie et/ou résection	1G96	88,95	379,50	389,00	398,70

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
de tumeurs, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)					
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. 3) Les positions 1G91 à 1G96 ne sont pas cumulables entre elles ni avec un autre acte.					
Section 7 - Rhumatologie - Rééducation, réadaptation et réhabilitation					
1) Ponction-biopsie articulaire: coude, épaule, hanche, sacro-iliaque, genou	1R11	25,01	106,70	109,40	112,10
2) Ponction-biopsie articulaire: autres articulations que le coude, l'épaule, la hanche, la sacro-iliaque, et le genou	1R12	12,20	52,10	53,40	54,70
3) Ponction-biopsie osseuse au trocart	1R21	12,20	52,10	53,40	54,70
4) Synoviorthèse isotopique	1R31	10,57	45,10	46,20	47,40
5) Traction vertébrale sur table mécanique ou à moteur électrique - APCM pour plus de 6 séances	1R51	5,26	22,40	23,00	23,60
6) Manipulation vertébrale - APCM pour plus de 6 séances par an	1R52	8,18	34,90	35,80	36,70
7) Ponction d'un disque et chimionucléolyse	1R61	39,60	168,90	173,20	177,50
8) Arthroscopie avec ou sans biopsie	1R71	48,92	208,70	213,90	219,30
9) Bilan d'évaluation pluridisciplinaire en milieu hospitalier, sur prescription, non renouvelable avant le délai de six mois	1R72	24,87	106,10	108,80	111,50
10) Bilan d'évaluation à l'admission en traitement stationnaire dans le service national de réhabilitation physique ou dans le service national de réhabilitation post-oncologique	1R73	24,87	106,10	108,80	111,50
REMARQUE: 1) La position 1R72 est réservée au médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation.					
Section 8 - Dermatologie					
1) Prélèvement de peau ou de muqueuse pour examen histologique - CAC	1D11	4,93	21,00	21,60	22,10
2) Frais de matériel de suture	1D11M	3,35	14,30	14,60	15,00
3) Prélèvement de peau au niveau du visage pour examen histologique - CAC	1D12	7,41	31,60	32,40	33,20
4) Frais de matériel de suture	1D12M	3,35	14,30	14,60	15,00
5) Capillaroscopie - CAC	1D13	4,93	21,00	21,60	22,10
6) Destruction d'une ou de plusieurs tumeurs bénignes de la peau, par séance	1D21	8,85	37,80	38,70	39,70
7) Frais de matériel de suture	1D21M	3,35	14,30	14,60	15,00
8) Destruction de plus de 4 tumeurs bénignes de la peau, en une seule séance	1D22	17,70	75,50	77,40	79,30
9) Frais de matériel de suture	1D22M	3,35	14,30	14,60	15,00
10) Destruction de lésions ou tumeurs péri- ou sous-unguéales avec exérèse partielle de l'ongle, par doigt	1D25	6,41	27,30	28,00	28,70
11) Destruction de végétations vénériennes, par séance	1D26	9,47	40,40	41,40	42,40
12) Excision ou destruction d'une tumeur maligne de la peau ou d'un naevus naevo-cellulaire de moins de 4 cm2	1D41	10,95	46,70	47,90	49,10
13) Frais de matériel de suture	1D41M	3,35	14,30	14,60	15,00
14) Excision ou destruction d'une tumeur maligne de la peau ou d'un naevus naevo-cellulaire du visage de moins de 4 cm2	1D42	14,11	60,20	61,70	63,20
15) Frais de matériel de suture	1D42M	3,35	14,30	14,60	15,00
16) Excision ou destruction d'une tumeur maligne de la peau; plus de 4 cm2	1D43	21,62	92,20	94,50	96,90
17) Frais de matériel de suture	1D43M	3,35	14,30	14,60	15,00
18) Destruction d'un tatouage accidentel de moins de 8 cm2	1D51	10,04	42,80	43,90	45,00
19) Destruction d'un tatouage accidentel de plus de 8 cm2	1D52	19,85	84,70	86,80	89,00
20) Traitement exfoliant de l'épiderme avec nettoyage de la peau et mise à plat des collections suppurées ou kystiques; par séance	1D61	6,41	27,30	28,00	28,70
21) Traitement des téguments par abrasion mécanique ou fraisage; par séance; maximum 6 séances	1D62	6,41	27,30	28,00	28,70
22) Photothérapie (UVA et/ou UVB) pour affection dermatologique régionale; par séance	1D71	2,68	11,40	11,70	12,00
23) Frais de location	1D71X	0,64	2,70	2,80	2,90
24) Photothérapie (UVA et/ou UVB) pour affection dermatologique; application générale; par séance	1D72	4,40	18,80	19,20	19,70
25) Frais de location	1D72X	1,68	7,20	7,30	7,50
26) Scarification dermatologique, acte isolé	1D81	4,93	21,00	21,60	22,10
27) Dermatoscopie documentée pour lésions naeviques multiples avec examen complet de l'organe peau seulement dans le cadre de naevus atypique, à partir de 14 ans, non renouvelable avant 6 mois - CAC	1D82	4,93	21,00	21,60	22,10
Section 9 - Gériatrie					
1) Bilan d'évaluation multidisciplinaire dans le cadre d'institutions ou de réseaux de soins à l'exception des patients hospitalisés en secteur aigu ou en rééducation, une fois par année, acte isolé uniquement cumulable avec les frais de déplacement	1F11	28,60	122,00	125,10	128,20
2) Bilan d'évaluation multi-disciplinaire gériatrique lors d'une hospitalisation stationnaire	1F12	28,60	122,00	125,10	128,20

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
dans un service autre qu'un service de gériatrie pour une personne âgée d'au moins 75 ans et présentant une polymorbidité, sur prescription du médecin traitant hospitalier, non renouvelable avant le délai de 6 mois et comprenant - anamnèse médico-psycho-sociale - recensement des comorbidités et facteurs de risque - analyse des interactions médicamenteuses - évaluation des risques gériatriques: • risque de dépendance • risque de dénutrition • risque de chute • risque de fracture • risque de démence • risque de dépression • risque d'escarre • risque d'isolement social - examen clinique suivant approche gériatrique - interprétation des examens biologiques et complémentaires - synthèse des résultats de l'évaluation interdisciplinaire après concertation en équipe - élaboration d'une recommandation d'orientation, de thérapie et de prise en charge globale de la personne âgée - rédaction d'un rapport au médecin traitant comportant les résultats de toutes les évaluations énumérées ci-dessus - communication des résultats de l'évaluation au patient et à son entourage. **REMARQUE:** Les positions 1F11 et 1F12 sont réservées aux médecins spécialistes en gériatrie.					
Section 10 - Médecine génétique					
1) Forfait pour conseil génétique sans test génétique réservé au médecin spécialiste en médecine génétique sur prescription médicale d'un médecin spécialiste et comprenant au moins les éléments suivants: a) Recueil des attentes spécifiques de la personne venant chercher le conseil génétique b) Elaboration des anamnèses personnelle et familiale eu égard au contexte social et ethnique c) Réalisation d'un arbre généalogique comprenant au minimum les apparentés au 2ème degré d) Réalisation d'un examen clinique circonstancié e) Compléter les données anamnestiques (imagerie radiologique, analyses biologiques, rapports médicaux antérieurs, etc.) f) Explication à la personne venant chercher le conseil génétique de sa situation médicale respectivement génétique de départ et de l'issue possible du résultat du test génétique disponible en détaillant le cas échéant les éventuelles pistes thérapeutiques tout en l'informant sur les coûts encourus ainsi que sur les conditions de la prise en charge par la sécurité sociale g) Si la réalisation du test génétique disponible n'est pas souhaitée par la personne venant chercher le conseil génétique, le rapport final est rédigé et transmis au médecin traitant et à la personne elle-même	1A11	100,55	429,00	439,70	450,70
2) Forfait pour conseil génétique avec test génétique réservé au médecin spécialiste en médecine génétique sur prescription médicale d'un médecin spécialiste et comprenant au moins les éléments suivants: a) Recueil des attentes spécifiques de la personne venant chercher le conseil génétique b) Elaboration des anamnèses personnelle et familiale eu égard au contexte social et ethnique c) Réalisation d'un arbre généalogique comprenant au minimum les apparentés au 2ème degré d) Réalisation d'un examen clinique circonstancié e) Compléter les données anamnestiques (imagerie radiologique, analyses biologiques, rapports médicaux antérieurs, etc.) f) Explication à la personne venant chercher le conseil génétique de sa situation médicale respectivement génétique de départ et de l'issue possible du résultat du test génétique disponible en détaillant le cas échéant les éventuelles pistes thérapeutiques g) Si la réalisation du test génétique disponible est souhaitée par la personne venant chercher le conseil génétique, celle-ci est informée sur les coûts encourus ainsi que sur les conditions de la prise en charge par la sécurité sociale h) Prescription du test génétique suite au consentement éclairé recueilli par écrit auprès de la personne venant chercher le conseil génétique i) Explication du résultat du test génétique à la personne venant chercher le conseil génétique et élaboration de la conduite à tenir éventuelle j) Rédaction du rapport final qui sera transmis au médecin traitant et à la personne venant chercher le conseil génétique	1A12	124,94	533,00	546,40	560,00

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
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	36,70	37,60	38,50
2) Immobilisation d'une fracture: jambe, avant-bras	2L12	8,60	36,70	37,60	38,50
3) Immobilisation d'une fracture: coude, bras, épaule, genou, fémur, hanche, bassin	2L13	8,60	36,70	37,60	38,50
4) Immobilisation d'une fracture par grand plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux	2L14	35,35	150,80	154,60	158,40
5) Immobilisation d'une fracture par corset plâtré, lit plâtré ou collier plâtré	2L15	35,35	150,80	154,60	158,40
6) Répétition d'un plâtre pour fracture	2L17	8,60	36,70	37,60	38,50
7) Répétition d'un plâtre pour fracture bimalléolaire ou fracture du tibia	2L18	12,75	54,40	55,80	57,10
8) Répétition d'un plâtre pour fracture des 2 os de l'avant-bras, de l'humérus ou du fémur	2L19	16,80	71,70	73,50	75,30
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	64,80	66,50	68,10
10) Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture: rachis, bassin, olécrane, rotule ou tarse	2L22	35,35	150,80	154,60	158,40
11) Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture bimalléolaire ou fracture des deux os de la jambe	2L23	47,60	203,10	208,20	213,40
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	270,70	277,50	284,40
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	100,50	103,00	105,60
14) Traitement sanglant de fracture: un os de l'avant-bras, poignet, rotule, tarse, métatarse	2L32	53,10	226,50	232,20	238,00
15) Traitement sanglant de fracture: omoplate, côtes, diaphyses du fémur, du tibia, des deux os de la jambe	2L33	71,40	304,60	312,20	320,00
16) Traitement sanglant de fracture: humérus, coude, deux os de l'avant-bras, bassin, col du fémur, plateau tibial ou mortaise	2L34	95,10	405,70	415,90	426,30
d) Traitement par ostéosynthèse					
17) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: clavicule, olécrane, métacarpien, doigt, péroné, une malléole, orteil	2L41	39,40	168,10	172,30	176,60
18) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: un os de l'avant-bras, poignet, rotule, tarse, métatarsien	2L42	88,30	376,70	386,10	395,80
19) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: omoplate, côte, diaphyse du fémur, du tibia, des deux os de la jambe	2L43	119,05	507,90	520,60	533,60
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	676,70	693,60	710,90
Sous-section 2 - Luxations					
1) Réduction orthopédique et contention d'une luxation d'un doigt, d'un orteil, de la clavicule	2L51	7,05	30,10	30,80	31,60
2) Réduction orthopédique et contention d'une luxation du poignet, carpe, bassin, rotule, cou-de-pied	2L52	17,45	74,40	76,30	78,20
3) Réduction orthopédique et contention d'une luxation épaule, coude, hanche, genou, pied, colonne vertébrale	2L53	28,05	119,70	122,70	125,70
4) Réduction sanglante et contention d'une luxation d'un doigt, d'un orteil	2L61	13,60	58,00	59,50	61,00
5) Réduction sanglante et contention d'une luxation clavicule, carpe, poignet, rotule	2L62	58,25	248,50	254,70	261,10
6) Réduction sanglante et contention d'une luxation épaule, coude, genou, cou-de-pied	2L63	89,90	383,50	393,10	403,00
7) Réduction sanglante et contention d'une luxation de la hanche	2L64	116,45	496,80	509,20	522,00
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	36,70	37,60	38,50
2) Frais de matériel	2L71M	3,50	14,90	15,30	15,70

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
3) Parage et suture d'une plaie profonde et étendue ou de plaies multiples (5 points au moins)	2L72	17,45	74,40	76,30	78,20
4) Frais de matériel	2L72M	3,50	14,90	15,30	15,70
5) Traitement chirurgical de grands délabrements musculo-cutanés ou de plaies multiples nécessitant une anesthésie générale	2L73	22,25	94,90	97,30	99,70
6) Suture secondaire (plus de 12 heures) avec avivement, 5 points de suture au moins	2L76	17,45	74,40	76,30	78,20
7) Frais de matériel	2L76M	3,50	14,90	15,30	15,70
8) Premier traitement d'une brûlure de moyenne étendue (10% au moins)	2L81	13,20	56,30	57,70	59,20
9) Premier traitement d'une brûlure de grande étendue (deux segments de membre ou surface totale de plus de 25%)	2L82	15,20	64,80	66,50	68,10
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	18,10	18,60	19,00
2) Incision, drainage d'une collection volumineuse sous-cutanée ou profonde	2G02	8,50	36,30	37,20	38,10
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	71,50	73,20	75,10
Sous-section 2 - Peau et tissu cellulaire sous-cutané					
REMARQUE: Les positions 2G05 à 2G07 ne s'appliquent pas aux lésions inférieures à 1 cm2 au visage et inférieures à 5 cm2 au niveau des autres parties du corps.					
1) Traitement par laser à colorant pulsé d'angiodysplasies 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	46,90	48,10	49,30
2) Traitement par laser à colorant pulsé d'angiodysplasies superficielles; par séance, jusqu'à 20 cm2 - APCM pour personne âgée de 18 ans et plus	2G06	22,00	93,90	96,20	98,60
3) Traitement par laser à colorant pulsé d'angiodysplasies superficielles; par séance, au-delà de 20 cm2 - APCM pour personne âgée de 18 ans et plus	2G07	33,00	140,80	144,30	147,90
4) Excision d'une cicatrice vicieuse et suture	2G11	17,45	74,40	76,30	78,20
5) Frais de suture	2G11M	3,50	14,90	15,30	15,70
6) Excision d'une cicatrice vicieuse du visage ou des mains avec suture	2G12	26,20	111,80	114,60	117,40
7) Frais de suture	2G12M	3,50	14,90	15,30	15,70
8) Correction d'une bride rétractile par plastie en Z	2G13	48,20	205,60	210,80	216,00
9) Correction d'une bride rétractile par plastie en Z, visage ou mains	2G14	72,30	308,50	316,20	324,10
10) Excision d'une fistule des parties molles	2G15	22,25	94,90	97,30	99,70
11) Frais de suture	2G15M	3,50	14,90	15,30	15,70
12) Greffe dermo-épidermique de moins de 10 cm2	2G21	14,00	59,70	61,20	62,80
13) Greffe dermo-épidermique de moins de 10 cm2, visage ou mains	2G22	21,00	89,60	91,80	94,10
14) Greffe dermo-épidermique de 10 à 50 cm2	2G23	28,90	123,30	126,40	129,50
15) Greffe dermo-épidermique de 10 à 50 cm2, visage ou mains	2G24	43,35	184,90	189,60	194,30
16) Greffe dermo-épidermique de 50 à 200 cm2	2G25	48,20	205,60	210,80	216,00
17) Greffe dermo-épidermique de plus de 200 cm2	2G26	67,40	287,60	294,70	302,10
18) Greffes libres de peau totale	2G31	55,80	238,10	244,00	250,10
19) Greffe dermo-pileuse - APCM	2G32	57,85	246,80	253,00	259,30
20) Greffe muqueuse, acte isolé	2G33	48,20	205,60	210,80	216,00
21) Greffe cartilagineuse, acte isolé	2G34	38,60	164,70	168,80	173,00
22) Lipectomie abdominale antérieure - APCM	2G36	105,25	449,00	460,30	471,80
23) Lipectomie abdominale totale circulaire - APCM	2G37	131,50	561,00	575,00	589,40
24) Lipectomie des parties internes des cuisses - APCM	2G38	105,25	449,00	460,30	471,80
25) Autoplastie par rotation ou par glissement	2G41	57,85	246,80	253,00	259,30
26) Autoplastie par rotation ou par glissement, visage ou mains	2G42	86,80	370,30	379,60	389,10
27) Autoplastie par lambeau unipédiculé à distance	2G43	96,30	410,90	421,10	431,60
28) Autoplastie par lambeau unipédiculé à distance, visage ou mains	2G44	144,45	616,30	631,70	647,50
29) Autoplastie par lambeau bipédiculé tubulé, chaque temps opératoire; maximum 5 séances à mettre en compte	2G45	38,60	164,70	168,80	173,00
30) Autoplastie par lambeau bipédiculé tubulé au visage ou aux mains, chaque temps opératoire; maximum 5 séances à mettre en compte	2G46	57,90	247,00	253,20	259,50
31) Plastie cutanée hétéro-jambière, l'ensemble des temps	2G47	144,55	616,70	632,10	647,90
32) Plastie cutanée hétéro-digitale, l'ensemble des temps	2G48	57,85	246,80	253,00	259,30
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	36,70	37,60	38,50
34) Frais de suture	2G51M	3,50	14,90	15,30	15,70

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
35) Extraction de corps étrangers profonds sous contrôle radiologique (radiologie non comprise)	2G52	21,40	91,30	93,60	95,90
36) Implants de médicaments sous forme de pastilles nécessitant une incision cutanée avec suture éventuelle comprise	2G53	8,60	36,70	37,60	38,50
37) Frais de suture	2G53M	3,50	14,90	15,30	15,70
38) Excision de petites tumeurs sous-cutanées, par séance	2G55	6,55	27,90	28,60	29,40
39) Frais de suture	2G55M	3,50	14,90	15,30	15,70
40) Excision de tumeurs sous-cutanées de taille moyenne (2 à 5 cm de diamètre)	2G56	12,55	53,50	54,90	56,30
41) Frais de suture	2G56M	3,50	14,90	15,30	15,70
42) Excision de tumeurs cutanées ou sous-cutanées étendues	2G57	26,00	110,90	113,70	116,50
43) Frais de suture	2G57M	3,50	14,90	15,30	15,70
Sous-section 3 - Muscles, tendons, synoviales					
1) Biopsie musculaire	2G60	13,05	55,70	57,10	58,50
1a) Traitement opératoire des ruptures et hernies musculaires	2G61	26,55	113,30	116,10	119,00
2) Suture primitive ou secondaire d'un tendon extenseur	2G65	17,45	74,40	76,30	78,20
3) Suture primitive ou secondaire de plusieurs tendons extenseurs	2G66	35,35	150,80	154,60	158,40
4) Suture primitive ou secondaire d'un ou de deux tendons fléchisseurs	2G67	58,25	248,50	254,70	261,10
5) Suture primitive ou secondaire de trois tendons fléchisseurs ou plus	2G68	89,90	383,50	393,10	403,00
6) Prise d'un greffon de tendon ou d'aponévrose - CAT	2G71	13,05	55,70	57,10	58,50
7) Rétablissement de la continuité d'un tendon par prothèse	2G72	89,90	383,50	393,10	403,00
8) Rétablissement de la continuité d'un tendon par greffe, prise du greffon tendineux comprise	2G73	102,95	439,20	450,20	461,50
9) Allongement, raccourcissement, réimplantation d'un tendon	2G74	35,35	150,80	154,60	158,40
10) Transplantation tendineuse simple	2G75	52,95	225,90	231,60	237,30
11) Transplantations tendineuses nécessitant des incisions multiples	2G76	89,90	383,50	393,10	403,00
12) Ténolyse du tendon extenseur d'un doigt	2G81	57,85	246,80	253,00	259,30
13) Ténolyse de tendons extenseurs de deux doigts	2G82	77,05	328,70	336,90	345,40
14) Ténolyse de tendons extenseurs de trois doigts ou plus	2G83	96,30	410,90	421,10	431,60
15) Ténolyse de tendons fléchisseurs d'un doigt	2G84	77,05	328,70	336,90	345,40
16) Ténolyse de tendons fléchisseurs de deux doigts	2G85	96,30	410,90	421,10	431,60
17) Ténolyse de tendons fléchisseurs de trois doigts ou plus	2G86	115,60	493,20	505,50	518,20
18) Ténotomie	2G91	13,60	58,00	59,50	61,00
19) Extirpation de kystes synoviaux superficiels (poignet...)	2G92	13,05	55,70	57,10	58,50
20) Extirpation de kystes synoviaux profonds (creux poplité...)	2G93	17,45	74,40	76,30	78,20
21) Exérèse d'une gaine synoviale	2G94	57,85	246,80	253,00	259,30
22) Exérèse de deux gaines synoviales	2G95	77,05	328,70	336,90	345,40
23) Exérèse de trois gaines synoviales ou plus	2G96	96,30	410,90	421,10	431,60
Sous-section 4 - Système lymphatique					
1) Extirpation d'un ou de plusieurs ganglions pour examen histologique	2F11	6,70	28,60	29,30	30,00
2) Extirpation d'une chaîne ganglionnaire	2F12	48,20	205,60	210,80	216,00
3) Cellulo-adénectomie unilatérale (avec examen histologique et rapport opératoire): partielle cervicale, axillaire, pelvienne ou inguinale	2F13	120,00	512,00	524,80	537,90
4) Cellulo-adénectomie élargie (avec examen histologique et rapport opératoire): curage cervical fonctionnel ou radical, thoracique, abdominal	2F14	320,00	1365,20	1399,40	1434,30
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	74,40	76,30	78,20
2) Ligature des vaisseaux principaux du cou, du bassin ou de la fesse; opération isolée	2F22	35,15	150,00	153,70	157,60
3) Ligature des vaisseaux principaux de la tête, du thorax ou de l'abdomen; opération isolée	2F23	35,15	150,00	153,70	157,60
4) Ligature de la veine cave	2F24	91,10	388,70	398,40	408,30
5) Artériectomie des vaisseaux principaux des membres	2F25	50,70	216,30	221,70	227,30
6) Artériectomie des vaisseaux principaux du cou, du bassin ou de la fesse	2F26	50,70	216,30	221,70	227,30
7) Artériectomie des vaisseaux principaux de la tête, du thorax ou de l'abdomen	2F27	50,70	216,30	221,70	227,30
8) Suture vasculaire, opération isolée	2F28	70,35	300,10	307,60	315,30
9) Anévrysmectomie ou résection artérielle, avec rétablissement de la continuité, des troncs supraaortiques	2F31	273,45	1166,60	1195,80	1225,70
10) Anévrysmectomie ou résection artérielle, avec rétablissement de la continuité, de l'aorte abdominale ou des artères abdominales	2F32	273,45	1166,60	1195,80	1225,70
11) Anévrysmectomie ou résection artérielle, avec rétablissement de la continuité, des artères des membres	2F33	182,30	777,80	797,20	817,10
12) Thrombo-endartériectomie des troncs supraaortiques	2F35	182,30	777,80	797,20	817,10
13) Thrombo-endartériectomie du carrefour aortique ou des artères abdominales	2F36	182,30	777,80	797,20	817,10

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
14) Thrombo-endartériectomie des artères des membres	2F37	182,30	777,80	797,20	817,10
15) Embolectomie du carrefour aortique et des artères abdominales	2F41	70,35	300,10	307,60	315,30
16) Embolectomie des artères des membres	2F42	70,35	300,10	307,60	315,30
17) Pontage par greffe veineuse des troncs supra-aortiques	2F43	306,20	1306,40	1339,00	1372,50
18) Pontage par greffe veineuse des artères des membres	2F44	306,20	1306,40	1339,00	1372,50
19) Pontage par prothèse des troncs supra-aortiques	2F45	273,45	1166,60	1195,80	1225,70
20) Pontage par prothèse du carrefour aortique	2F46	364,60	1555,50	1594,40	1634,20
21) Pontage par prothèse des artères abdominales	2F47	273,45	1166,60	1195,80	1225,70
22) Pontage par prothèse des artères des membres	2F48	306,20	1306,40	1339,00	1372,50
23) Extirpation d'un paquet de varices	2F61	18,35	78,30	80,20	82,30
24) Extirpation complète des varices de la jambe et du pied	2F62	50,70	216,30	221,70	227,30
25) Extirpation complète des varices de la jambe et de la cuisse, y compris la crosse de la saphène	2F63	65,55	279,70	286,70	293,80
26) Résection de la crosse de la saphène interne et de ses affluents	2F64	50,70	216,30	221,70	227,30
27) Anastomose porto-cave	2F65	182,30	777,80	797,20	817,10
28) Pose d'un filtre cave ou d'un clip	2F66	95,10	405,70	415,90	426,30
29) Thrombectomie veineuse du bassin et des membres	2F67	70,35	300,10	307,60	315,30
30) Shunt externe pour hémodialyse	2F71	70,35	300,10	307,60	315,30
31) Shunt interne pour hémodialyse	2F72	182,30	777,80	797,20	817,10
Sous-section 6 - Nerfs					
1) Suture nerveuse primitive	2P11	37,70	160,80	164,90	169,00
2) Suture nerveuse secondaire	2P12	44,25	188,80	193,50	198,30
3) Ablation d'une tumeur nerveuse avec suture	2P13	91,15	388,90	398,60	408,60
4) Greffe nerveuse	2P14	115,60	493,20	505,50	518,20
5) Rétablissement de la sensibilité par transplantation cutanée avec le pédicule vasculo-nerveux	2P15	144,55	616,70	632,10	647,90
6) Libération d'un nerf comprimé après fracture	2P16	37,70	160,80	164,90	169,00
7) Intervention pour syndrome du canal carpien avec neurolyse	2P21	48,20	205,60	210,80	216,00
8) Neurotomie du nerf occipital ou du nerf phrénique	2P22	22,25	94,90	97,30	99,70
9) Neurotomie d'un nerf de la face ou des membres	2P23	38,60	164,70	168,80	173,00
10) Dénérvation articulaire d'un doigt ou d'un orteil	2P24	19,20	81,90	84,00	86,10
11) Dénervation du poignet ou de la cheville	2P25	57,85	246,80	253,00	259,30
12) Dénervation de l'épaule	2P26	77,05	328,70	336,90	345,40
13) Section bilatérale des nerfs hypogastriques ou érecteurs ou du nerf honteux interne	2P31	70,35	300,10	307,60	315,30
14) Résection du ganglion stellaire ou de la chaîne symphatique cervicale, dorsale, lombaire ou splanchnique	2P32	91,10	388,70	398,40	408,30
15) Résection du nerf présacré	2P33	52,05	222,10	227,60	233,30
16) Sympathectomie périartérielle	2P34	46,85	199,90	204,90	210,00
Section 3 - Chirurgie des os et des articulations					
Sous-section 1 - Os					
1) Ablation d'exostoses ou de chondrome	2K11	13,05	55,70	57,10	58,50
2) Prise d'un greffon osseux - CAT	2K12	13,05	55,70	57,10	58,50
3) Biopsie osseuse	2K13	13,05	55,70	57,10	58,50
4) Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou cure d'un abcès d'un petit os	2K21	13,05	55,70	57,10	58,50
5) Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou traitement d'un abcès central d'un grand os	2K22	36,40	155,30	159,20	163,20
6) Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou traitement d'un abcès central d'un grand os, suivie de greffe osseuse	2K23	62,45	266,40	273,10	279,90
7) Transplantation ou greffe osseuse	2K31	44,25	188,80	193,50	198,30
8) Résection diaphysaire avec rétablissement de la continuité par greffe, prothèse ou plastie	2K32	166,55	710,60	728,30	746,50
9) Ostéotomie de redressement, d'allongement, de dérotation	2K33	166,55	710,60	728,30	746,50
10) Opération de pseudarthrose avec greffe osseuse	2K34	166,55	710,60	728,30	746,50
11) Ablation de matériel d'ostéosynthèse par voies d'accès superficielles, désenclouage	2K35	25,55	109,00	111,70	114,50
12) Ablation de matériel d'ostéosynthèse: hanche, fémur, épaule, humérus	2K36	33,05	141,00	144,50	148,10
Sous-section 2 - Articulations, à l'exclusion de la chirurgie arthroscopique du genou					
1) Arthrotomie de drainage des doigts et orteils	2K41	3,90	16,60	17,10	17,50
2) Arthrotomie de drainage de toute autre articulation	2K42	17,45	74,40	76,30	78,20
3) Arthrotomie pour corps étranger ou synoviectomie des doigts ou orteils, appareil de fixation compris	2K44	26,55	113,30	116,10	119,00
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	541,40	554,90	568,80
5) Arthrotomie pour corps étranger, lésions méniscales ou synoviectomie du genou, appareil de fixation compris, à l'exclusion de toute arthroscopie du genou	2K46	126,90	541,40	554,90	568,80
6) Arthrotomie pour corps étranger ou synoviectomie des articulations autres que doigt, orteil, hanche, épaule, genou, articulation temporo-maxillaire	2K47	74,15	316,40	324,30	332,40

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
7) Réfection d'un ligament extra-articulaire d'une articulation importante, à l'exclusion de toute arthroscopie du genou	2K51	74,15	316,40	324,30	332,40
8) Réfection d'un ligament intra-articulaire d'une articulation importante, à l'exclusion de toute arthroscopie du genou	2K52	148,10	631,90	647,60	663,80
9) Ligamentoplastie d'une articulation de la main	2K53	38,60	164,70	168,80	173,00
10) Ligamentoplastie de deux articulations de la main	2K54	48,20	205,60	210,80	216,00
11) Ligamentoplastie de trois articulations ou plus de la main	2K55	67,35	287,30	294,50	301,90
12) Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie des doigts ou orteils	2K61	35,35	150,80	154,60	158,40
13) Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie sur carpe, poignet, coude, cheville ou tarse	2K62	97,85	417,50	427,90	438,60
14) Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie de l'épaule ou du genou, à l'exclusion de toute arthroscopie du genou	2K63	148,10	631,90	647,60	663,80
15) Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie de la hanche	2K64	185,25	790,40	810,10	830,30
15a) Triple ostéotomie du bassin	2K65	305,00	1301,30	1333,80	1367,10
16) Arthroplastie par interposition d'une prothèse d'un doigt ou orteil	2K71	48,20	205,60	210,80	216,00
17) Arthroplastie par interposition d'une prothèse du poignet	2K72	96,30	410,90	421,10	431,60
18) Redressement articulaire progressif d'une grande articulation sous anesthésie générale	2K73	26,00	110,90	113,70	116,50
Sous-section 3 - Chirurgie arthroscopique du genou					
1) Arthroscopie du genou avec lavage et/ou synovectomie partielle	2M01	109,73	468,20	479,80	491,80
2) Arthroscopie du genou avec synovectomie subtotale par deux abords	2M02	138,47	590,80	605,50	620,70
3) Arthroscopie du genou avec suture de l'aileron rotulien interne	2M03	156,76	668,80	685,50	702,60
4) Arthroscopie du genou avec section de l'aileron rotulien externe	2M04	146,57	625,30	641,00	657,00
5) Arthroscopie du genou avec plastie de l'aileron rotulien interne et greffe tendineuse	2M05	209,01	891,70	914,00	936,80
6) Arthroscopie du genou avec chondroplastie	2M06	157,02	669,90	686,60	703,80
7) Arthroscopie du genou avec résection partielle ou totale d'un ménisque et/ou Plica et/ou corps intra-articulaire	2M07	133,76	570,70	584,90	599,60
8) Arthroscopie du genou avec résection partielle ou totale des deux ménisques et/ou Plica et/ou corps intra-articulaire	2M08	143,69	613,00	628,40	644,10
9) Arthroscopie du genou avec suture d'un ménisque	2M09	195,94	836,00	856,80	878,30
10) Arthroscopie du genou avec suture des deux ménisques	2M10	235,13	1003,20	1028,20	1053,90
11) Arthroscopie du genou avec microfracture ou forage de Pridie	2M11	146,57	625,30	641,00	657,00
12) Arthroscopie du genou avec mosaïcplastie ou greffe de chondrocytes ou technique similaire	2M12	209,01	891,70	914,00	936,80
13) Arthroscopie du genou avec ostéosynthèse d'une fracture intra-articulaire chondrale ou osseuse	2M13	219,72	937,40	960,80	984,90
14) Arthroscopie du genou avec ligamentoplastie du croisé antérieur avec mise en place d'un implant (autogreffe avec prise de greffon comprise, allogreffe ou synthétique)	2M14	219,72	937,40	960,80	984,90
15) Arthroscopie du genou avec ligamentoplastie du croisé postérieur avec mise en place d'un implant (autogreffe avec prise de greffon comprise, allogreffe ou synthétique)	2M15	235,13	1003,20	1028,20	1053,90
16) Arthroscopie du genou avec reconstructions ligamentaires complexes du croisé antérieur ou du croisé postérieur et suture méniscale	2M16	287,38	1226,10	1256,70	1288,10
17) Arthroscopie du genou avec reconstructions ligamentaires complexes du croisé antérieur et du croisé postérieur et suture méniscale	2M17	365,76	1560,50	1599,50	1639,40
18) Arthroscopie du genou avec ostéosynthèse d'une fracture du plateau tibial	2M18	219,72	937,40	960,80	984,90
19) Arthroscopie du genou avec transplantation par allogreffe méniscale	2M19	261,26	1114,60	1142,50	1171,00
20) Arthroscopie du genou avec mise en place d'un ménisque artificiel	2M20	221,55	945,20	968,80	993,10
21) Arthroscopie du genou avec trochléoplastie arthroscopique par creusement pour dysplasie	2M21	221,55	945,20	968,80	993,10
22) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: synovectomie subtotale par deux abords	2M22	57,48	245,20	251,40	257,60
23) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: suture de l'aileron rotulien interne	2M23	94,05	401,30	411,30	421,60
24) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: section de l'aileron rotulien externe	2M24	73,67	314,30	322,20	330,20
25) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: plastie de l'aileron rotulien interne avec greffe tendineuse	2M25	154,14	657,60	674,10	690,90
26) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: chondroplastie	2M26	94,58	403,50	413,60	423,90
27) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: résection partielle ou totale d'un ménisque	2M27	48,07	205,10	210,20	215,50
28) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: résection partielle ou totale des deux ménisques	2M28	67,93	289,80	297,10	304,50
29) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: microfracture ou forage de Pridie	2M29	73,67	314,30	322,20	330,20
30) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: mosaïcplastie ou greffe de chondrocytes ou analogue	2M30	154,14	657,60	674,10	690,90
31) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: ostéosynthèse d'une fracture intra-articulaire chondrale ou osseuse	2M31	130,63	557,30	571,20	585,50
REMARQUE: Les actes 2M01 à 2M21 ne sont pas cumulables entre eux. Les actes 2M22 à 2M31 ne sont pris en charge que conjointement à un des actes 2M01 à 2M15 ou 2M18 à 2M21 et sous condition que leur contenu diffère en totalité de celui de l'acte principal qu'ils complètent. Les actes 2M16 et 2M17 sont non cumulables avec un acte complémentaire. Un seul acte complémentaire peut venir compléter un acte principal d'arthroscopie. L'acte 2M18 ne peut être associé à un code d'ostéosynthèse pour la même localisation					

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
par voie ouverte, notamment les actes 2L43 et 2L44. Aucun des actes 2M01 à 2M31 n'est cumulable avec l'acte 1R71.					
Section 4 - Chirurgie des membres					
Sous-section 1 - Membre supérieur					
1) Aponévrotomie palmaire	2E11	19,20	81,90	84,00	86,10
2) Extirpation partielle de l'aponévrose palmaire	2E12	57,85	246,80	253,00	259,30
3) Extirpation partielle de l'aponévrose palmaire avec plastie d'un ou de plusieurs doigts	2E13	81,85	349,20	357,90	366,90
4) Extirpation totale de l'aponévrose palmaire	2E14	115,60	493,20	505,50	518,20
5) Extirpation totale de l'aponévrose palmaire avec plastie d'un ou de plusieurs doigts	2E15	139,60	595,60	610,50	625,70
6) Traitement opératoire de la syndactylie d'une commissure, greffe comprise	2E21	77,05	328,70	336,90	345,40
7) Traitement opératoire de la syndactylie sur deux commissures de la même main, greffe comprise	2E22	96,30	410,90	421,10	431,60
8) Traitement opératoire du doigt à ressort, de la camptodactylie	2E25	15,05	64,20	65,80	67,50
9) Ablation de l'hygroma du coude	2E28	11,00	46,90	48,10	49,30
10) Amputation partielle ou totale d'un doigt	2E31	8,80	37,50	38,50	39,40
11) Amputation partielle ou totale de deux doigts	2E32	13,20	56,30	57,70	59,20
12) Amputation partielle ou totale de trois doigts ou plus	2E33	15,40	65,70	67,30	69,00
13) Amputation d'un doigt avec résection du métacarpien	2E34	38,60	164,70	168,80	173,00
14) Amputation de deux doigts avec résection des métacarpiens	2E35	57,90	247,00	253,20	259,50
15) Replantation d'un doigt (ostéosynthèse, suture vasculaire, nerveuse ou tendineuse comprises)	2E36	173,45	740,00	758,50	777,50
16) Replantation de deux doigts (ostéosynthèse, suture vasculaire, nerveuse ou tendineuse comprises)	2E37	260,20	1110,10	1137,90	1166,30
17) Replantation de trois doigts ou plus (ostéosynthèse, suture vasculaire, nerveuse ou tendineuse comprises)	2E38	303,55	1295,10	1327,40	1360,60
18) Amputation ou désarticulation de la main à l'épaule incluse	2E41	46,85	199,90	204,90	210,00
19) Désarticulation interscapulo-thoracique	2E42	80,80	344,70	353,30	362,20
20) Réfection complète d'un moignon du membre supérieur, à l'exception des doigts	2E43	26,00	110,90	113,70	116,50
21) Cinématisation d'un moignon d'amputation (par temps opératoire)	2E44	44,25	188,80	193,50	198,30
22) Enucléation d'un os du carpe	2E45	35,15	150,00	153,70	157,60
23) Pollicisation d'un doigt	2E46	173,45	740,00	758,50	777,50
24) Phalangisation d'un métacarpien	2E47	77,05	328,70	336,90	345,40
25) Restauration de l'opposition du pouce	2E48	57,85	246,80	253,00	259,30
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	248,50	254,70	261,10
2) Traitement opératoire d'un orteil en marteau par résection ou par amputation	2E52	8,80	37,50	38,50	39,40
3) Opération d'alignement des métatarsiens (Clayton), par orteil	2E53	35,35	150,80	154,60	158,40
4) Traitement chirurgical d'un hallux valgus	2E54	26,00	110,90	113,70	116,50
5) Amputation partielle ou totale d'un orteil	2E61	8,80	37,50	38,50	39,40
6) Amputation ou désarticulation du pied à la hanche excluse	2E62	46,85	199,90	204,90	210,00
7) Désarticulation de la hanche	2E63	80,80	344,70	353,30	362,20
8) Désarticulation interilio-abdominale	2E64	117,25	500,20	512,70	525,50
9) Réfection d'un moignon du membre inférieur, à l'exception des orteils	2E65	26,00	110,90	113,70	116,50
10) Astragalectomie	2E71	44,25	188,80	193,50	198,30
11) Patellectomie	2E72	44,25	188,80	193,50	198,30
12) Ablation d'un hygroma prérotulien	2E73	8,80	37,50	38,50	39,40
13) Ablation de l'ongle avec sa matrice - CAC	2E74	4,30	18,30	18,80	19,30
14) Extirpation d'un névrome de Morton	2E75	38,60	164,70	168,80	173,00
15) Réduction orthopédique de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise	2E81	26,00	110,90	113,70	116,50
16) Changement de position après une réduction orthopédique de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise	2E82	13,00	55,50	56,80	58,30
17) Réduction orthopédique bilatérale pour luxation congénitale des hanches	2E83	35,15	150,00	153,70	157,60
18) Changement de position après une réduction orthopédique bilatérale pour luxation congénitale des hanches	2E84	17,60	75,10	77,00	78,90
19) Traitement sanglant de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise	2E85	80,80	344,70	353,30	362,20
20) (en suspens)					
21) (en suspens)					
22) (en suspens)					
23) (en suspens)					
24) Redressement non sanglant d'un pied bot	2E94	10,70	45,70	46,80	48,00
25) Redressement sanglant d'un pied bot	2E95	54,75	233,60	239,40	245,40

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
Sous-section 3 - Prothèses					
a) Pose, ablation ou changement de prothèses de l'articulation de l'épaule					
1) Pose d'une prothèse partielle de l'épaule, par implant glénoïdien ou huméral	2J01	216,71	924,60	947,70	971,40
2) Pose d'une prothèse partielle de l'épaule, par implant glénoïdien ou huméral avec refixation des tubérosités	2J02	224,09	956,10	979,90	1004,40
3) Pose d'une prothèse totale de l'épaule, par implants glénoïdien et huméral ou pose d'une prothèse inversée	2J03	229,02	977,10	1001,50	1026,50
4) Pose d'une prothèse totale de l'épaule, par implants glénoïdien et huméral ou pose d'une prothèse inversée avec refixation des tubérosités	2J04	241,33	1029,60	1055,30	1081,70
5) Changement d'une prothèse partielle de l'épaule, par implant glénoïdien ou huméral	2J05	305,36	1302,80	1335,30	1368,70
6) Changement d'une prothèse totale de l'épaule, par implants glénoïdien et huméral ou changement d'une prothèse inversée	2J06	364,46	1554,90	1593,80	1633,60
7) Arthrodèse d'épaule	2J07	233,94	998,10	1023,00	1048,60
8) Ablation d'une prothèse de l'épaule	2J08	211,78	903,50	926,10	949,30
9) Ablation d'une prothèse de l'épaule, avec arthrodèse	2J09	252,41	1076,90	1103,80	1131,40
10) Ablation d'une prothèse de l'épaule avec mise en place d'un espaceur	2J10	252,41	1076,90	1103,80	1131,40
b) Pose, ablation ou changement de prothèses de l'articulation du coude					
1) Pose d'une prothèse distale de l'humérus	2J11	216,71	924,60	947,70	971,40
2) Pose d'une prothèse de la tête radiale	2J12	158,84	677,70	694,60	712,00
3) Pose d'une prothèse totale du coude	2J13	240,10	1024,40	1050,00	1076,20
4) Changement d'une prothèse distale de l'humérus	2J14	252,41	1076,90	1103,80	1131,40
5) Changement d'une prothèse de la tête radiale	2J15	216,71	924,60	947,70	971,40
6) Changement d'une prothèse totale du coude	2J16	305,36	1302,80	1335,30	1368,70
7) Ablation d'une prothèse du coude	2J17	153,91	656,60	673,00	689,90
8) Ablation d'une prothèse du coude avec arthrodèse	2J18	252,41	1076,90	1103,80	1131,40
9) Ablation d'une prothèse du coude avec mise en place d'un espaceur	2J19	252,41	1076,90	1103,80	1131,40
c) Pose, ablation ou changement d'une prothèse de la hanche					
1) Pose d'une hémi prothèse de hanche, implant fémoral	2J21	216,71	924,60	947,70	971,40
2) Pose d'une prothèse totale de hanche	2J22	229,02	977,10	1001,50	1026,50
3) Changement d'une prothèse de hanche, implant cotyloïdien ou implant fémoral	2J23	305,36	1302,80	1335,30	1368,70
4) Changement d'une prothèse totale de hanche, implant cotyloïdien et implant fémoral	2J24	364,46	1554,90	1593,80	1633,60
5) Ablation d'une prothèse de hanche	2J25	153,91	656,60	673,00	689,90
6) Ablation d'une prothèse de hanche avec arthrodèse	2J26	252,41	1076,90	1103,80	1131,40
7) Ablation d'une prothèse de hanche avec mise en place d'un espaceur	2J27	252,41	1076,90	1103,80	1131,40
d) Pose, ablation ou changement d'une prothèse de l'articulation du genou					
1) Pose d'une prothèse partielle unicompartimentale du genou, interne ou externe ou fémoro-patellaire	2J31	229,02	977,10	1001,50	1026,50
2) Pose d'une prothèse partielle bicompartimentale du genou, interne ou externe et fémoro-patellaire	2J32	236,41	1008,60	1033,80	1059,70
3) Pose d'une prothèse totale du genou, sans resurfaçage de la rotule	2J33	229,02	977,10	1001,50	1026,50
4) Pose d'une prothèse totale du genou, avec resurfaçage de la rotule	2J34	241,33	1029,60	1055,30	1081,70
5) Changement d'une prothèse partielle unicompartimentale du genou	2J35	320,13	1365,80	1399,90	1434,90
6) Changement d'une prothèse partielle bicompartimentale du genou	2J36	320,13	1365,80	1399,90	1434,90
7) Changement d'une prothèse totale du genou	2J37	364,46	1554,90	1593,80	1633,60
8) Ablation d'une prothèse du genou	2J38	211,78	903,50	926,10	949,30
9) Ablation d'une prothèse du genou avec arthrodèse	2J39	252,41	1076,90	1103,80	1131,40
10) Ablation d'une prothèse du genou, avec mise en place d'un espaceur	2J40	252,41	1076,90	1103,80	1131,40
e) Pose, ablation ou changement d'une prothèse de l'articulation de la cheville					
1) Pose d'une prothèse totale de cheville	2J41	229,02	977,10	1001,50	1026,50
2) Changement d'une prothèse totale de cheville	2J42	364,46	1554,90	1593,80	1633,60
3) Ablation d'une prothèse de cheville	2J43	152,68	651,40	667,70	684,40
4) Ablation d'une prothèse de cheville avec arthrodèse	2J44	252,41	1076,90	1103,80	1131,40
5) Ablation d'une prothèse de cheville avec mise en place d'un espaceur	2J45	252,41	1076,90	1103,80	1131,40
REMARQUE: Les tarifs des actes prévus à la sous-section 3 comprennent les actes d'imagerie per-opératoire, et sont donc non-cumulables.					

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
Section 5 - Chirurgie du thorax et du cou					
Sous-section 1 - Cou					
1) Torticolis traité par ténotomie sous-cutanée	2H11	13,60	58,00	59,50	61,00
2) Torticolis traité par allongement à ciel ouvert	2H12	35,35	150,80	154,60	158,40
3) Scalénotomie	2H13	20,75	88,50	90,70	93,00
4) Ablation de fistules ou de kystes congénitaux du cou	2H21	44,25	188,80	193,50	198,30
5) Lobo-isthmectomie	2H29	124,45	531,00	544,20	557,80
6) Thyroïdectomie subtotale bilatérale	2H30	124,45	531,00	544,20	557,80
7) Thyroïdectomie totale bilatérale	2H32	124,45	531,00	544,20	557,80
8) Thyroïdectomie nécessitant une cervico-thoracotomie	2H33	213,45	910,70	933,40	956,70
9) Monitoring du nerf récurrent lors de la chirurgie de la glande thyroïde ou parathyroïde - CAT	2H35	27,00	115,20	118,10	121,00
10) Parathyroïdectomie	2H41	124,45	531,00	544,20	557,80
11) Parathyroïdectomie ectopique	2H42	213,45	910,70	933,40	956,70
12) Thymectomie	2H43	213,45	910,70	933,40	956,70
Sous-section 2 - Chirurgie des seins					
1) Incision et drainage d'un abcès du sein	2S11	8,50	36,30	37,20	38,10
2) Biopsie du sein	2S21	10,50	44,80	45,90	47,10
3) Ponction-biopsie du sein - CAC	2S22	2,75	11,70	12,00	12,30
4) Ablation d'une tumeur bénigne du sein	2S31	10,50	44,80	45,90	47,10
5) Excision locale d'une tumeur maligne du sein	2S32	107,55	458,90	470,30	482,10
6) Mastectomie pour lésion bénigne	2S41	107,55	458,90	470,30	482,10
7) Mastectomie pour lésion maligne	2S42	107,55	458,90	470,30	482,10
8) Mastectomie pour gynécomastie de l'homme	2S43	107,55	458,90	470,30	482,10
9) Plastie d'un sein pour hypertrophie - ACM	2S61	113,90	485,90	498,10	510,50
10) Remodelage du sein contro-latéral après amputation d'un sein	2S62	113,90	485,90	498,10	510,50
11) Plastie reconstructrice du sein après amputation, y compris la mise en place éventuelle d'une prothèse mammaire	2S71	113,90	485,90	498,10	510,50
12) Plastie reconstructrice du sein après amputation avec reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire	2S72	170,90	729,10	747,30	766,00
13) Reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire après opération antérieure - APCM	2S73	57,00	243,20	249,30	255,50
14) Implantation ou échange d'une prothèse mammaire - APCM	2S74	57,00	243,20	249,30	255,50
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	410,90	421,10	431,60
Sous-section 3 - Cage thoracique					
1) Résection d'une côte cervicale	2T11	44,25	188,80	193,50	198,30
2) Résection de côtes	2T12	30,75	131,20	134,50	137,80
3) Traitement chirurgical des difformités de la paroi thoracique (en entonnoir, en carène)	2T21	78,10	333,20	341,50	350,10
4) Thoracoplastie portant sur la paroi thoracique	2T22	78,10	333,20	341,50	350,10
5) Fracture du sternum et/ou de côte(s), traitement sanglant	2T23	71,40	304,60	312,20	320,00
Sous-section 4 - Médiastin					
1) Médiastinoscopie	2T31	82,00	349,80	358,60	367,50
2) Extirpation d'un kyste ou d'une tumeur bénigne du médiastin	2T41	213,45	910,70	933,40	956,70
3) Extirpation d'une tumeur maligne du médiastin	2T42	213,45	910,70	933,40	956,70
4) Chirurgie des lésions de l'oesophage thoracique sans suppression de la continuité, sans anastomose	2T51	213,45	910,70	933,40	956,70
5) Résection segmentaire de l'oesophage et oesophagoplastie	2T52	213,45	910,70	933,40	956,70
6) Résection segmentaire de l'oesophage et anastomose gastrique ou entérique	2T53	286,10	1220,60	1251,10	1282,40
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	262,80	269,40	276,10
2) Opération de la pleurésie purulente avec résection costale	2T62	35,15	150,00	153,70	157,60
3) Thoracoplastie avec intervention pleuro-pulmonaire	2T71	78,10	333,20	341,50	350,10
4) Pneumothorax extra-pleural	2T72	52,05	222,10	227,60	233,30
5) Décortication pleurale	2T73	78,10	333,20	341,50	350,10
6) Traitement par thoracotomie des lésions traumatiques graves des poumons et de la cage thoracique	2T74	184,50	787,20	806,80	827,00
7) Lobectomie ou résection segmentaire	2T81	184,50	787,20	806,80	827,00
8) Pneumonectomie	2T82	184,50	787,20	806,80	827,00

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
Sous-section 6 - Coeur, gros vaisseaux du médiastin					
a) Intervention sans circulation extra-corporelle					
1) Péricardectomie	2C11	182,30	777,80	797,20	817,10
2) Implantation du boîtier du stimulateur cardiaque (sans mise en place de la sonde)	2C21	39,50	168,50	172,70	177,10
3) Changement du boîtier du stimulateur cardiaque	2C22	39,50	168,50	172,70	177,10
4) Chirurgie des plaies du coeur et des gros vaisseaux du médiastin	2C31	130,20	555,50	569,40	583,60
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	613,10	628,40	644,10
6) Revascularisation chirurgicale portant sur une artère coronaire	2C51	191,55	817,20	837,60	858,60
7) Revascularisation chirurgicale portant sur deux artères coronaires	2C52	287,35	1226,00	1256,60	1288,00
8) Revascularisation chirurgicale portant sur trois artères coronaires	2C53	383,15	1634,70	1675,50	1717,40
9) Chirurgie portant sur un orifice cardiaque	2C61	191,55	817,20	837,60	858,60
10) Chirurgie portant sur plus d'un orifice cardiaque	2C62	287,35	1226,00	1256,60	1288,00
REMARQUE: Les positions 2C61 et 2C62 peuvent être cumulées à plein tarif avec une des positions 2C51, 2C52 ou 2C53. Les positions 2C21 et 2C22 sont réservées aux médecins spécialistes en chirurgie. Les tarifs des actes prévus à la sous-section 6 comprennent l'assistance opératoire définie à l'article 11.					
Section 6 - Chirurgie de l'appareil digestif et de l'abdomen					
Sous-section 1 - Hernies et éventrations de la paroi abdominale					
1) Suture ou plastie (musculaire ou prothétique) d'une coupole du diaphragme pour hernie, par thoracoscopie ou par coelioscopie	2W01	288,49	1230,80	1261,60	1293,10
2) Suture ou plastie (musculaire ou prothétique) d'une coupole du diaphragme pour hernie, par thoracotomie ou par laparotomie	2W02	254,01	1083,70	1110,80	1138,50
3) Cure d'une hernie acquise de la coupole droite du diaphragme, par laparotomie	2W03	254,01	1083,70	1110,80	1138,50
4) Cure de hernie ombilicale, sans pose de prothèse, par laparotomie	2W04	93,06	397,00	407,00	417,10
5) Cure de hernie ombilicale, avec pose de prothèse, par coelioscopie	2W05	144,77	617,60	633,10	648,90
6) Cure de hernie ombilicale, avec pose de prothèse, par laparotomie	2W06	110,30	470,60	482,30	494,40
7) Cure d'une hernie ventrale latérale (Spiegel) ou cure d'une hernie de la ligne blanche, par coelioscopie	2W07	127,54	544,10	557,70	571,70
8) Cure d'une hernie ventrale latérale (Spiegel) ou cure d'une hernie de la ligne blanche, par laparotomie	2W08	93,06	397,00	407,00	417,10
9) Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par voie directe (inguinale)	2W09	93,06	397,00	407,00	417,10
10) Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par coelioscopie	2W10	127,54	544,10	557,70	571,70
11) Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par voie directe (inguinale)	2W11	93,06	397,00	407,00	417,10
12) Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par voie directe (inguinale)	2W12	185,90	793,10	812,90	833,30
13) Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par coelioscopie	2W13	220,38	940,20	963,70	987,80
14) Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par voie directe (inguinale)	2W14	185,90	793,10	812,90	833,30
15) Cure d'éventration de la paroi abdominale antérieure, sans pose de prothèse, incluant les hernies péristomales, par laparotomie	2W15	126,97	541,70	555,20	569,10
16) Cure d'éventration de la paroi abdominale antérieure, avec pose de prothèse, par coelioscopie	2W16	161,45	688,80	706,00	723,70
17) Cure d'éventration de la paroi abdominale antérieure, avec pose de prothèse, par laparotomie	2W17	126,97	541,70	555,20	569,10
18) Cure d'éventration de la paroi abdominale antérieure avec pose de prothèse et séparation des translations médianes des muscles grands droits de l'abdomen selon la « components separation technique », par laparotomie	2W18	163,91	699,30	716,80	734,70
19) Ablation de prothèse ou d'implant de la paroi abdominale, par toute voie d'abord	2W19	126,97	541,70	555,20	569,10
Sous-section 2 - Chirurgie du système digestif haut					
1) Oesophagoplastie pour achalasie, par coelioscopie	2W20	288,49	1230,80	1261,60	1293,10
2) Oesophagoplastie pour achalasie, par laparotomie	2W21	254,01	1083,70	1110,80	1138,50
Sous-section 3 - Chirurgie de l'estomac et du duodénum					
1) Cure d'une hernie hiatale avec ou sans pose de prothèse ou fundoplicature pour reflux gastro-oesophagien, par coelioscopie	2W22	288,49	1230,80	1261,60	1293,10
2) Cure d'une hernie hiatale avec ou sans pose de prothèse ou fundoplicature pour reflux gastro-oesophagien, par laparotomie	2W23	254,01	1083,70	1110,80	1138,50
3) Cure d'une fistule de l'estomac, par coelioscopie	2W24	121,38	517,90	530,80	544,10
4) Cure d'une fistule de l'estomac, par laparotomie	2W25	84,44	360,30	369,30	378,50

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
5) Gastrostomie, par coelioscopie	2W26	115,10	491,10	503,30	515,90
6) Gastrostomie, par laparotomie	2W27	80,62	344,00	352,60	361,40
7) Gastro-entérostomie, par coelioscopie	2W28	207,32	884,50	906,60	929,30
8) Gastro-entérostomie, par laparotomie	2W29	172,85	737,40	755,90	774,80
9) Gastro-entérostomie et vagotomie tronculaire, par coelioscopie	2W30	253,87	1083,10	1110,20	1137,90
10) Gastro-entérostomie et vagotomie tronculaire, par laparotomie	2W31	219,39	936,00	959,40	983,40
11) Pyloroplastie ou duodénoplastie, par coelioscopie	2W32	152,83	652,00	668,30	685,00
12) Pyloroplastie ou duodénoplastie, par laparotomie	2W33	118,35	504,90	517,50	530,50
13) Pyloroplastie et vagotomie tronculaire, par coelioscopie	2W34	152,83	652,00	668,30	685,00
14) Pyloroplastie et vagotomie tronculaire, par laparotomie	2W35	118,35	504,90	517,50	530,50
15) Pyloroplastie pour sténose pylorique du nourrisson, par coelioscopie	2W36	207,32	884,50	906,60	929,30
16) Pyloroplastie pour sténose pylorique du nourrisson, par laparotomie	2W37	172,85	737,40	755,90	774,80
17) Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastroduodénale ou gastrojéjunale, par coelioscopie	2W38	241,80	1031,60	1057,40	1083,80
18) Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastroduodénale ou gastrojéjunale, par laparotomie	2W39	172,85	737,40	755,90	774,80
19) Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastrojéjunale, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par coelioscopie	2W40	401,87	1714,50	1757,40	1801,30
20) Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastrojéjunale, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par laparotomie	2W41	332,91	1420,30	1455,80	1492,20
21) Dégastro-entérostomie avec gastrectomie, par coelioscopie	2W42	280,59	1197,10	1227,00	1257,70
22) Dégastro-entérostomie avec gastrectomie, par laparotomie	2W43	211,63	902,90	925,50	948,60
23) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	2W44	246,11	1050,00	1076,20	1103,10
24) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	2W45	211,63	902,90	925,50	948,60
25) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par coelioscopie	2W46	440,65	1880,00	1927,00	1975,10
26) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par coelioscopie	2W47	440,65	1880,00	1927,00	1975,10
27) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par laparotomie	2W48	371,70	1585,80	1625,40	1666,10
28) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par laparotomie	2W49	371,70	1585,80	1625,40	1666,10
29) Résection partielle atypique de la paroi de l'estomac, sans interruption de la continuité, par coelioscopie	2W50	147,75	630,40	646,10	662,30
30) Résection partielle atypique de la paroi de l'estomac, sans interruption de la continuité, par laparotomie	2W51	110,82	472,80	484,60	496,70
31) Gastrectomie longitudinale (Sleeve gastrectomy) pour obésité morbide, par coelioscopie - APCM	2W52	288,49	1230,80	1261,60	1293,10
32) Gastrectomie longitudinale (Sleeve gastrectomy) pour obésité morbide, par laparotomie - APCM	2W53	254,01	1083,70	1110,80	1138,50
33) Gastrectomie avec court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par coelioscopie - APCM	2W54	288,49	1230,80	1261,60	1293,10
34) Gastrectomie avec court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par laparotomie - APCM	2W55	254,01	1083,70	1110,80	1138,50
Sous-section 4 - Chirurgie de l'intestin grêle					
1) Libération étendue de l'intestin grêle ou section de bride pour occlusion aigüe, par coelioscopie	2X01	178,34	760,90	779,90	799,40
2) Libération étendue de l'intestin grêle ou section de bride pour occlusion aigüe, par laparotomie	2X02	143,86	613,80	629,10	644,80
3) Libération étendue de l'intestin grêle ou section de bride avec résection segmentaire unique de l'intestin grêle pour occlusion aigüe, par coelioscopie	2X03	212,82	908,00	930,70	953,90
4) Libération étendue de l'intestin grêle ou section de bride avec résection segmentaire unique de l'intestin grêle pour occlusion aigüe, par laparotomie	2X04	178,34	760,90	779,90	799,40
5) Résection segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par coelioscopie	2X05	178,34	760,90	779,90	799,40
6) Résection segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par laparotomie	2X06	143,86	613,80	629,10	644,80
7) Résection segmentaire unique de l'intestin grêle sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, en dehors de l'occlusion, par coelioscopie	2X07	153,71	655,80	672,20	689,00
8) Résection segmentaire unique de l'intestin grêle sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, en dehors de l'occlusion par laparotomie	2X08	119,24	508,70	521,40	534,50
9) Résection segmentaire unique de l'intestin grêle et/ou du côlon avec chimio-hyperthermie intra-péritonéale (CHIP) et chirurgie de réduction tumorale (debulking), avec ou sans curage ganglionnaire, par laparotomie	2X09	369,39	1576,00	1615,30	1655,70
10) Résection segmentaire double de l'intestin grêle et/ou du côlon avec chimio-hyperthermie intra-péritonéale (CHIP) et chirurgie de réduction tumorale (debulking), avec ou sans curage ganglionnaire, par laparotomie	2X10	394,01	1681,00	1723,00	1766,10
11) Résection segmentaire triple de l'intestin grêle et/ou du côlon avec chimio-hyperthermie intra-péritonéale (CHIP) et chirurgie de réduction tumorale (debulking), avec ou sans curage ganglionnaire, par laparotomie	2X11	418,64	1786,10	1830,70	1876,50
12) Résection segmentaire multiple de l'intestin grêle et/ou du côlon avec	2X12	492,51	2101,20	2153,70	2207,60

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
chimio-hyperthermie intra-péritonéale (CHIP) et chirurgie de réduction tumorale (debulking), avec curage ganglionnaire, par laparotomie					
13) Cure d'une fistule de l'intestin grêle, par coelioscopie	2X13	121,38	517,90	530,80	544,10
14) Cure d'une fistule de l'intestin grêle, par laparotomie	2X14	84,44	360,30	369,30	378,50
Sous-section 5 - Chirurgie du côlon et de l'appendice vermiforme					
1) Colostomie ou iléostomie, par coelioscopie	2X15	127,54	544,10	557,70	571,70
2) Colostomie ou iléostomie, par laparotomie	2X16	93,06	397,00	407,00	417,10
3) Fermeture de colostomie ou d'iléostomie, par voie péristomiale	2X17	84,44	360,30	369,30	378,50
4) Hémicolectomie droite, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	2X18	225,00	959,90	983,90	1008,50
5) Hémicolectomie droite, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie	2X19	200,38	854,90	876,30	898,20
6) Hémicolectomie droite, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	2X20	190,53	812,90	833,20	854,00
7) Hémicolectomie droite, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par laparotomie	2X21	165,90	707,80	725,50	743,60
8) Hémicolectomie droite, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	2X22	284,97	1215,80	1246,20	1277,30
9) Hémicolectomie droite, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	2X23	260,34	1110,70	1138,50	1166,90
10) Hémicolectomie droite, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2X24	250,49	1068,70	1095,40	1122,80
11) Hémicolectomie droite, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2X25	225,87	963,70	987,70	1012,40
12) Hémicolectomie élargie droite, avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	2X26	274,26	1170,10	1199,30	1229,30
13) Hémicolectomie élargie droite, avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie	2X27	249,63	1065,00	1091,60	1118,90
14) Hémicolectomie élargie droite avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	2X28	239,78	1023,00	1048,60	1074,80
15) Hémicolectomie élargie droite avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par laparotomie	2X29	215,15	917,90	940,90	964,40
16) Hémicolectomie élargie droite avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	2X30	385,07	1642,90	1683,90	1726,00
17) Hémicolectomie élargie droite avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	2X31	360,45	1537,80	1576,20	1615,60
18) Hémicolectomie élargie droite avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2X32	350,60	1495,80	1533,20	1571,50
19) Hémicolectomie élargie droite avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, sans rétablissement, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2X33	325,97	1390,70	1425,50	1461,10
20) Colectomie segmentaire transverse, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	2X34	225,00	959,90	983,90	1008,50
21) Colectomie segmentaire transverse, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie	2X35	200,38	854,90	876,30	898,20
22) Colectomie segmentaire transverse, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	2X36	190,53	812,90	833,20	854,00
23) Colectomie segmentaire transverse, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par laparotomie	2X37	165,90	707,80	725,50	743,60
24) Colectomie segmentaire transverse, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	2X38	284,97	1215,80	1246,20	1277,30
25) Colectomie segmentaire transverse, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	2X39	260,34	1110,70	1138,50	1166,90
26) Colectomie segmentaire transverse, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2X40	250,49	1068,70	1095,40	1122,80
27) Colectomie segmentaire transverse sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2X41	225,87	963,70	987,70	1012,40
28) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	2X42	328,43	1401,20	1436,20	1472,10
29) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ou splénique, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie	2X43	303,81	1296,20	1328,60	1361,80
30) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	2X44	259,48	1107,00	1134,70	1163,10
31) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ou splénique, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par laparotomie	2X45	234,86	1002,00	1027,00	1052,70
32) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	2X46	419,55	1790,00	1834,70	1880,50
33) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12	2X47	394,92	1684,90	1727,00	1770,10

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
ganglions, par coelioscopie					
34) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2X48	350,60	1495,80	1533,20	1571,50
35) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2X49	325,97	1390,70	1425,50	1461,10
36) Hémicolectomie gauche, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	2X50	225,00	959,90	983,90	1008,50
37) Hémicolectomie gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	2X51	190,53	812,90	833,20	854,00
38) Hémicolectomie gauche élargie incluant le sigmoïde ou un segment du côlon transverse, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	2X52	328,43	1401,20	1436,20	1472,10
39) Hémicolectomie gauche élargie incluant le sigmoïde ou un segment du côlon transverse, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	2X53	259,48	1107,00	1134,70	1163,10
40) Hémicolectomie gauche élargie incluant le sigmoïde ou un segment du côlon transverse, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	2X54	419,55	1790,00	1834,70	1880,50
41) Hémicolectomie gauche élargie incluant le sigmoïde ou un segment du côlon transverse, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2X55	350,60	1495,80	1533,20	1571,50
42) Colectomie subtotale comprenant au minimum les trois quarts du côlon, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	2X56	328,43	1401,20	1436,20	1472,10
43) Colectomie subtotale comprenant au minimum les trois quarts du côlon, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	2X57	259,48	1107,00	1134,70	1163,10
44) Colectomie subtotale comprenant au minimum les trois quarts du côlon, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	2X58	488,50	2084,10	2136,20	2189,60
45) Colectomie subtotale comprenant au minimum les trois quarts du côlon, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2X59	419,55	1790,00	1834,70	1880,50
46) Colectomie de Hartmann ou résection colique segmentaire sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie	2X60	268,81	1146,90	1175,50	1204,90
47) Colectomie de Hartmann ou résection colique segmentaire sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par laparotomie	2X61	234,34	999,80	1024,80	1050,40
48) Colectomie totale avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	2X62	354,73	1513,40	1551,20	1590,00
49) Colectomie totale avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	2X63	285,78	1219,30	1249,70	1281,00
50) Colectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie	2X64	320,26	1366,40	1400,50	1435,50
51) Colectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, par laparotomie	2X65	285,78	1219,30	1249,70	1281,00
52) Colectomie totale, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	2X66	514,80	2196,30	2251,20	2307,50
53) Colectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	2X67	490,17	2091,30	2143,50	2197,10
54) Colectomie totale, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2X68	445,85	1902,20	1949,70	1998,40
55) Colectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2X69	421,22	1797,10	1842,00	1888,00
56) Sigmoïdectomie, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	2X70	225,00	959,90	983,90	1008,50
57) Sigmoïdectomie, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	2X71	190,53	812,90	833,20	854,00
58) Sigmoïdectomie avec mobilisation de l'angle splénique, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	2X72	293,96	1254,20	1285,50	1317,60
59) Sigmoïdectomie avec mobilisation de l'angle splénique, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	2X73	259,48	1107,00	1134,70	1163,10
60) Sigmoïdectomie avec mobilisation de l'angle splénique, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	2X74	385,07	1642,90	1683,90	1726,00
61) Sigmoïdectomie avec mobilisation de l'angle splénique, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2X75	350,60	1495,80	1533,20	1571,50
62) Résection du diverticule de Meckel, par coelioscopie	2X76	107,79	459,90	471,40	483,10
63) Résection du diverticule de Meckel, par laparotomie	2X77	73,31	312,80	320,60	328,60
64) Résection du caecum sans résection du grêle, par coelioscopie	2X78	107,79	459,90	471,40	483,10
65) Résection du caecum sans résection du grêle, par laparatomie	2X79	73,31	312,80	320,60	328,60
66) Appendicectomie et résection du diverticule de Meckel, par coelioscopie	2X80	137,34	585,90	600,60	615,60
67) Appendicectomie et résection du diverticule de Meckel, par laparotomie	2X81	102,86	438,80	449,80	461,00
68) Appendicectomie par coelioscopie	2X82	107,79	459,90	471,40	483,10
69) Appendicectomie par laparotomie	2X83	73,31	312,80	320,60	328,60
70) Coloproctectomie totale, avec rétablissement de la continuité par anastomose iléo-anale, avec pose d'une stomie de protection, par coelioscopie	2X84	660,68	2818,70	2889,20	2961,40
71) Coloproctectomie totale avec rétablissement de la continuité par anastomose iléo-anale, avec pose d'une stomie de protection, par laparatomie	2X85	591,73	2524,60	2587,60	2652,30
72) Coloproctectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, par coelioscopie	2X86	591,73	2524,60	2587,60	2652,30
73) Coloproctectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, par laparatomie	2X87	522,78	2230,40	2286,10	2343,30
REMARQUE:					
1) Les positions 2X78 et 2X79 sont non cumulables avec une appendicectomie (2X80,					

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
2X81, 2X82, 2X83).					
Sous-section 6 - Chirurgie des voies biliaires					
1) Cholécystectomie, par coelioscopie	2Y01	152,83	652,00	668,30	685,00
2) Cholécystectomie, par laparotomie	2Y02	118,35	504,90	517,50	530,50
3) Cholécystectomie avec ablation transcystique de calcul de la voie biliaire principale, par coelioscopie	2Y03	177,45	757,10	776,00	795,40
4) Cholécystectomie avec ablation transcystique de calcul de la voie biliaire principale, par laparotomie	2Y04	142,98	610,00	625,30	640,90
5) Ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, avec ou sans cholécystectomie, par coelioscopie	2Y05	220,89	942,40	966,00	990,10
6) Ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, avec ou sans cholécystectomie, par laparotomie	2Y06	186,42	795,30	815,20	835,60
7) Résection de la voie biliaire principale pédiculaire avec anastomose biliodigestive, avec cholécystectomie, par coelioscopie	2Y07	288,49	1230,80	1261,60	1293,10
8) Résection de la voie biliaire principale pédiculaire avec anastomose biliodigestive, avec cholécystectomie, par laparotomie	2Y08	254,01	1083,70	1110,80	1138,50
9) Cholédochoduodénostomie, avec cholécystectomie, par coelioscopie	2Y09	218,95	934,10	957,50	981,40
10) Cholédochoduodénostomie, avec cholécystectomie, par laparotomie	2Y10	184,47	787,00	806,70	826,80
11) Cholédochojéjunostomie, avec cholécystectomie, par coelioscopie	2Y11	292,82	1249,30	1280,50	1312,50
12) Cholédochojéjunostomie, avec cholécystectomie, par laparotomie	2Y12	223,87	955,10	979,00	1003,50
13) Anastomose bilio-digestive portant sur la convergence des conduits hépatiques, avec cholécystectomie et avec résection éventuelle de la voie biliaire, par coelioscopie	2Y13	292,82	1249,30	1280,50	1312,50
14) Anastomose bilio-digestive portant sur la convergence des conduits hépatiques, avec cholécystectomie et avec résection éventuelle de la voie biliaire, par laparotomie	2Y14	258,35	1102,20	1129,80	1158,00
15) Anastomose bilio-digestive au-dessus de la convergence portant sur plusieurs conduits biliaires, avec cholécystectomie, par coelioscopie	2Y15	292,82	1249,30	1280,50	1312,50
16) Anastomose bilio-digestive au-dessus de la convergence portant sur plusieurs conduits biliaires, avec cholécystectomie, par laparotomie	2Y16	258,35	1102,20	1129,80	1158,00
17) Anastomose bilio-digestive intrahépatique portant sur un conduit biliaire segmentaire, avec cholécystectomie, par coelioscopie	2Y17	292,82	1249,30	1280,50	1312,50
18) Anastomose bilio-digestive intrahépatique portant sur un conduit biliaire segmentaire, avec cholécystectomie, par laparotomie	2Y18	258,35	1102,20	1129,80	1158,00
19) Reprise chirurgicale de la voie biliaire, par toute voie d'abord	2Y19	246,26	1050,60	1076,90	1103,80
REMARQUE: 1) Les positions 2Y01 à 2Y04 ne sont ni cumulables entres elles, ni avec une autre position de la présente sous-section.					
Sous-section 7 - Chirurgie du foie					
1) Évacuation de collection hépatique ou fenestration de kyste hépatique, par coelioscopie	2Y20	152,83	652,00	668,30	685,00
2) Évacuation de collection hépatique ou fenestration de kyste hépatique, par laparotomie	2Y21	118,35	504,90	517,50	530,50
3) Kystectomie ou périkystectomie hépatique, par coelioscopie	2Y22	152,83	652,00	668,30	685,00
4) Kystectomie ou périkystectomie hépatique, par laparotomie	2Y23	118,35	504,90	517,50	530,50
5) Résection atypique du foie, par coelioscopie	2Y24	288,49	1230,80	1261,60	1293,10
6) Résection atypique du foie, par laparotomie	2Y25	172,75	737,00	755,40	774,30
7) Résections atypiques multiples du foie, par coelioscopie	2Y26	319,25	1362,00	1396,10	1431,00
8) Résections atypiques multiples du foie, par laparotomie	2Y27	284,77	1214,90	1245,30	1276,40
9) Unisegmentectomie hépatique, par coelioscopie	2Y28	288,49	1230,80	1261,60	1293,10
10) Unisegmentectomie hépatique, par laparotomie	2Y29	217,08	926,20	949,30	973,00
11) Bisegmentectomie hépatique, par coelioscopie	2Y30	357,44	1525,00	1563,10	1602,20
12) Bisegmentectomie hépatique, par laparotomie	2Y31	254,01	1083,70	1110,80	1138,50
13) Trisegmentectomie hépatique, par coelioscopie	2Y32	357,44	1525,00	1563,10	1602,20
14) Trisegmentectomie hépatique, par laparotomie	2Y33	254,01	1083,70	1110,80	1138,50
15) Hépatectomie gauche, par coelioscopie	2Y34	359,90	1535,50	1573,80	1613,20
16) Hépatectomie gauche, par laparotomie	2Y35	254,01	1083,70	1110,80	1138,50
17) Hépatectomie gauche élargie à d'autres segments, par coelioscopie	2Y36	400,51	1708,70	1751,40	1795,20
18) Hépatectomie gauche élargie à d'autres segments, par laparotomie	2Y37	366,04	1561,70	1600,70	1640,70
19) Hépatectomie droite, par coelioscopie	2Y38	400,51	1708,70	1751,40	1795,20
20) Hépatectomie droite, par laparotomie	2Y39	366,04	1561,70	1600,70	1640,70
21) Hépatectomie droite élargie au segment 4, par coelioscopie	2Y40	434,99	1855,80	1902,20	1949,80
22) Hépatectomie droite élargie au segment 4, par laparotomie	2Y41	366,04	1561,70	1600,70	1640,70
23) Hépatectomie centrale, par coelioscopie	2Y42	421,47	1798,20	1843,10	1889,20
24) Hépatectomie centrale, par laparotomie	2Y43	352,52	1504,00	1541,60	1580,10
25) Reprise d'hépatectomie avec réintervention sur le même lobe hépatique, par coelioscopie	2Y44	434,99	1855,80	1902,20	1949,80
26) Reprise d'hépatectomie avec réintervention sur le même lobe hépatique, par laparotomie	2Y45	366,04	1561,70	1600,70	1640,70
27) Hémostase d'une ou de lésion(s) du foie en cas de traumatisme, par coelioscopie	2Y46	174,84	745,90	764,60	783,70
28) Hémostase d'une ou de lésion(s) du foie en cas de traumatisme, par laparotomie	2Y47	140,37	598,90	613,80	629,20
29) Destruction de tumeurs hépatiques avec courant de radiofréquence ou autre énergie, par coelioscopie	2Y48	197,01	840,50	861,50	883,10

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
30) Destruction de tumeurs hépatiques avec courant de radiofréquence ou autre énergie, par laparotomie	2Y49	160,07	682,90	700,00	717,50
31) Mise en place d'un cathéther pour chimio-embolisation intra-artérielle hépatique, par coelioscopie	2Y50	164,99	703,90	721,50	739,50
32) Mise en place d'un cathéther pour chimio-embolisation intra-artérielle hépatique, par laparotomie	2Y51	128,05	546,30	560,00	574,00
33) Mise en place d'un cathéther pour chimio-embolisation intra-artérielle hépatique, sous contrôle radiologique, par voie vasculaire	2Y52	98,50	420,20	430,70	441,50
34) Biopsie hépatique, en dehors de la biopsie per-opératoire, par laparotomie ou coelioscopie	2Y53	51,71	220,60	226,10	231,80
REMARQUE: 1) La position 2Y53 est non cumulable avec un autre acte de chirurgie digestive (acte dans la section 6).					
Sous-section 8 - Chirurgie du pancréas					
1) Anastomose pancréatico-jéjunale, par coelioscopie	2Y54	223,87	955,10	979,00	1003,50
2) Anastomose pancréatico-jéjunale, par laparotomie	2Y55	189,40	808,10	828,20	848,90
3) Anastomose pancréatico-jéjunale avec anastomose biliodigestive, avec ou sans cholécystectomie, par coelioscopie	2Y56	292,82	1249,30	1280,50	1312,50
4) Anastomose pancréatico-jéjunale avec anastomose biliodigestive, avec ou sans cholécystectomie, par laparotomie	2Y57	258,35	1102,20	1129,80	1158,00
5) Anastomose pancréatico-jéjunale avec gastro-jéjunostomie, par coelioscopie	2Y58	292,82	1249,30	1280,50	1312,50
6) Anastomose pancréaticojéjunale avec gastro-jéjunostomie, par laparotomie	2Y59	258,35	1102,20	1129,80	1158,00
7) Anastomose pancréatico-jéjunale avec anastomose bilio-digestive et gastro-jéjunostomie, avec ou sans cholécystectomie, par coelioscopie	2Y60	421,30	1797,40	1842,30	1888,40
8) Anastomose pancréatico-jéjunale avec anastomose bilio-digestive et gastro-jéjunostomie, avec ou sans cholécystectomie, par laparotomie	2Y61	386,82	1650,30	1691,60	1733,80
9) Anastomose pancréatico-jéjunale élargie associée à un évidement de la tête du pancréas (Intervention de Frey), par coelioscopie	2Y62	406,32	1733,50	1776,80	1821,20
10) Anastomose pancréatico-jéjunale élargie associée à un évidement de la tête du pancréas (Intervention de Frey), par laparotomie	2Y63	369,39	1576,00	1615,30	1655,70
11) Nécrosectomie pancréatique, par coelioscopie	2Y64	191,19	815,70	836,10	857,00
12) Nécrosectomie pancréatique, par laparotomie	2Y65	156,72	668,60	685,30	702,50
13) Exérèse locale de tumeur du pancréas, par coelioscopie	2Y66	220,89	942,40	966,00	990,10
14) Exérèse locale de tumeur du pancréas, par laparotomie	2Y67	186,42	795,30	815,20	835,60
15) Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par coelioscopie	2Y68	329,25	1404,70	1439,80	1475,80
16) Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par laparotomie	2Y69	260,29	1110,50	1138,20	1166,70
17) Pancréatectomie gauche avec splénectomie (Splénopancréatectomie gauche), par coelioscopie	2Y70	284,92	1215,60	1246,00	1277,10
18) Pancréatectomie gauche avec splénectomie (Splénopancréatectomie gauche), par laparotomie	2Y71	250,44	1068,50	1095,20	1122,50
19) Pancréatectomie gauche avec splénectomie (Splénopancréatectomie gauche), avec curage ganglionnaire, par coelioscopie	2Y72	444,93	1898,20	1945,70	1994,30
20) Pancréatectomie gauche avec splénectomie (Splénopancréatectomie gauche), avec curage ganglionnaire, par laparotomie	2Y73	410,45	1751,10	1794,90	1839,80
21) Isthmectomie pancréatique, par toute voie d'abord	2Y74	186,42	795,30	815,20	835,60
22) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum, sans splénectomie, par coelioscopie	2Y75	400,51	1708,70	1751,40	1795,20
23) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum, sans splénectomie, avec curage ganglionnaire, par coelioscopie	2Y76	560,52	2391,40	2451,20	2512,40
24) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum, sans splénectomie, par laparotomie	2Y77	366,04	1561,70	1600,70	1640,70
25) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum, sans splénectomie, avec curage ganglionnaire, par laparotomie	2Y78	526,05	2244,30	2300,40	2357,90
26) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum et splénectomie, par coelioscopie	2Y79	400,51	1708,70	1751,40	1795,20
27) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum et splénectomie, par laparotomie	2Y80	366,04	1561,70	1600,70	1640,70
28) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum et splénectomie, avec curage ganglionnaire, par coelioscopie	2Y81	560,52	2391,40	2451,20	2512,40
29) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum et splénectomie, avec curage ganglionnaire, par laparotomie	2Y82	526,05	2244,30	2300,40	2357,90
30) Duodéno-pancréatectomie céphalique, avec rétablissement de la continuité, avec cholécystectomie, par coelioscopie	2Y83	400,51	1708,70	1751,40	1795,20
31) Duodéno-pancréatectomie céphalique, avec rétablissement de la continuité, avec cholécystectomie, par laparotomie	2Y84	366,04	1561,70	1600,70	1640,70
32) Duodéno-pancréatectomie céphalique avec rétablissement de la continuité, avec cholécystectomie, avec curage ganglionnaire, par coelioscopie	2Y85	595,00	2538,50	2601,90	2667,00
33) Duodéno-pancréatectomie céphalique, avec rétablissement de la continuité, avec cholécystectomie, avec curage ganglionnaire, par laparotomie	2Y86	446,04	1903,00	1950,50	1999,30
34) Duodéno-pancréatectomie totale avec rétablissement de la continuitié et splénectomie	2Y87	400,51	1708,70	1751,40	1795,20

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
(Splénopancréatectomie totale), par coelioscopie					
35) Duodéno-pancréatectomie totale avec rétablissement de la continuitié et splénectomie (Splénopancréatectomie totale), par laparotomie	2Y88	366,04	1561,70	1600,70	1640,70
36) Duodéno-pancréatectomie totale avec rétablissement de la continuitié et splénectomie (Splénopancréatectomie totale), avec curage ganglionnaire, par coelioscopie	2Y89	560,52	2391,40	2451,20	2512,40
37) Duodéno-pancréatectomie totale avec rétablissement de la continuitié et splénectomie (Splénopancréatectomie totale), avec curage ganglionnaire, par laparotomie	2Y90	526,05	2244,30	2300,40	2357,90
Sous-section 9 - Chirurgie des glandes surrénales					
1) Surrénalectomie partielle ou totale, sans intervention sur le rein, avec ou sans résection des splanchniques, avec ou sans décapsulation, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	2Z01	247,37	1055,40	1081,70	1108,80
2) Surrénalectomie partielle ou totale, sans intervention sur le rein, avec ou sans résection des splanchniques, avec ou sans décapsulation, par laparotomie	2Z02	178,41	761,20	780,20	799,70
REMARQUE: 1) Les positions 2Z01 et 2Z02 sont non cumulables avec un autre acte de chirurgie digestive (acte dans la section 6).					
Sous-section 10 - Chirurgie de la rate					
1) Splénectomie totale, par coelioscopie	2Z03	187,38	799,40	819,40	839,90
2) Splénectomie totale, par laparotomie	2Z04	152,90	652,30	668,60	685,30
3) Splénectomie partielle, par coelioscopie	2Z05	162,75	694,40	711,70	729,50
4) Splénectomie partielle, par laparotomie	2Z06	128,28	547,30	561,00	575,00
Sous-section 11 - Chirurgie du rectum					
1) Résection antérieure du rectum avec résection du mésorectum avec anastomose latéroterminale ou terminoterminale, avec ou sans pose de stomie de protection, avec curage ganglionnaire d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	2Z07	534,97	2282,40	2339,40	2397,90
2) Résection antérieure du rectum avec résection du mésorectum avec anastomose latéroterminale ou terminoterminale, avec ou sans pose de stomie de protection, avec curage ganglionnaire d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2Z08	466,02	1988,20	2037,90	2088,80
3) Résection antérieure du rectum avec résection totale du mésorectum et dissection intersphinctérienne et anastomose colo-anale manuelle, avec curage ganglionnaire d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	2Z09	569,44	2429,50	2490,20	2552,40
4) Résection antérieure du rectum avec résection totale du mésorectum et dissection intersphinctérienne et anastomose colo-anale manuelle, avec curage ganglionnaire d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	2Z10	500,49	2135,30	2188,60	2243,30
5) Résection antérieure du rectum avec résection totale du mésorectum et anastomose transanale manuelle, par coelioscopie	2Z11	569,44	2429,50	2490,20	2552,40
6) Résection antérieure du rectum avec résection totale du mésorectum et anastomose transanale manuelle, par laparotomie	2Z12	500,49	2135,30	2188,60	2243,30
7) Résection antérieure du rectum avec résection totale du mésorectum et anastomose transanale (TaTME), par coelioscopie	2Z13	569,44	2429,50	2490,20	2552,40
8) Résection antérieure du rectum avec résection totale du mésorectum et anastomose transanale (TaTME), par laparotomie	2Z14	500,49	2135,30	2188,60	2243,30
9) Résection antérieure du rectum avec résection subtotale du mésorectum avec anastomose terminale, par coelioscopie	2Z15	395,90	1689,10	1731,30	1774,50
10) Résection antérieure du rectum avec résection subtotale du mésorectum avec anastomose terminale, par laparotomie	2Z16	326,95	1394,90	1429,80	1465,50
11) Suture de plaie du rectum, par coelioscopie	2Z17	146,89	626,70	642,30	658,40
12) Suture de plaie du rectum, par laparotomie	2Z18	112,42	479,60	491,60	503,90
13) Suture de plaie du rectum, par voie directe (endo-anale)	2Z19	146,89	626,70	642,30	658,40
14) Reconstruction du rectum par réservoir (pouch) colo-anal	2Z20	73,88	315,20	323,10	331,20
15) Résection locale et transanale d'une tumeur du rectum, non réséquable, par coloscopie	2Z21	144,43	616,20	631,60	647,40
16) Amputation abdomino-périnéale sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie définitive, par coelioscopie	2Z22	581,49	2480,90	2542,90	2606,40
17) Amputation abdomino-périnéale sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie définitive, par laparotomie	2Z23	443,58	1892,50	1939,80	1988,30
Sous-section 12 - Prolapsus rectal et rectocèles					
1) Cure de prolapsus rectal, d'invagination ou de rectocèle, avec ou sans prothèse, par coelioscopie	2Z24	155,29	662,50	679,10	696,10
2) Cure de prolapsus rectal, d'invagination ou de rectocèle, avec ou sans prothèse, par laparotomie	2Z25	118,35	504,90	517,50	530,50
3) Cure de prolapsus rectal, d'invagination ou de rectocèle, avec ou sans prothèse, par voie directe (anale)	2Z26	109,95	469,10	480,80	492,80
4) Cure de prolapsus rectal avec résection sigmoïde, par coelioscopie	2Z27	250,54	1068,90	1095,60	1123,00
5) Cure de prolapsus rectal avec résection sigmoïde, par laparotomie	2Z28	213,60	911,30	934,10	957,40
6) Cure de prolapsus rectal avec résection colorectale, par voie directe (anale)	2Z29	205,21	875,50	897,40	919,80

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
7) Cure de rectocèle, par voie vaginale	2Z30	109,95	469,10	480,80	492,80
Sous-section 13 - Chirurgie de l'anus					
1) Fissurectomie, avec ou sans sphinctéromyotomie latérale interne, par voie directe	2Z31	42,26	180,30	184,80	189,40
2) Fissurectomie, avec lambeau d'avancement muqueux, par voie directe	2Z32	91,51	390,40	400,20	410,20
3) Injection de botox, par voie trans-sphinctérienne	2Z33	24,63	105,10	107,70	110,40
4) Incision et drainage d'un abcès péri-anal, par voie directe	2Z34	79,20	337,90	346,30	355,00
5) Incision et drainage d'un abcès ano-rectal haut, par voie directe	2Z35	75,08	320,30	328,30	336,50
6) Traitement d'une fistule anale supra-sphinctérienne, transsphinctérienne ou inter-sphinctérienne avec Séton, par voie directe	2Z36	75,08	320,30	328,30	336,50
7) Cure de fistule anale suprasphinctérienne, par voie directe	2Z37	124,34	530,50	543,70	557,30
8) Cure de fistule anale trans et inter-sphinctérienne, par voie directe	2Z38	136,65	583,00	597,60	612,50
9) Cure de fistule anale sous-muqueuse, par voie directe	2Z39	42,26	180,30	184,80	189,40
10) Hémorroïdectomie isolée, par toute technique chirurgicale	2Z40	42,26	180,30	184,80	189,40
11) Cure de plusieurs hémorroïdes, par toute technique chirurgicale	2Z41	100,33	428,00	438,70	449,70
12) Exérèse de thrombose hémorroïdaire externe, par voie directe	2Z42	42,26	180,30	184,80	189,40
13) Exérèse de sinus pilonidal avec ou sans fermeture primaire (avec prélèvement anatomopathologique), par voie directe	2Z43	61,56	262,60	269,20	275,90
14) Marsupialisation de sinus pilonidal, par voie directe	2Z44	36,20	154,40	158,30	162,30
15) Incision d'abcès sur sinus pilonidal, par voie directe	2Z45	8,50	36,30	37,20	38,10
16) Exérèse de Verneuil de moins de 30 cm², par voie directe	2Z46	64,03	273,20	280,00	287,00
17) Exérèse de Verneuil de plus de 30 cm², par voie directe	2Z47	98,50	420,20	430,70	441,50
18) Débridement périnéofessier large pour gangrène de Fournier, par voie directe	2Z48	103,43	441,30	452,30	463,60
19) Coagulation de condylomes anaux, par voie directe	2Z49	42,26	180,30	184,80	189,40
20) Exérèse de condylomes, par voie directe	2Z50	42,26	180,30	184,80	189,40
21) Excision de tumeurs de la marge et du canal anal ou exérèse isolée de marisque ou papille anale, par voie directe	2Z51	42,26	180,30	184,80	189,40
22) Reprise pour hémostase après intervention proctologique, par voie directe	2Z52	42,26	180,30	184,80	189,40
23) Cure par lambeau cutané ou muqueux d'une sténose anale, par voie directe	2Z53	103,82	442,90	454,00	465,40
24) Intervention pour imperforation anale vraie, par voie basse	2Z54	99,24	423,40	434,00	444,80
25) Intervention pour imperforation anale, par voie haute ou combinée	2Z55	185,95	793,30	813,20	833,50
26) Reconstruction du sphincter anal par plastie musculaire, par voie directe	2Z56	109,95	469,10	480,80	492,80
27) Cure d'incontinence anale par agent de gonflement (bulking agent) trans-sphinctérien	2Z57	29,55	126,10	129,20	132,50
28) Cure d'incontinence anale par implants trans-sphinctériens	2Z58	136,94	584,20	598,80	613,80
29) Fissure anale ou hémorroïde traitée par électrocoagulation ou injection sclérosante, première séance	2R21	15,85	67,60	69,30	71,00
30) Fissure anale ou hémorroïde traitée par électrocoagulation ou injection sclérosante, séances suivantes et par séance	2R22	10,14	43,30	44,30	45,50
REMARQUES: 1) Les codes 2Z31 et 2Z32 ne sont pas cumulables avec un acte sur l'anus (2Z31 à 2Z58, 2R21 et 2R22). 2) Les codes 2Z31 à 2Z58, 2R21 et 2R22 ne sont pas cumulables avec le code 1G61 (Anuscopie - CAC) qui est inclus dans le tarif de l'acte.					
Sous-section 14 - Divers					
1) Pose, ablation, ou changement de "vacuum assisted closure" (VAC) périnéal	2Z59	75,08	320,30	328,30	336,50
2) Pose, ablation, ou changement de "vacuum assisted closure" (VAC) intrapéritonéal	2Z60	143,86	613,80	629,10	644,80
3) Recoupe ou réfection de stomie avec ou sans transposition, par voie directe	2Z61	93,06	397,00	407,00	417,10
4) Cure d'une collection (abcès...), par coelioscopie	2Z62	96,41	411,30	421,60	432,10
5) Cure d'une collection (abcès...), par laparotomie	2Z63	61,93	264,20	270,80	277,60
6) Cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, avec ou sans résection ou anastomose, en urgence, par coelioscopie	2Z64	178,34	760,90	779,90	799,40
7) Cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, avec ou sans résection ou anastomose, en urgence, par laparotomie	2Z65	143,86	613,80	629,10	644,80
8) Exérèse de tumeurs solides intra et extrapéritonéales inférieures ou égales à 10 cm de diamètre, sans rattachement à un organe codé dans la nomenclature, par coelioscopie	2Z66	194,54	830,00	850,70	872,00
9) Exérèse de tumeurs solides intra et extrapéritonéales inférieures ou égales à 10 cm de diamètre, sans rattachement à un organe codé dans la nomenclature, par laparotomie	2Z67	160,07	682,90	700,00	717,50
10) Exérèse de tumeurs solides intra et extrapéritonéales supérieures à 10 cm de diamètre, sans rattachement à un organe codé dans la nomenclature, par coelioscopie	2Z68	280,73	1197,70	1227,60	1258,30
11) Exérèse de tumeurs solides intra et extrapéritonéales supérieures à 10 cm de diamètre, sans rattachement à un organe codé dans la nomenclature, par laparotomie	2Z69	246,26	1050,60	1076,90	1103,80
12) Cure de hernie avec hydrocèle ou ectopie testiculaire	2A23	93,06	397,00	407,00	417,10
13) Cure d'occlusion du nouveau-né par malformation congénitale (atrésie, volvulus, mésentère commun)	2D52	172,85	737,40	755,90	774,80
REMARQUE: 1) Les positions 2Z62 à 2Z69 sont non cumulables avec un autre acte de chirurgie digestive (acte dans la section 6).					

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
Sous-section 15 - Actes complémentaires					
1) Acte complémentaire : Radiographie peropératoire des voies biliaires ou pancréatiques	2Z70	24,75	105,60	108,20	110,90
2) Acte complémentaire : Endoscopie / radioscopie peropératoire des voies biliaires ou pancréatiques	2Z71	24,75	105,60	108,20	110,90
REMARQUE: Les positions 2Z70 et 2Z71 sont non facturables en 1ère position, facturables uniquement en complément d'un acte de chirurgie digestive (acte dans la section 6) sauf 2Y53, 2Z01 et 2Z02, 2Z62 à 2Z69, 2Z70 et 2Z71.					
Section 7 - Neurochirurgie, Chirurgie du rachis					
Sous-section 1 - Crâne et encéphale					
1) Trépanation pour traumatisme récent avec ouverture de la dure-mère	2N11	200,60	855,80	877,20	899,10
2) Extraction d'un corps étranger intra-cérébral	2N12	218,80	933,50	956,80	980,70
3) Traitement d'une plaie crânio-cérébrale avec embarrure	2N13	218,80	933,50	956,80	980,70
4) Intervention réparatrice pour perte de substance crânienne (prothèse exogène ou autoplastie)	2N14	264,60	1128,90	1157,10	1186,00
5) Plastie pour brèche avec écoulement de liquide céphalo-rachidien	2N15	205,40	876,30	898,20	920,70
6) Trépanation exploratrice, quelque soit le nombre des trous de trépan	2N21	45,75	195,20	200,10	205,10
7) Trépanation exploratrice avec intervention palliative sur lésion chronique ou inopérable	2N22	136,90	584,10	598,70	613,60
8) Intervention secondaire pour complications locales	2N23	218,80	933,50	956,80	980,70
9) Chirurgie de la crânio-sténose	2N24	218,80	933,50	956,80	980,70
10) Intervention sur la région hypophysaire ou sur les nerfs optiques	2N31	218,80	933,50	956,80	980,70
11) Intervention sur la fosse cérébrale postérieure, intervention pour malformation d'Arnold-Chiari	2N32	300,95	1284,00	1316,10	1348,90
12) Trépanation et ablation d'une tumeur de la voûte crânienne	2N33	132,40	564,90	579,00	593,50
13) Trépanation et ablation de tumeur, hématome ou abcès des hémisphères cérébraux	2N34	218,80	933,50	956,80	980,70
14) Trépanation et ablation d'un méningiome	2N35	300,95	1284,00	1316,10	1348,90
15) Trépanation et ablation d'une tumeur profonde para- ou intra-ventriculaire, d'un pinéalome	2N36	300,95	1284,00	1316,10	1348,90
16) Trépanation et évacuation d'un abcès ou d'un hématome extra-dural	2N37	100,55	429,00	439,70	450,70
17) Anastomose vasculaire extra - intracrânienne	2N41	319,25	1362,00	1396,10	1431,00
18) Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne par abord direct	2N42	319,25	1362,00	1396,10	1431,00
19) Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne par volet bifrontal	2N43	328,55	1401,70	1436,70	1472,70
20) Traitement opératoire d'une malformation vasculaire intra-crânienne avec dénudation des carotides	2N44	342,05	1459,30	1495,80	1533,20
21) Traitement opératoire d'une malformation vasculaire de la fosse cérébrale postérieure	2N45	342,05	1459,30	1495,80	1533,20
22) Intervention pour conflit artère - nerf intracrânien	2N46	300,95	1284,00	1316,10	1348,90
23) Excision d'une cicatrice cérébrale ou d'une zone épileptogène	2N51	218,80	933,50	956,80	980,70
24) Drainage permanent des ventricules pour hydrocéphalie	2N52	218,80	933,50	956,80	980,70
25) Dérivation kysto - péritonéale ou sous-duro - péritonéale	2N53	218,80	933,50	956,80	980,70
26) Drainage temporaire par trépanoponction pour hydrocéphalie	2N54	100,55	429,00	439,70	450,70
27) Mise en place d'un capteur de pression intra - crânienne	2N55	100,55	429,00	439,70	450,70
28) Insertion d'un cathéter ventriculaire avec installation d'un réservoir	2N56	100,55	429,00	439,70	450,70
29) Drainage lombaire temporaire pour hypertension intra - crânienne	2N57	45,75	195,20	200,10	205,10
30) Topectomie, lobotomie, tractotomie	2N58	218,80	933,50	956,80	980,70
31) Interventions stéréotaxiques, temps opératoire et radiologique	2N61	337,50	1439,90	1475,90	1512,80
32) Réintervention stéréotaxique homolatérale	2N62	136,90	584,10	598,70	613,60
33) Section isolée de la tente du cervelet	2N63	182,40	778,20	797,60	817,60
34) Hémisphérectomie cérébrale ou cérébelleuse	2N64	342,05	1459,30	1495,80	1533,20
35) Traitement chirurgical de la méningoencéphalocèle de la voûte du crâne	2N65	100,55	429,00	439,70	450,70
36) Traitement chirurgical de la méningoencéphalocèle de la base du crâne	2N66	182,40	778,20	797,60	817,60
37) Trépanoponction ventriculaire	2N71	36,40	155,30	159,20	163,20
38) Ponction latérofontanellaire	2N72	22,75	97,10	99,50	102,00
39) Trépanantion décompressive (grand volet)	2N73	136,90	584,10	598,70	613,60
Sous-section 2 - Nerfs crâniens et périphériques					
1) Neurotomie intra - crânienne	2N81	136,90	584,10	598,70	613,60
2) Neurectomie vestibulaire	2N82	300,95	1284,00	1316,10	1348,90
3) Gangliolyse (Taarnhoj)	2N83	182,40	778,20	797,60	817,60
4) Neurotomie sélective ou anastomose du nerf facial périphérique	2N84	136,90	584,10	598,70	613,60
5) Thermocoagulation du trijumeau	2N85	136,90	584,10	598,70	613,60
6) Transposition d'un tronc nerveux	2N86	91,15	388,90	398,60	408,60
7) Exploration du plexus brachial	2N87	136,90	584,10	598,70	613,60
8) Thermocoagulation facettaire, quel que soit le nombre d'étages ou de côtés traités, une séance pour une période de 6 mois	2N88	50,00	213,30	218,70	224,10

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
REMARQUE: L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour la thermocoagulation facettaire (2N88).					
Sous-section 3 - Chirurgie du canal rachidien					
1) Traitement chirurgical du spina bifida sans méningo-myélocèle	2V11	57,25	244,30	250,40	256,60
2) Traitement chirurgical du spina bifida avec méningo-myélocèle	2V12	136,90	584,10	598,70	613,60
3) Laminectomie avec cure d'abcès, arachnoidite, pachyméningite	2V21	136,90	584,10	598,70	613,60
4) Laminectomie avec section des ligaments dentelés	2V22	136,90	584,10	598,70	613,60
5) Laminectomie avec ablation d'une tumeur sous-durale, extramédullaire	2V23	168,85	720,40	738,40	756,80
6) Cure chirurgicale d'une malformation vasculaire médullaire	2V24	168,85	720,40	738,40	756,80
7) Laminectomie avec ponction d'une tumeur intramédullaire	2V31	136,90	584,10	598,70	613,60
8) Laminectomie pour hématome intrarachidien	2V32	168,85	720,40	738,40	756,80
9) Intervention pour syringomyélie ou hydromélie	2V33	168,85	720,40	738,40	756,80
10) Laminectomie avec ablation d'une tumeur intramédullaire	2V34	218,80	933,50	956,80	980,70
11) Laminectomie avec ablation d'une tumeur de la queue de cheval	2V35	218,80	933,50	956,80	980,70
12) Extraction d'un corps étranger du canal rachidien	2V36	136,90	584,10	598,70	613,60
13) Cordotomie isolée	2V41	136,90	584,10	598,70	613,60
14) Cordotomies combinées multiples	2V42	159,70	681,30	698,40	715,80
15) Myélotomie commissurale	2V43	136,90	584,10	598,70	613,60
16) Radicotomies intradurales multiples	2V44	159,70	681,30	698,40	715,80
17) Implantation du boîtier d'un stimulateur médullaire	2V51	39,50	168,50	172,70	177,10
18) Mise en place par voie percutanée de la sonde d'un stimulateur médullaire sous contrôle radiologique et stimulation de repérage	2V52	65,95	281,40	288,40	295,60
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	373,30	382,60	392,20
20) Laminectomie et mise en place de la sonde d'un stimulateur, stimulation éventuelle avec enregistrement des potentiels évoqués	2V54	136,95	584,30	598,90	613,90
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	668,50	685,20	702,40
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	195,20	200,10	205,10
2) Ostéosynthèse occipito-cervicale	2V62	113,85	485,70	497,90	510,30
3) Ostéosynthèse cervicale	2V63	136,90	584,10	598,70	613,60
4) Ostéosynthèse cervicale par voie transorale	2V64	252,15	1075,80	1102,70	1130,20
5) Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis cervical (ostéosynthèse comprise)	2V65	168,85	720,40	738,40	756,80
6) Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis cervical, par voie transorale (ostéosynthèse comprise)	2V66	252,15	1075,80	1102,70	1130,20
7) Greffe osseuse cervicale, prise du greffon comprise	2V67	78,10	333,20	341,50	350,10
8) Laminectomie cervicale simple, un niveau	2V71	68,50	292,20	299,60	307,00
9) Laminectomie cervicale élargie, plus d'un niveau	2V72	168,85	720,40	738,40	756,80
10) Intervention pour hernie discale cervicale avec ou sans uncoforaminotomie	2V73	168,85	720,40	738,40	756,80
11) Corporectomie cervicale avec greffe et ostéosynthèse	2V75	252,15	1075,80	1102,70	1130,20
b) Rachis dorsal ou lombaire					
1) Réduction et contention d'une fracture ou luxation de la colonne dorsale ou lombaire	2V81	35,35	150,80	154,60	158,40
2) Ostéosynthèse dorsale par voie postérieure	2V82	136,90	584,10	598,70	613,60
3) Ostéosynthèse dorsale par voie antérieure	2V83	168,85	720,40	738,40	756,80
4) Ostéosynthèse lombaire	2V84	136,90	584,10	598,70	613,60
5) Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis dorsal ou lombaire (ostéosynthèse comprise)	2V85	168,85	720,40	738,40	756,80
6) Greffe osseuse dorsale ou lombaire, prise du greffon comprise	2V86	78,10	333,20	341,50	350,10
7) Laminectomie dorsale ou lombaire simple, un niveau	2V91	68,50	292,20	299,60	307,00
8) Laminectomie dorsale ou lombaire élargie, plus d'un niveau	2V92	168,85	720,40	738,40	756,80
9) Intervention pour hernie discale dorsale ou lombaire	2V93	100,55	429,00	439,70	450,70
10) Arthrodèse intersomatique lombaire (greffe et prise du greffon comprise)	2V94	175,95	750,70	769,40	788,70
11) Traitement orthopédique d'une scoliose ou cyphose avec réduction et contention	2V95	45,75	195,20	200,10	205,10
12) Traitement chirurgical d'une scoliose ou cyphose avec ostéosynthèse, quelle que soit l'étendue	2V96	252,15	1075,80	1102,70	1130,20
13) Résection du coccyx, opération pour fistule sacro-coccygienne	2V97	36,20	154,40	158,30	162,30

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
Chapitre 3 - Oto-Rhino-Laryngologie					
Section 1 - Oreilles					
Sous-section 1 - Examens					
1) Audiométrie vocale en chambre insonorisée	3R01	10,05	42,90	43,90	45,00
2) Location d'appareil	3R01X	2,04	8,70	8,90	9,10
3) Audiométrie tonale en chambre insonorisée complétée par audiométrie vocale et/ou par recherche du recrutement, documentation par graphique	3R02	15,00	64,00	65,60	67,20
4) Location d'appareil	3R02X	2,04	8,70	8,90	9,10
5) Audiométrie comportementale de l'enfant de moins de 6 ans	3R03	12,00	51,20	52,50	53,80
6) Location d'appareil	3R03X	2,04	8,70	8,90	9,10
7) Electrocochléographie	3R06	27,75	118,40	121,40	124,40
8) (en suspens)					
9) (en suspens)					
10) Electronystagmographie et tests d'oculomotricité avec épreuve rotatoire en fauteuil pendulaire	3R08	40,00	170,70	174,90	179,30
11) Balayage audiométrique - CAC	3R11	4,00	17,10	17,50	17,90
12) Location d'appareil	3R11X	2,04	8,70	8,90	9,10
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	42,90	43,90	45,00
14) Location d'appareil	3R12X	2,04	8,70	8,90	9,10
15) Impédancemétrie (tympanométrie, réflexe stapédien) - CAC (non cumulable à la position 3R02)	3R13	4,00	17,10	17,50	17,90
16) Location d'appareil	3R13X	2,04	8,70	8,90	9,10
17) Otoscopie au microscope - CAC	3R14	3,90	16,60	17,10	17,50
18) Examen labyrinthique avec épreuve de stimulation - CAC	3R15	5,00	21,30	21,90	22,40
19) Electronystagmographie avec épreuve de stimulation	3R16	22,40	95,60	98,00	100,40
20) Location d'appareil	3R16X	5,41	23,10	23,70	24,20
21) Potentiels évoqués auditifs, en chambre insonorisée, avec recherche du seuil de détection de l'onde V et étude des latences	3R17	33,65	143,60	147,20	150,80
22) Location d'appareil	3R17X	13,08	55,80	57,20	58,60
REMARQUE: Ne sont pas cumulables entre eux: * les examens d'audiométrie (3R01, 3R02, 3R03, 3R11, 3R12) * les examens labyrintiques (3R08, 3R15, 3R16)					
Sous-section 2 - Petites interventions					
1) Cathétérisme ou bougirage de la trompe d'Eustache - CAC	3R21	4,65	19,80	20,30	20,80
2) Extraction documentée d'un corps étranger enclavé du conduit auditif externe à l'exclusion d'un bouchon de cérumen - CAC	3R22	5,00	21,30	21,90	22,40
3) Paracentèse du tympan ou injection transtympanique	3R23	7,75	33,10	33,90	34,70
4) Drainage transtympanique	3R24	20,70	88,30	90,50	92,80
5) Extraction d'un polype de l'oreille moyenne	3R25	7,55	32,20	33,00	33,80
6) Traitement pré-opératoire de l'otite chronique sous microscope, par séance (maximum 4 séances)	3R26	12,00	51,20	52,50	53,80
7) Traitement post-opératoire de l'otite chronique sous microscope, par séance, (maximum 5 séances)	3R29	12,00	51,20	52,50	53,80
Sous-section 3 - Chirurgie de l'oreille					
1) Autoplastie du pavillon de l'oreille avec intervention sur le cartilage en cas de mutilation post-traumatique	3R30	60,65	258,80	265,20	271,90
2) Autoplastie du pavillon de l'oreille avec intervention sur le cartilage, chirurgie de l'oreille décollée	3R31	60,65	258,80	265,20	271,90
3) 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	493,20	505,50	518,20
4) Ablation d'un ostéome pédiculé du conduit auditif	3R41	10,70	45,70	46,80	48,00
5) Ablation d'un ostéome non pédiculé du conduit auditif	3R42	21,80	93,00	95,30	97,70
6) Ablation d'une tumeur maligne de l'oreille externe par résection cunéiforme	3R43	10,70	45,70	46,80	48,00
7) Résection large d'une tumeur maligne de l'oreille externe	3R44	32,60	139,10	142,60	146,10
8) Plastie du tympan avec réparation de la continuité de la chaîne ossiculaire, quelque soit le temps osseux	3R50	156,25	666,60	683,30	700,40
9) Plastie de la membrane tympanique (myringoplastie)	3R51	104,10	444,10	455,20	466,60
10) Trépanation du labyrinthe	3R52	91,10	388,70	398,40	408,30
11) Intervention pour ankylose de l'étrier	3R53	156,25	666,60	683,30	700,40
12) Mastoidectomie simple	3R61	65,00	277,30	284,20	291,30
13) Evidement pétro-mastoidien	3R64	91,10	388,70	398,40	408,30
14) Opération de libération ou de réparation du nerf facial intrapétreux	3R67	156,25	666,60	683,30	700,40

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
15) Résection du rocher pour tumeur de l'oreille moyenne, mastoidectomie comprise	3R68	200,00	853,30	874,60	896,50
Section 2 - Nez et Sinus					
Sous-section 1 - Examens					
1) Rhinomanométrie, mesure des débits et des pressions	3N10	12,30	52,50	53,80	55,10
2) Location d'appareil	3N10X	1,96	8,40	8,60	8,80
3) Rhinomanométrie avant et après épreuve pharmaco-dynamique (non cumulable à la position 3N10)	3N11	18,45	78,70	80,70	82,70
4) Location d'appareil	3N11X	1,96	8,40	8,60	8,80
5) Sinuscopie avec optique, exploration (non cumulable avec un acte de chirurgie intrasinusale)	3N12	29,25	124,80	127,90	131,10
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	21,30	21,90	22,40
7) Sinuscopie avec optique et biopsie (non cumulable avec un acte de chirurgie intrasinusale)	3N14	39,00	166,40	170,50	174,80
Sous-section 2 - Petites interventions					
1) Hémostase nasale par tamponnement antérieur et postérieur	3N20	60,00	256,00	262,40	268,90
2) Réduction simple d'une fracture du nez, contention comprise	3N21	13,05	55,70	57,10	58,50
3) Hémostase nasale par tamponnement antérieur - CAC	3N22	3,80	16,20	16,60	17,00
4) Incision d'un hématome ou d'un abcès intra-nasal - CAC	3N23	4,25	18,10	18,60	19,00
5) Traitement de lésions de la muqueuse nasale par électrocoagulation, cautérisation, infiltration, injection sclérosante (anesthésie locale comprise) - CAC	3N25	5,30	22,60	23,20	23,80
6) Ablation de polypes nasaux, la première séance	3N26	12,55	53,50	54,90	56,30
7) Ablation de polypes nasaux, séance suivante pour une période de six mois	3N27	7,55	32,20	33,00	33,80
8) Panendoscopie naso-sinusienne de nettoyage après chirurgie de la rhino-sinusite polypeuse, un côté	3N28	60,00	256,00	262,40	268,90
9) Extraction de corps étrangers enclavés du nez, anesthésie locale comprise - CAC	3N30	5,00	21,30	21,90	22,40
10) Ponction isolée du sinus maxillaire, anesthésie locale comprise	3N31	8,80	37,50	38,50	39,40
11) Lavage et/ou aspiration et/ou instillation au niveau d'un sinus par un orifice naturel ou artificiel	3N32	6,15	26,20	26,90	27,60
12) Sidération du ganglion sphéno-palatin ou des branches du trijumeau à la sortie du crâne, première séance	3N35	12,55	53,50	54,90	56,30
13) Sidération du ganglion sphéno-palatin ou des branches du trijumeau à la sortie du crâne, séance suivante	3N36	7,55	32,20	33,00	33,80
Sous-section 3 - Chirurgie du nez					
1) Réduction sanglante d'une fracture du nez ou de sinus, contention comprise	3N41	35,15	150,00	153,70	157,60
2) Traitement chirurgical du rhinophyma, une ou plusieurs séances	3N42	16,75	71,50	73,20	75,10
3) Extraction de corps étrangers par rhinotomie externe	3N43	35,15	150,00	153,70	157,60
4) Résection d'un éperon ou d'une crête de cloison	3N44	11,00	46,90	48,10	49,30
5) Plastie narinaire sur traumatisme, avec greffe	3N45	35,15	150,00	153,70	157,60
6) Plastie narinaire sur cicatrice, un ou plusieurs temps	3N46	44,25	188,80	193,50	198,30
7) Septoplastie correctrice, un ou plusieurs temps	3N47	65,00	277,30	284,20	291,30
8) Rhinoplastie reconstructrice de la pyramide nasale - APCM	3N48	78,10	333,20	341,50	350,10
9) Résection sous-muqueuse d'une déviation de la cloison nasale	3N51	31,25	133,30	136,70	140,10
10) Chirurgie de la rhinite atrophique	3N52	78,10	333,20	341,50	350,10
11) Traitement d'une synéchie nasale ostéo-cartilagineuse, une ou plusieurs séances	3N53	15,05	64,20	65,80	67,50
12) Résection endonasale d'une oblitération choanale osseuse	3N54	65,00	277,30	284,20	291,30
13) Résection partielle ou totale d'un cornet (conchotomie, turbinectomie)	3N55	15,00	64,00	65,60	67,20
Sous-section 4 - Chirurgie des sinus					
1) Traitement d'une sinusite frontale par forage de Beck	3N61	30,55	130,30	133,60	136,90
2) Traitement chirurgical d'une sinusite ethmoidale et/ou frontale par voie externe ou endonasale, un côté	3N62	80,00	341,30	349,80	358,60
3) Traitement chirurgical d'une sinusite maxillaire par la fosse canine ou par voie endonasale avec méatotomie moyenne, un côté	3N65	80,00	341,30	349,80	358,60
4) Méatomie inférieure, un côté	3N66	44,25	188,80	193,50	198,30
5) Traitement chirurgical d'une sinusite sphénoidale, un côté	3N71	60,00	256,00	262,40	268,90
6) Traitement chirurgical d'une pansinusite unilatérale	3N72	120,00	512,00	524,80	537,90
7) Traitement chirurgical d'un ostéome ou d'un mucocèle ethmoidal et/ou frontal	3N75	100,00	426,60	437,30	448,20
Section 3 - Pharynx, Larynx, Trachée					
Sous-section 1 - Examens					
1) Pharyngo-laryngoscopie indirecte avec optique	3L11	9,90	42,20	43,30	44,40

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
2) Naso-pharyngo-laryngo-fibroscopie	3L12	15,00	64,00	65,60	67,20
3) Location d'appareil	3L12X	11,59	49,40	50,70	51,90
4) Naso-pharyngo-laryngo-fibroscopie avec biopsie	3L13	20,00	85,30	87,50	89,60
5) Location d'appareil	3L13X	11,59	49,40	50,70	51,90
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	320,00	328,00	336,20
Sous-section 2 - Petites interventions					
1) Intubation trachéale	3L21	6,30	26,90	27,50	28,20
2) Tubage du larynx	3L22	6,30	26,90	27,50	28,20
3) Biopsie sous laryngoscopie indirecte, anesthésie locale comprise	3L23	28,60	122,00	125,10	128,20
4) Dilatation laryngée,première séance, anesthésie locale comprise	3L24	5,15	22,00	22,50	23,10
5) Dilatation laryngée, séance suivante, anesthésie locale comprise	3L25	3,50	14,90	15,30	15,70
6) Extraction par les voies naturelles d'un corps étranger du pharynx ou du larynx, sans endoscopie, anesthésie locale comprise	3L31	8,50	36,30	37,20	38,10
7) Extraction par les voies naturelles d'un corps étranger enclavé du pharynx ou du larynx, sans endoscopie, anesthésie locale comprise	3L32	25,15	107,30	110,00	112,70
8) Cautérisation chimique du larynx - CAC	3L33	4,00	17,10	17,50	17,90
9) Electrocoagulation endolaryngée , anesthésie locale comprise, première séance	3L34	9,05	38,60	39,60	40,60
10) Electrocoagulation endolaryngée , anesthésie locale comprise, séance suivante	3L35	6,15	26,20	26,90	27,60
Sous-section 3 - Chirurgie					
1) Adénotomie, non cumulable avec l'amygdalectomie (3 L 42/43)	3L41	20,00	85,30	87,50	89,60
2) Amygdalectomie, uni- ou bilatérale, chez l'enfant de moins de 12 ans	3L42	41,70	177,90	182,40	186,90
3) Amygdalectomie, uni- ou bilatérale, chez personne de plus de 12 ans	3L43	46,85	199,90	204,90	210,00
4) Extirpation d'un fibrome naso-pharyngien, un ou plusieurs temps	3L44	150,00	640,00	656,00	672,30
5) Extirpation de tumeurs malignes de l'épipharynx	3L45	150,00	640,00	656,00	672,30
6) Incision d'un abcès rétro- ou latéropharyngien	3L51	35,15	150,00	153,70	157,60
7) Incision d'un abcès endo- ou périlaryngé	3L52	17,45	74,40	76,30	78,20
8) Microlaryngoscopie, laryngoscopie directe, sous anesthésie générale, avec ou sans biopsie	3L54	30,00	128,00	131,20	134,50
9) Microlaryngoscopie avec résection de nodules, kystes ou polypes	3L56	50,00	213,30	218,70	224,10
10) Microlaryngoscopie avec épluchage complet d'une corde vocale	3L57	60,00	256,00	262,40	268,90
11) Microchirurgie endoscopique avec aryténoidectomie. aryténoidopexie ou résection de cordes vocales	3L58	90,00	384,00	393,60	403,40
12) Laryngotomie, thyrotomie et traitement de lésions du larynx, y compris la cordectomie	3L61	80,00	341,30	349,80	358,60
13) Trachéotomie ou trachéostomie	3L63	35,15	150,00	153,70	157,60
14) Pharyngotomie ou oesophagotomie	3L64	52,05	222,10	227,60	233,30
15) Traitement de la sténose laryngée	3L66	140,65	600,10	615,10	630,40
16) Laryngectomie partielle pour lésion bénigne	3L71	88,45	377,40	386,80	396,50
17) Laryngectomie partielle pour tumeur maligne	3L72	88,45	377,40	386,80	396,50
18) Laryngectomie totale ou sus-glottique pour tumeur maligne	3L73	140,65	600,10	615,10	630,40
19) Laryngectomie reconstructive pour tumeur maligne	3L74	213,45	910,70	933,40	956,70
20) Pharyngectomie pour tumeur maligne	3L75	140,65	600,10	615,10	630,40
21) Pharyngo-laryngectomie pour tumeur maligne	3L76	210,30	897,20	919,60	942,60
22) Résection segmentaire de la trachée	3L77	240,00	1023,90	1049,50	1075,80
23) Traitement de diverticules de l'oesophage cervical par pexie	3L81	85,90	366,50	375,60	385,00
24) Résection de diverticules de l'oesophage cervical	3L82	104,10	444,10	455,20	466,60
25) Exérèse de tumeurs de l'espace parapharyngé	3L91	200,00	853,30	874,60	896,50
26) Traitement chirurgical des troubles respiratoires du sommeil dans le cadre du syndrome des apnées du sommeil - APCM	3L95	150,00	640,00	656,00	672,30
Chapitre 4 - Ophtalmologie					
Section 1 - Examens Ophtalmiques					
1) Tonométrie - CAC	4E11	2,00	8,50	8,70	9,00
2) Examen du fond d'oeil - CAC	4E12	4,00	17,10	17,50	17,90
3) Examen de la vision binoculaire	4E13	8,50	36,30	37,20	38,10
4) Détermination instrumentale et tracé du champ visuel, (périmétrie et/ou campimétrie)	4E14	8,50	36,30	37,20	38,10
5) Courbe d'adaptation à l'obscurité (adaptométrie)	4E15	8,10	34,60	35,40	36,30
6) Repérage et marquage ophtalmoscopique de déchirures rétiniennes ou de corps étrangers intraoculaires	4E16	8,80	37,50	38,50	39,40
7) Mesure de la résistance de la barrière hématoaqueuse par tests de contraste	4E17	11,25	48,00	49,20	50,40
8) Angiographie fluorescéinique	4E18	15,00	64,00	65,60	67,20

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
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	18,10	18,60	19,00
2) Incision d'abcès ou de kystes des annexes de l'oeil, d'un orgelet - CAC	4A12	4,25	18,10	18,60	19,00
3) Excision d'un chalazion, d'un kyste, de xanthélasmas	4A13	13,90	59,30	60,80	62,30
4) Ablation d'une petite tumeur palpébrale (sans autoplastie)	4A14	8,80	37,50	38,50	39,40
5) Suture de plaies compliquées des paupières avec section du tarse et/ou des voies lacrymales	4A15	44,25	188,80	193,50	198,30
6) Canthotomie	4A16	19,60	83,60	85,70	87,90
7) Blépharorraphie, tarsorraphie, canthoplastie	4A17	35,15	150,00	153,70	157,60
8) Traitement chirurgical de l'entropion ou de l'ectropion	4A21	50,20	214,20	219,50	225,00
9) Trichiasis, opération sans greffe	4A22	21,80	93,00	95,30	97,70
10) Trichiasis, opération avec greffe libre	4A23	42,75	182,40	186,90	191,60
11) Chirurgie de la ptose palpébrale par excision cutanée	4A24	12,55	53,50	54,90	56,30
12) Chirurgie de la ptose palpébrale, opération portant sur le tarse et/ou le muscle releveur	4A25	72,95	311,20	319,00	327,00
13) Autoplastie palpébrale avec ou sans greffe, chaque temps	4A26	42,75	182,40	186,90	191,60
14) Ablation d'une tumeur étendue ou maligne, avec autoplastie palpébrale	4A27	85,40	364,40	373,50	382,80
15) Sondage des voies lacrymales avec injection ou lavage - CAC	4A31	2,00	8,50	8,70	9,00
16) Opération de l'imperforation des voies lacrymales chez le nourrison	4A32	12,55	53,50	54,90	56,30
17) Stricturotomie du sac lacrymal	4A33	6,55	27,90	28,60	29,40
18) Dacryocystectomie	4A34	44,25	188,80	193,50	198,30
19) Dacryocystorhinostomie	4A35	72,95	311,20	319,00	327,00
20) Ablation de la partie palpébrale de la glande lacrymale	4A36	21,80	93,00	95,30	97,70
21) Extirpation de la glande lacrymale	4A37	52,75	225,10	230,70	236,40
Section 3 - Chirurgie de la conjonctive et de la cornée					
1) Cautérisation superficielle de la conjonctive ou de la cornée; ablation de concrétions conjonctivales - CAC	4G21	4,25	18,10	18,60	19,00
2) Traitement de granulations trachomateuses	4G22	17,65	75,30	77,20	79,10
3) Ablation de corps étrangers multiples de la conjonctive ou de la cornée	4G23	4,80	20,50	21,00	21,50
4) Excision d'un corps étranger sous-conjonctival, cornéen ou sclérotique devant le biomicroscope, y compris l'application de l'électroaimant	4G24	6,80	29,00	29,70	30,50
5) Suture de plaie simple de la conjonctive	4G25	4,25	18,10	18,60	19,00
6) Recouvrement conjonctival	4G26	25,15	107,30	110,00	112,70
7) Autoplastie conjonctivale, sans greffe libre	4G31	26,15	111,60	114,40	117,20
8) Autoplastie conjonctivale, avec greffe libre	4G32	70,35	300,10	307,60	315,30
9) Ablation de brides conjonctivales ou de petites néoformations; péritomie	4G33	12,55	53,50	54,90	56,30
10) Excision de néoformations étendues avec autoplastie	4G34	40,30	171,90	176,20	180,60
11) Excision de néoformations étendues avec greffe libre	4G35	91,10	388,70	398,40	408,30
12) Suture d'une plaie cornéenne ou sclérale, avec ou sans iridectomie ou recouvrement conjonctival	4G36	65,00	277,30	284,20	291,30
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	311,20	319,00	327,00
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	388,70	398,40	408,30
15) Greffe de la cornée ou de la sclérotique	4G41	78,10	333,20	341,50	350,10
16) Tatouage de la cornée	4G42	21,80	93,00	95,30	97,70
17) Excision simple d'un ptérygion	4G43	22,70	96,80	99,30	101,70
18) Excision d'un symblépharon	4G44	40,35	172,10	176,50	180,90
19) Excision d'un ptérygion avec autoplastie	4G45	44,25	188,80	193,50	198,30
20) Excision d'un ptérygion ou d'un symblépharon avec greffe cornéenne	4G46	83,35	355,60	364,50	373,60
21) Paracentèse de la cornée, kératotomie	4G47	18,35	78,30	80,20	82,30
22) Photocoagulation des lésions de l'oeil, première séance pour une période de 3 mois	4G48	21,90	93,40	95,80	98,20
23) Photocoagulation des lésions de l'oeil, séances suivantes (au maximum trois) pour une période de trois mois	4G49	11,05	47,10	48,30	49,50
Section 4 - Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique					
1) Extraction de corps étrangers intraoculaires	4G51	67,95	289,90	297,10	304,60
2) Iridotomie, iridectomie, iridopexie, enclavement	4G52	65,35	278,80	285,80	292,90
3) Capsulectomie pour cataracte	4G53	67,95	289,90	297,10	304,60
4) Cyclodialyse, trabéculotomie, trabéculectomie, trépanation sclérale, iridencleisis	4G54	70,35	300,10	307,60	315,30
5) Amputation du segment antérieur	4G55	65,35	278,80	285,80	292,90
6) Discision pour cataracte	4G61	36,40	155,30	159,20	163,20
7) Extraction du cristallin	4G62	82,05	350,10	358,80	367,80
8) Extraction du cristallin et pose d'un cristallin artificiel	4G63	130,00	554,60	568,50	582,70
9) Implantation, explantation ou reposition d'un cristallin artificiel, acte isolé	4G64	41,05	175,10	179,50	184,00
10) Sclérotomie, ponction de la sclérotique	4G65	15,05	64,20	65,80	67,50
11) Sclérectomie avec ou sans iridectomie	4G66	83,35	355,60	364,50	373,60

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
12) Injection intravitréenne transsclérale, réalisée exclusivement en milieu hospitalier	4G67	83,35	355,60	364,50	373,60
Section 5 - Globe oculaire, segment postérieur					
1) Injection rétro-bulbaire ou para-bulbaire, aussi pour anesthésie loco-régionale (bloc supplémentaire du VII compris) - CAT	4G69	5,77	24,60	25,20	25,90
2) Traitement du décollement et/ou de lésions de la rétine par diathermie et cryopexie	4G71	91,10	388,70	398,40	408,30
3) Traitement du décollement de la rétine par indentation limitée à un quadrant	4G72	100,25	427,70	438,40	449,40
4) Traitement du décollement de la rétine par indentation atteignant plusieurs quadrants	4G73	118,50	505,60	518,20	531,20
5) 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	187,30	192,00	196,80
6) 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	93,40	95,80	98,20
REMARQUE: Pour les positions 4G74 et 4G75 le médecin doit préciser dans le libellé s'il s'agit du traitement de l'oeil gauche ou de l'oeil droit en ajoutant les lettres OD resp. OG.					
Section 6 - Orbite					
1) Ténotomie ou allongement plastique d'un muscle de l'orbite	4G81	40,35	172,10	176,50	180,90
2) Avancement, ectomie, récession d'un muscle de l'orbite	4G82	65,00	277,30	284,20	291,30
3) Ténotomie et avancement combinés des muscles de l'orbite	4G83	72,95	311,20	319,00	327,00
4) Moulage du globe ou de la cavité orbitaire, matériel non compris	4G91	8,80	37,50	38,50	39,40
5) Enucléation, éviscération du globe oculaire	4G92	54,75	233,60	239,40	245,40
6) Enucléation ou éviscération, moignon artificiel	4G93	67,65	288,60	295,80	303,20
7) Exentération de l'orbite	4G94	83,35	355,60	364,50	373,60
8) Opération pour phlegmon de l'orbite	4G95	17,45	74,40	76,30	78,20
9) Excision d'un kyste dermoïde profond intraorbitaire	4G96	42,75	182,40	186,90	191,60
10) Orbitotomie avec extractions de corps étrangers ou révision et réduction d'une fracture de l'orbite osseuse	4G97	83,35	355,60	364,50	373,60
11) Ablation d'une tumeur intraorbitaire, opérations d'accès comprises	4G98	104,10	444,10	455,20	466,60
12) Greffe tissulaire intraorbitaire	4G99	26,00	110,90	113,70	116,50
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	15,60	16,00	16,40
2) Massage prostatique en vue d'un prélèvement bactériologique - CAC	5U11	3,65	15,60	16,00	16,40
3) Extraction d'un corps étranger de l'urètre antérieur	5U12	6,15	26,20	26,90	27,60
4) Cathétérisme de la vessie - CAC	5U13	3,65	15,60	16,00	16,40
5) Lavage de la vessie - CAC	5U14	3,65	15,60	16,00	16,40
6) Pose ou changement d'une sonde vésicale à demeure par voie basse, lavage éventuel compris	5U15	6,15	26,20	26,90	27,60
7) Première mise en place d'une sonde vésicale sus-pubienne	5U16	19,00	81,10	83,10	85,20
8) Changement d'une sonde de cystostomie	5U17	6,15	26,20	26,90	27,60
9) Chimiothérapie endovésicale	5U21	6,15	26,20	26,90	27,60
10) Débitmétrie mictionnelle avec enregistrement (uroflowmétrie)	5U22	7,95	33,90	34,80	35,60
11) Location d'appareil	5U22X	1,78	7,60	7,80	8,00
12) Exploration urodynamique avec enregistrement: cystométrie ou profil de pression urétrale avec ou sans débitmétrie	5U23	15,90	67,80	69,50	71,30
13) Location d'appareil	5U23X	3,59	15,30	15,70	16,10
14) Exploration urodynamique avec enregistrement: cystométrie et profil de pression urétrale, avec ou sans débitmétrie	5U24	23,80	101,50	104,10	106,70
15) Location d'appareil	5U24X	5,45	23,30	23,80	24,40
16) Exploration urodynamique avec enregistrement: cystométrie et/ou profil de pression urétrale avec électromyographie des muscles périnéaux, avec ou sans débitmétrie	5U25	31,85	135,90	139,30	142,80
17) Location d'appareil	5U25X	7,22	30,80	31,60	32,40
18) Exploration urodynamique avec enregistrement: cystométrie et profil de pression urétrale avec électromyographie des muscles périnéaux, avec débitmétrie et pression différentielle	5U26	39,75	169,60	173,80	178,20
19) Location d'appareil	5U26X	7,22	30,80	31,60	32,40
20) Lithotritie extracorporelle des voies urinaires	5U27	60,00	256,00	262,40	268,90
21) Ponction percutanée du rein avec ou sans biopsie	5U28	32,20	137,40	140,80	144,30

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
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	64,20	65,80	67,50
2) Urétrocystoscopie avec cathétérisme des uretères y compris l'injection, la dilatation, la sonde de Zeiss	5U32	37,50	160,00	164,00	168,10
3) Urétrocystoscopie avec biopsie ou ablation de calculs ou de corps étrangers	5U33	37,50	160,00	164,00	168,10
4) Urétrocystoscopie avec lithotritie	5U34	59,00	251,70	258,00	264,50
5) Mise en place sous contrôle échographique d'un applicateur au niveau uro-génital pour curiethérapie	5U35	19,20	81,90	84,00	86,10
6) Electrocoagulation endoscopique de l'urètre ou de la vessie, première séance	5U41	59,00	251,70	258,00	264,50
7) Electrocoagulation endoscopique de l'urètre ou de la vessie, séances suivantes pour une période d'un mois	5U42	26,80	114,30	117,20	120,10
8) Urétrotomie interne endoscopique	5U43	64,35	274,50	281,40	288,40
9) Plastie endoscopique au téflon	5U44	107,25	457,60	469,00	480,70
10) Electrorésection endoscopique au niveau de l'urètre, de la vessie ou de la prostate vésicale, y compris une éventuelle ligature des canaux déférents	5U45	128,70	549,10	562,80	576,90
11) 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	686,50	703,60	721,20
12) Urétéro-pyéloscopie exploratrice, dilatation de l'orifice comprise	5U51	85,75	365,80	375,00	384,40
13) Urétéro-pyéloscopie opérationnelle sur l'uretère ou le pyélon	5U52	128,70	549,10	562,80	576,90
14) Néphroscopie percutanée exploratrice, y compris la ponction ou la dilatation du canal	5U61	85,75	365,80	375,00	384,40
15) Néphroscopie percutanée exploratrice, y compris la ponction ou la dilatation du canal et urétéro-pyélographie rétrograde peropératoire, montée de sonde	5U62	104,55	446,10	457,20	468,60
16) Néphroscopie percutanée opérationnelle, première séance	5U63	128,70	549,10	562,80	576,90
17) Néphroscopie percutanée, séance ultérieure	5U64	64,35	274,50	281,40	288,40
18) Néphroscopie percutanée opérationnelle, et urétéro-pyélographie rétrograde peropératoire, montée de sonde	5U65	147,40	628,90	644,60	660,70
Sous-section 3 - Chirurgie des reins et uretères					
1) Traitement opératoire de l'éventration lombaire	5R11	85,80	366,10	375,20	384,60
2) Lombotomie exploratrice	5R12	53,65	228,90	234,60	240,50
3) Incision et drainage du phlegmon périnéphrétique	5R13	64,35	274,50	281,40	288,40
4) Néphropexie	5R21	91,10	388,70	398,40	408,30
5) Lombotomie avec biopsie rénale, décapsulation ou traitement conservateur des kystes du rein	5R22	91,10	388,70	398,40	408,30
6) Néphrostomie percutanée, y compris la dilatation du canal et la pose d'une sonde	5R31	64,35	274,50	281,40	288,40
7) Changement d'une sonde de néphrostomie	5R32	39,75	169,60	173,80	178,20
8) Néphrostomie, pyélotomie (non cumulable avec une autre intervention sur le rein)	5R33	91,10	388,70	398,40	408,30
9) Opération plastique sur le bassinet et la jonction pyélo-urétérale	5R34	112,50	480,00	492,00	504,30
10) Néphrolithotomie	5R41	128,70	549,10	562,80	576,90
11) Néphrectomie simple	5R51	107,25	457,60	469,00	480,70
12) Néphrectomie partielle ou section de l'isthme d'un rein en fer à cheval	5R52	128,70	549,10	562,80	576,90
13) Néphrectomie partielle pour cancer	5R53	160,85	686,30	703,40	721,00
14) Néphrectomie élargie	5R54	128,70	549,10	562,80	576,90
15) Néphro-urétérectomie totale	5R55	160,85	686,30	703,40	721,00
16) Néphrectomie pour cancer par voie abdominale ou thoraco-phréno-abdominale	5R56	240,00	1023,90	1049,50	1075,80
17) Néphro-urétérectomie totale pour cancer du bassinet ou de l'uretère par 2 incisions	5R57	214,50	915,10	938,00	961,50
18) Urétérotomie lombaire, urétérolyse	5R61	91,10	388,70	398,40	408,30
19) Urétérotomie pelvienne	5R62	107,25	457,60	469,00	480,70
20) Opération plastique sur l'uretère	5R63	112,50	480,00	492,00	504,30
21) Anastomose urétéro-urétérale	5R64	112,50	480,00	492,00	504,30
22) Urétérectomie secondaire totale	5R65	107,25	457,60	469,00	480,70
23) Urétérostomie cutanée	5R71	91,10	388,70	398,40	408,30
24) Cure de fistule cutanée de l'uretère	5R72	112,50	480,00	492,00	504,30
25) Urétérostomie cutanée transintestinale	5R73	214,50	915,10	938,00	961,50
26) Abouchement d'un uretère dans l'intestin en place	5R74	107,25	457,60	469,00	480,70
27) Remplacement urétéral par plastie	5R75	268,15	1144,00	1172,60	1201,90
28) Urétérocystonéostomie avec ou sans plastie antireflux	5R81	160,85	686,30	703,40	721,00
29) Implantation urétérale par lambeau vésical pédiculé et tubulé	5R82	160,85	686,30	703,40	721,00
30) Réalisation d'un dispositif antireflux vésico-urétéral	5R83	112,50	480,00	492,00	504,30
31) Supplément en cas de réintervention sur le rein ou l'uretère; pour toutes les positions de	5R87	19,85	84,70	86,80	89,00

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
la sous-section 3, à l'exception des positions 5R11, 5R31 et 5R32 - CAT					
32) Transplantation rénale	5R91	330,00	1407,90	1443,10	1479,20
33) Prélèvement d'un rein chez un donneur vivant en vue d'une transplantation	5R92	128,70	549,10	562,80	576,90
34) Prélèvement d'un rein chez un donneur décédé en vue d'une transplantation	5R93	100,00	426,60	437,30	448,20
Sous-section 4 - Chirurgie de la vessie					
1) Cystotomie avec ou sans extraction de calculs	5V13	64,35	274,50	281,40	288,40
2) Cystotomie avec exérèse ou électrocoagulation d'une tumeur vésicale pédiculée	5V14	85,80	366,10	375,20	384,60
3) Cystotomie avec cystectomie partielle, p. ex. pour tumeur	5V15	128,70	549,10	562,80	576,90
4) Cystotomie avec exérèse de diverticules vésicaux, avec ou sans résection du col vésical	5V16	160,85	686,30	703,40	721,00
5) Cystectomie totale isolée	5V21	160,85	686,30	703,40	721,00
6) Cystectomie totale avec abouchement des uretères à la peau	5V22	214,50	915,10	938,00	961,50
7) Cystectomie totale avec réimplantation des uretères dans l'intestin	5V23	268,15	1144,00	1172,60	1201,90
8) Cystectomie totale avec dérivation urinaire par conduit intestinal	5V24	321,75	1372,70	1407,00	1442,20
9) Cystectomie totale avec dérivation urinaire par réservoir intestinal continent	5V25	375,35	1601,40	1641,40	1682,40
10) Cure de l'incontinence d'urine chez l'homme par plastie ou par prothèse - APCM	5V31	200,00	853,30	874,60	896,50
11) Cure de fistule urinaire par voie abdominale	5V41	91,10	388,70	398,40	408,30
12) Cure de fistule urinaire par voie abdominale en deux temps, premier temps	5V42	56,35	240,40	246,40	252,60
13) Cure de fistule urinaire par voie abdominale en deux temps, deuxième temps	5V43	44,25	188,80	193,50	198,30
14) Exstrophie vésicale: ablation simple de la plaque vésicale ou reconstitution simple de la vessie	5V51	107,25	457,60	469,00	480,70
15) Exstrophie vésicale: reconstitution en un temps de la vessie et de l'uretère avec dispositif antireflux et ostéotomie iliacale	5V52	321,75	1372,70	1407,00	1442,20
16) Retouche ultérieure après intervention pour exstrophie vésicale	5V53	53,65	228,90	234,60	240,50
17) Entéro-cystoplastie ou urétéro-entéro-cystoplastie	5V55	268,15	1144,00	1172,60	1201,90
18) Intervention chirurgicale pour mise en place de matériel radioactif dans la vessie ou la prostate	5V61	64,35	274,50	281,40	288,40
Sous-section 5 - Chirurgie de l'urètre					
1) Méatotomie	5V71	21,40	91,30	93,60	95,90
2) Dilatation de l'urètre pour rétrécissement, par séance	5V72	9,90	42,20	43,30	44,40
3) Urétrotomie interne non endoscopique	5V73	33,90	144,60	148,20	151,90
4) Urétrotomie externe, urétrostomie	5V74	64,35	274,50	281,40	288,40
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	366,10	375,20	384,60
6) Urétroplastie en un temps	5V81	128,70	549,10	562,80	576,90
7) Urétroplastie en plusieurs temps, par temps opératoire	5V82	42,90	183,00	187,60	192,30
8) Cure chirurgicale du diverticule sous-urétral	5V91	32,20	137,40	140,80	144,30
9) Cure de fistule périnéale avec ou sans urétrectomie, dérivation comprise	5V92	128,70	549,10	562,80	576,90
10) Traitement opératoire du phlegmon périurétral diffus gangreneux	5V93	64,35	274,50	281,40	288,40
Section 2 - Appareil génital masculin					
1) Ponction biopsie de la prostate	5A11	19,85	84,70	86,80	89,00
2) Incision d'un abcès de la prostate par voie périnéale	5A12	49,70	212,00	217,30	222,80
3) Implantation transrectale de marqueurs intra-prostatiques pour le positionnement de la prostate en radiothérapie externe	5A13	19,85	84,70	86,80	89,00
4) Prostatectomie pour adénome	5A21	128,70	549,10	562,80	576,90
5) Prostatectomie totale pour cancer	5A22	160,90	686,50	703,60	721,20
6) Implantation de grains radioactifs sous échographie pour traitement du cancer de la prostate par curiethérapie, acte non cumulable	5A25	280,90	1198,40	1228,40	1259,10
7) Opération isolée sur les vésicules séminales (non cumulable avec une intervention sur la vessie, l'urètre ou l'appareil génital masculin)	5A31	128,70	549,10	562,80	576,90
8) Opération pour phimosis (circoncision simple, sans indication médicale, non à charge)	5A41	32,20	137,40	140,80	144,30
9) Réduction sanglante du paraphimosis	5A42	10,75	45,90	47,00	48,20
10) Section ou plastie chirurgicale du frein	5A43	9,90	42,20	43,30	44,40
11) Traitement chirurgical de l'hypospadias balanique	5A51	64,35	274,50	281,40	288,40
12) Traitement chirurgical de l'hypospadias pénien ou périnéal	5A52	107,25	457,60	469,00	480,70
13) Traitement chirurgical de l'épispadias	5A53	107,25	457,60	469,00	480,70
14) Réintervention pour hypospadias ou épispadias	5A55	42,90	183,00	187,60	192,30
15) Amputation partielle de la verge	5A61	64,35	274,50	281,40	288,40
16) Amputation totale de la verge	5A62	85,80	366,10	375,20	384,60
17) Intervention pour déviation pénienne en cas de malformation congénitale ou de maladie de La Peyronie	5A65	160,85	686,30	703,40	721,00
18) Intervention pour rupture pénienne	5A66	107,25	457,60	469,00	480,70
19) Shunt pour priapisme	5A67	189,95	810,40	830,70	851,40
20) Chirurgie de l'impuissance sexuelle avec ou sans prothèse - APCM	5A68	107,25	457,60	469,00	480,70
21) 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	84,70	86,80	89,00

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
22) Chirurgie de l'ectopie testiculaire (cure de hernie inguinale comprise)	5A81	78,10	333,20	341,50	350,10
23) Opération sur le testicule ou le cordon spermatique (sauf varicocèle)	5A82	44,25	188,80	193,50	198,30
24) Castration pour cancer du testicule avec ablation du cordon spermatique	5A83	160,90	686,50	703,60	721,20
25) Cure de varicocèle	5A84	78,10	333,20	341,50	350,10
26) Plastie unilatérale pour stérilité sur l'épididyme et/ou le déférent - APCM	5A91	107,25	457,60	469,00	480,70
Chapitre 6 - Gynécologie					
Section 1 - Obstétrique					
Sous-section 1 - Forfaits d'accouchement					
1) Assistance à un accouchement de jour	6A11	90,00	384,00	393,60	403,40
2) Assistance à un accouchement gémellaire de jour	6A12	114,00	486,40	498,50	511,00
3) Assistance à un accouchement multiple de jour (triple et plus)	6A13	138,00	588,80	603,50	618,60
4) Anesthésie péridurale pour accouchement de jour	6A14	66,80	285,00	292,10	299,40
5) Anesthésie péridurale pour accouchement de nuit, de dimanche, de jour férié légal	6A15	116,90	498,70	511,20	524,00
6) Assistance à un accouchement de nuit, de dimanche, de jour férié légal	6A21	157,50	672,00	688,70	706,00
7) Assistance à un accouchement gémellaire de nuit, de dimanche, de jour férié légal	6A22	199,50	851,10	872,40	894,20
8) Assistance à un accouchement multiple de nuit, de dimanche, de jour férié légal	6A23	241,50	1030,30	1056,10	1082,50
REMARQUES: 1) Les dispositions de l'article 9, alinéa 1er, relatif au cumul de plusieurs actes techniques, ne sont pas applicables. 2) Les positions 6A11 à 6A15 et 6A21 à 6A23 ne peuvent pas être majorées en vertu de l'article 8 relatif à la majoration du tarif des actes techniques. 3) Par accouchement de nuit des positions 6A15, 6A21, 6A22 et 6A23, il y a lieu d'entendre l'acte presté entre 20 heures et 7 heures. 4) Les positions 6A11, 6A12, 6A13, 6A14, 6A15, 6A21, 6A22, 6A23 excluent la mise en compte des positions V20 à V26.					
Sous-section 2 - Actes effectués isolément, non cumulables avec le forfait d'accouchement					
1) Révision utérine	6A31	13,35	57,00	58,40	59,80
2) Extraction manuelle du placenta adhérent, taponnement éventuel compris	6A32	19,80	84,50	86,60	88,70
3) Tamponnement utérin	6A33	14,85	63,40	64,90	66,60
4) Suture d'une épisiotomie ou d'une déchirure du périnée n'intéressant pas le rectum	6A34	8,55	36,50	37,40	38,30
5) Suture d'une déchirure du col utérin	6A35	13,55	57,80	59,30	60,70
Sous-section 3 - Actes non compris dans le forfait d'accouchement cumulables avec le forfait d'accouchement					
1) Cardiotocogramme	6A41	6,60	28,20	28,90	29,60
2) Location d'appareil	6A41X	6,86	29,30	30,00	30,70
3) Prélèvement de sang fétal in utero pendant l'accouchement	6A42	15,50	66,10	67,80	69,50
4) Provocation de l'accouchement prématuré ou après terme	6A43	18,60	79,40	81,30	83,40
5) Suture d'une déchirure complète du périnée étendue au rectum	6A44	24,75	105,60	108,20	110,90
6) Réparation chirurgicale d'une inversion utérine	6A45	79,30	338,30	346,80	355,40
7) Extraction par le siège	6A51	18,60	79,40	81,30	83,40
8) Version par manoeuvres internes	6A52	18,60	79,40	81,30	83,40
9) Extraction instrumentale (forceps, ventouse)	6A53	18,60	79,40	81,30	83,40
10) Incision du col et suture	6A54	18,60	79,40	81,30	83,40
11) Embryotomie, basiotripsie	6A55	18,60	79,40	81,30	83,40
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	469,50	481,20	493,30
Sous-section 5 - Evacuation chirurgicale d'un utérus gravide (avant la date de viabilité légale du foetus)					
1) Evacuation d'un utérus gravide par curetage ou aspiration, avant 14 semaines de grossesse	6A71	24,75	105,60	108,20	110,90
2) Evacuation d'un utérus gravide par hystérotomie ou par procédé médicamenteux, après 14 semaines de grossesse	6A72	49,50	211,20	216,50	221,90

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
Sous-section 6 - Actes en relation avec la grossesse					
1) Amnioscopie	6A81	7,00	29,90	30,60	31,40
2) Amniocentèse avec prélèvement ou injection, jusqu'à la 20e semaine de la gestation incluse	6A82	15,50	66,10	67,80	69,50
3) Frais de matériel	6A82M	7,50	32,00	32,80	33,60
4) Amniocentèse avec prélèvement ou injection, à partir de la 21e semaine de la gestation	6A83	15,50	66,10	67,80	69,50
5) Frais de matériel	6A83M	7,50	32,00	32,80	33,60
6) Perfusion ou transfusion fétale in utero (amniocentèse comprise)	6A85	20,65	88,10	90,30	92,60
7) Cerclage du col utérin	6A86	16,50	70,40	72,20	74,00
8) Choriocentèse-biopsie de throphoblaste	6A87	17,55	74,90	76,70	78,70
9) Frais de matériel	6A87M	7,50	32,00	32,80	33,60
10) Ponction de collection liquidienne foetale	6A88	36,76	156,80	160,80	164,80
11) Frais de matériel	6A88M	7,50	32,00	32,80	33,60
12) Pose de cathéter foetal en vue de drainage sous contrôle échographique, par pose	6A89	91,23	389,20	398,90	408,90
Section 2 - Gynécologie, actes non liés à la gestation ou à l'accouchement					
1) Colposcopie - CAC	6G11	3,85	16,40	16,80	17,30
2) Prélèvement cervico-vaginal avec examen microscopique qualitatif direct - CAC	6G12	2,00	8,50	8,70	9,00
3) Biopsie du col	6G13	7,05	30,10	30,80	31,60
4) Prélèvement ou biopsie de l'endomètre	6G14	9,55	40,70	41,80	42,80
5) Insufflation tubo-utérine avec enregistrement ou injection	6G15	9,55	40,70	41,80	42,80
6) Ponction du cul-de-sac de Douglas - CAC	6G21	3,85	16,40	16,80	17,30
7) Ponction de la glande de Bartholin	6G22	4,45	19,00	19,50	19,90
8) Incision d'un abcès de la glande de Bartholin - CAC	6G23	4,20	17,90	18,40	18,80
9) Pose d'un pessaire	6G24	3,85	16,40	16,80	17,30
10) Coelioscopie, culdoscopie	6G31	35,28	150,50	154,30	158,10
11) Coelioscopie avec biopsie ou geste thérapeutique simple (sauf intervention sur les trompes pour stérilisation)	6G32	44,86	191,40	196,20	201,10
12) Microhystéroscopie exploratrice avec ou sans biopsie	6G33	19,16	81,70	83,80	85,90
13) Location d'appareil	6G33X	5,35	22,80	23,40	24,00
14) Microhystéroscopie avec traitement préalable de la muqueuse	6G34	26,60	113,50	116,30	119,20
15) Location d'appareil	6G34X	8,06	34,40	35,20	36,10
16) Microhystéroscopie opérationnelle	6G35	38,38	163,70	167,80	172,00
17) Location d'appareil	6G35X	10,71	45,70	46,80	48,00
18) Extirpation de la glande de Bartholin	6G41	18,92	80,70	82,70	84,80
19) Ablation d'une tumeur bénigne de la région vulvo-vaginale	6G42	14,28	60,90	62,40	64,00
20) Vulvectomie simple	6G43	73,66	314,30	322,10	330,20
21) Ablation d'un cancer de la vulve ou du vagin	6G44	117,81	502,60	515,20	528,10
22) Colpotomie	6G51	13,63	58,20	59,60	61,10
23) Opération de l'imperforation vulvaire	6G52	14,28	60,90	62,40	64,00
24) Opération de l'imperforation vaginale	6G53	28,44	121,30	124,40	127,50
25) Création d'un néovagin sans laparotomie	6G54	117,81	502,60	515,20	528,10
26) Création d'un néovagin par voie haute et basse	6G55	147,32	628,50	644,20	660,30
27) Dilatation non sanglante du col, acte isolé	6G61	7,02	30,00	30,70	31,50
28) Dilatation sanglante du col, acte isolé	6G62	11,84	50,50	51,80	53,10
29) Ablation d'un polype du col	6G63	8,39	35,80	36,70	37,60
30) Electrocoagulation du col, première séance	6G64	8,39	35,80	36,70	37,60
31) Electrocoagulation du col, à partir de la 2e séance pour une période de 4 semaines	6G65	5,71	24,40	25,00	25,60
32) Conisation du col ou opération analogue	6G66	19,64	83,80	85,90	88,00
33) Amputation du col	6G67	29,45	125,60	128,80	132,00
34) Colpopérinéorraphie postérieure	6G71	29,45	125,60	128,80	132,00
35) Colporraphie antérieure	6G72	38,38	163,70	167,80	172,00
36) Colporraphie antérieure et postérieure	6G73	63,67	271,60	278,40	285,40
37) Colporraphie antérieure et postérieure avec fixation utérine (Doléris, Kocher)	6G74	82,53	352,10	360,90	369,90
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	124,53	531,30	544,60	558,20
39) Cure du prolapsus génital par procédés complexes (type Wertheim, Manchester, Lefort, Labhardt)	6G76	138,34	590,20	605,00	620,10
40) Cure de fistules urinaires ou rectales par voie vaginale	6G77	89,90	383,50	393,10	403,00
41) Hystéropexie simple par voie haute	6G81	94,61	403,60	413,70	424,10
42) Hystérectomie	6G82	145,54	620,90	636,40	652,40
43) Hystérectomie totale élargie pour cancer	6G83	191,47	816,90	837,30	858,20
44) Autre intervention sur l'utérus par voie abdominale, acte isolé	6G84	97,22	414,80	425,10	435,80
45) Extirpation de tumeurs intra-utérines par voie vaginale	6G85	47,18	201,30	206,30	211,50
46) Curetage de la cavité utérine, dilatation et tamponnement compris	6G86	26,66	113,70	116,60	119,50
47) Intervention sur les trompes avec stérilisation sur indication médicale - APCM	6G91	44,86	191,40	196,20	201,10
48) Intervention sur les trompes avec stérilisation sur indication médicale, en post-partum par laparotomie - APCM	6G92	97,22	414,80	425,10	435,80

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
49) Intervention sur les annexes, sauf la stérilisation ou la recanalisation après ligature antérieure des trompes, non cumulable avec une intervention intra-abdominale	6G93	97,22	414,80	425,10	435,80
50) Ovariectomie pour cancer après hystérectomie	6G94	145,54	620,90	636,40	652,40
Section 3 - Exploration et traitement de la stérilité					
1) Hétéro-insémination artificielle	6F11	9,85	42,00	43,10	44,20
2) Ponction folliculaire sous contrôle échographique	6F12	66,00	281,60	288,60	295,80
3) Transfert d'embryon	6F13	34,00	145,10	148,70	152,40
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	13,01	55,50	56,90	58,30
REMARQUE: Pour les autres anesthésies générales faites par le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, voir article12					
2) Anesthésie générale faite par un médecin non spécialiste en anesthésie-réanimation (non cumulable avec un autre acte)	7A12	8,90	38,00	38,90	39,90
Section 2 - Actes techniques accompagnant l'anesthésie générale					
1) Surveillance de la circulation extracorporelle en chirurgie cardiaque	7A21	91,63	390,90	400,70	410,70
2) Intubation endobronchique en chirurgie endothoracique	7A22	16,21	69,20	70,90	72,70
3) Technique de transfusion autologue de sang par hémodilution préopératoire	7A23	18,32	78,20	80,10	82,10
4) Technique de transfusion autologue de sang par technique type cell-saver ou Stryker	7A24	18,32	78,20	80,10	82,10
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	9,76	41,60	42,70	43,70
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	15,30	65,30	66,90	68,60
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	30,80	131,40	134,70	138,10
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	7A44	19,90	84,90	87,00	89,20
Section 4 - Urgences extra-hospitalières					
REMARQUE: Les actes de cette section ne sont pas soumis aux dispositions de l'article 9 alinéa 1.					
1) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation par voiture SAMU pour accident ou maladie aiguë avec mesures de réanimation	7A61	39,89	170,20	174,40	178,80
2) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation par voie aérienne pour accident ou maladie aiguë avec mesures de réanimation	7A62	39,89	170,20	174,40	178,80
3) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation pour transfert secondaire médicalisé par route	7A71	66,96	285,70	292,80	300,10
4) Supplément pour transfert secondaire médicalisé par route à l'étranger du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, par tranche de 100 km à partir de la frontière pour trajet aller-retour	7A72	28,70	122,40	125,50	128,60
5) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation pour transfert secondaire médicalisé par voie aérienne	7A73	43,04	183,60	188,20	192,90
6) Supplément pour transfert secondaire médicalisé par voie aérienne à l'étranger du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, par tranche de 100 km à partir de la frontière pour trajet aller-retour	7A74	14,35	61,20	62,80	64,30
7) Supplément pour transfert secondaire médicalisé au Luxembourg du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, par route, au-delà de 30 km	7A75	17,98	76,70	78,60	80,60
8) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation de plus de 15 minutes après l'arrivée par SAMU à l'hôpital d'un malade non hospitalisé au service de réanimation de cet hôpital	7A76	16,93	72,20	74,00	75,90
9) 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	39,89	170,20	174,40	178,80

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
10) Intervention du médecin spécialiste en pédiatrie pour transfert secondaire médicalisé d'un nouveau-né, par route, à partir de 15 km	7A81	66,96	285,70	292,80	300,10
11) Supplément pour transfert secondaire médicalisé par route à l'étranger du médecin spécialiste en pédiatrie, par tranche de 100 km à partir de la frontière pour trajet aller-retour	7A82	28,70	122,40	125,50	128,60
12) Intervention du médecin spécialiste en pédiatrie pour transfert secondaire médicalisé d'un nouveau-né par voie aérienne	7A83	43,04	183,60	188,20	192,90
13) Supplément pour transfert secondaire médicalisé par voie aérienne à l'étranger du médecin spécialiste en pédiatrie par tranche de 100 km à partir de la frontière pour trajet aller-retour	7A84	14,35	61,20	62,80	64,30
14) Supplément pour transfert secondaire médicalisé au Luxembourg du médecin spécialiste en pédiatrie, par route, au-delà de 30 km	7A85	17,98	76,70	78,60	80,60
Section 5 - Anesthésie péridurale					
1) Anesthésie péridurale pour accouchement de jour	7A95	66,80	285,00	292,10	299,40
2) Anesthésie péridurale pour accouchement de nuit, de dimanche, de jour férié légal	7A96	116,90	498,70	511,20	524,00
REMARQUES: 1) Les positions 7A95 et 7A96 ne peuvent pas être majorées en vertu de l'article 8 relatif à la majoration du tarif des actes techniques. 2) Par anesthésie péridurale pour accouchement de nuit la position 7A96, il y a lieu d'entendre l'acte presté entre 20 heures et 7 heures. 3) Les positions 7A95 et 7A96 excluent la mise en compte des positions V20 à V26.					
Chapitre 8 - Imagerie médicale, radiologie interventionnelle, radiothérapie					
Section 1 - Radiodiagnostic					
Sous-section 1 - Films					
a) Films					
1) Film 9/13	8F10M	0,79	3,40	3,50	3,50
2) Film 13/18	8F11M	1,02	4,40	4,50	4,60
3) Film 18/24	8F12M	1,21	5,20	5,30	5,40
4) Film 15/40	8F13M	1,26	5,40	5,50	5,60
5) Film 20/40	8F14M	1,68	7,20	7,30	7,50
6) Film 24/30	8F15M	1,68	7,20	7,30	7,50
7) Film 30/40	8F16M	2,05	8,70	9,00	9,20
8) Film 35/35	8F17M	2,01	8,60	8,80	9,00
9) Film 36/43	8F18M	2,38	10,20	10,40	10,70
10) Film 40/40	8F19M	2,05	8,70	9,00	9,20
b) Supplément pour exposition multiple					
11) Exposition en 2 plans	8F31M	0,28	1,20	1,20	1,30
12) Exposition en 3 plans	8F32M	0,42	1,80	1,80	1,90
13) Exposition en 4 plans	8F33M	0,56	2,40	2,40	2,50
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 ou l'examen bilatéral des rochers (8S42). Ce tarif inclut toutes les incidences.					
a) Membres					
1) Rx doigts et/ou main - CAC	8S01	4,01	17,10	17,50	18,00
2) Rx poignet - CAC	8S02	4,01	17,10	17,50	18,00
3) Rx avant-bras - CAC	8S03	4,01	17,10	17,50	18,00
4) Rx coude - CAC	8S04	4,01	17,10	17,50	18,00
5) Rx humérus - CAC	8S05	4,01	17,10	17,50	18,00
6) Rx épaule et/ou clavicule - CAC	8S06	4,01	17,10	17,50	18,00
7) Rx orteils et/ou pied - CAC	8S13	4,01	17,10	17,50	18,00
8) Rx cheville - CAC	8S14	4,01	17,10	17,50	18,00
9) Rx jambe - CAC	8S15	4,01	17,10	17,50	18,00
10) Rx genou - CAC	8S16	4,01	17,10	17,50	18,00
11) Rx fémur - CAC	8S18	4,01	17,10	17,50	18,00
12) Rx bassin - CAC	8S22	4,01	17,10	17,50	18,00
13) Rx hanche - CAC	8S23	4,01	17,10	17,50	18,00
14) Radiomensuration ou mesure des axes des 2 membres inférieurs	8S24	12,03	51,30	52,60	53,90

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
15) Supplément pour épreuves dynamiques à la recherche de lésions ligamentaires des articulations des membres - CAC	8S25	2,01	8,60	8,80	9,00
16) Radiographie comparative du segment controlatéral - CAC	8S26	2,01	8,60	8,80	9,00
b) Tête et thorax					
1) Rx crâne - CAC	8S40	4,01	17,10	17,50	18,00
2) Rx sinus faciaux, squelette facial - CAC	8S41	4,01	17,10	17,50	18,00
3) Rx crâne, poses spéciales du rocher ou de l'orbite - CAC	8S42	4,01	17,10	17,50	18,00
4) Orthopantomographie	8S45	5,41	23,10	23,70	24,20
5) Rx sternum - CAC	8S51	4,01	17,10	17,50	18,00
6) Rx côtes, gril costal - CAC	8S52	4,01	17,10	17,50	18,00
c) Colonne vertébrale					
1) Rx colonne cervicale, toutes incidences - CAC	8S61	6,02	25,70	26,30	27,00
2) Rx colonne dorsale, toutes incidences - CAC	8S62	4,01	17,10	17,50	18,00
3) Rx colonne lombaire, toutes incidences - CAC	8S63	6,02	25,70	26,30	27,00
4) Rx sacrum et/ou coccyx et/ou articulations sacro-iliaques - CAC	8S64	4,01	17,10	17,50	18,00
5) Rachis dans son entier en téléradiographie, face et profil	8S65	12,03	51,30	52,60	53,90
6) Supplément pour épreuves dynamiques de la colonne cervicale, en cas de traumatisme - CAC	8S66	2,01	8,60	8,80	9,00
d) Arthrographie, discographie					
1) Arthrographie, ponction non comprise	8S81	9,79	41,80	42,80	43,90
2) Arthrographie, ponction articulaire et injection comprises	8S82	16,14	68,90	70,60	72,30
3) Arthrographie de la hanche, ponction articulaire et injection comprises	8S83	20,28	86,50	88,70	90,90
4) Discographie, un ou plusieurs niveaux, ponction non comprise	8S85	9,56	40,80	41,80	42,90
5) Discographie, ponction des disques et injection comprises	8S86	28,91	123,30	126,40	129,60
Sous-section 3 - Organes de la tête, du cou et du thorax					
1) Lacrymographie; injection non comprise	8V10	7,22	30,80	31,60	32,40
2) Lacrymographie, sondage des voies lacrymales et injection compris	8V11	9,10	38,80	39,80	40,80
3) Sialographie; injection non comprise	8V12	9,79	41,80	42,80	43,90
4) Sialographie, sondage et injection compris	8V13	13,06	55,70	57,10	58,50
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	4,01	17,10	17,50	18,00
6) Laryngographie avec produit de contraste	8V15	6,53	27,90	28,60	29,30
7) Radioscopie thoracique, opacification oesophagienne comprise; non cumulable avec un autre examen radiologique du thorax ou de l'abdomen (8V17 à 8V33)-CAC	8V16	3,27	14,00	14,30	14,70
8) Location d'appareil	8V16X	0,73	3,10	3,20	3,30
9) Radiographie thoracique de face - CAC	8V17	4,01	17,10	17,50	18,00
10) Radiographie thoracique, face et profil et autres incidences éventuelles - CAC	8V18	6,72	28,70	29,40	30,10
11) Location d'appareil en cas de radioscopie associée	8V18X	0,73	3,10	3,20	3,30
12) Bronchographie, médiastinographie (injection non comprise)	8V19	7,93	33,80	34,70	35,50
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	6,72	28,70	29,40	30,10
2) Rx oesophage seul; non cumulable avec 8V16	8V22	6,53	27,90	28,60	29,30
3) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V22X	1,00	4,30	4,40	4,50
4) Transit oeso-gastro-duodénal	8V23	15,06	64,30	65,90	67,50
5) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V23X	1,00	4,30	4,40	4,50
6) Transit du grêle seul; non cumulable à 8V20-8V25	8V24	7,22	30,80	31,60	32,40
7) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V24X	1,00	4,30	4,40	4,50
8) Transit oeso-gastro-duodénal et transit intestinal complet avec au moins 1 contrôle subséquent	8V25	15,06	64,30	65,90	67,50
9) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V25X	1,00	4,30	4,40	4,50
10) Lavement baryté	8V26	15,06	64,30	65,90	67,50
11) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V26X	1,14	4,90	5,00	5,10
12) Cholécystographie par voie orale	8V31	6,62	28,20	28,90	29,70
13) Cholécysto-cholangiographie par voie intra-veineuse	8V32	13,39	57,10	58,60	60,00
14) Cholangiographie par voie percutanée transhépatique	8V34	24,77	105,70	108,30	111,00
15) Cholangiographie peropératoire	8V35	7,98	34,00	34,90	35,80
Sous-section 5 - Système urinaire					
1) Urographie intra-veineuse	8V41	9,79	41,80	42,80	43,90

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
2) Urographie intra-veineuse avec tomographie simultanée	8V42	13,76	58,70	60,20	61,70
3) Urétéro-pyélographie rétrograde uni-ou bilatérale; cathétérisme non compris	8V43	12,17	51,90	53,20	54,50
4) Cystographie	8V44	4,81	20,50	21,00	21,60
5) Urétro-cystographie rétrograde avec injection du produit de contraste	8V45	14,04	59,90	61,40	62,90
6) Urétrographie, sans injection du produit de contraste	8V46	7,22	30,80	31,60	32,40
7) Urétrographie rétrograde avec injection du produit de contraste	8V47	16,46	70,20	72,00	73,80
8) Vésiculo- et/ou déférentographie	8V48	7,41	31,60	32,40	33,20
Sous-section 6 - Gynécologie					
1) Mammographie unilatérale, toutes incidences	8V51	5,46	23,30	23,90	24,50
2) Mammographie bilatérale	8V52	10,91	46,50	47,70	48,90
3) Mammographie bilatérale dans le cadre d'un programme de dépistage précoce du cancer du sein	8V53	10,91	46,50	47,70	48,90
4) Galactographie, injection comprise	8V54	9,79	41,80	42,80	43,90
5) Hystérosalpingographie	8V55	9,79	41,80	42,80	43,90
6) Radiopelvimétrie	8V56	4,01	17,10	17,50	18,00
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	5,46	23,30	23,90	24,50
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	10,91	46,50	47,70	48,90
Sous-section 7 - Système nerveux					
1) Myélographie, ponction non comprise	8V61	12,54	53,50	54,80	56,20
2) Myélographie, ponction et injection comprises	8V62	25,69	109,60	112,30	115,20
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	83,00	354,10	363,00	372,00
2) Artériographie d'un membre	8V71	27,47	117,20	120,10	123,10
3) Artériographie des deux membres inférieurs et de l'aorte abdominale par cathétérisme unilatéral ou par ponction aortique	8V72	41,08	175,30	179,60	184,10
4) Artériographie de l'aorte thoracique et/ou abdominale et de ses branches (non cumulable avec 8V71, 8V72, 8V78, ou 8V79)	8V73	32,26	137,60	141,10	144,60
5) Artériographie d'une carotide ou d'une artère vertébrale par cathétérisme	8V75	55,25	235,70	241,60	247,60
6) Artériographie unilatérale des artères du cou (y compris la crosse aortique)	8V76	83,00	354,10	363,00	372,00
7) Artériographie médullaire	8V77	55,02	234,70	240,60	246,60
8) Artériographie par cathétérisme sélectif d'une branche de l'aorte thoraco-abdominale	8V78	83,00	354,10	363,00	372,00
9) Artériographie par cathétérisme sélectif de plusieurs branches de l'aorte thoraco-abdominale	8V79	102,59	437,70	448,60	459,80
10) Artériographie locale par injection directe peropératoire	8V80	19,40	82,80	84,80	87,00
11) Phlébographie	8V81	27,47	117,20	120,10	123,10
12) Splénoportographie	8V82	32,26	137,60	141,10	144,60
13) Lymphographie	8V83	27,47	117,20	120,10	123,10
14) Cathétérisme sélectif, sous contrôle artériographique, d'un vaisseau des membres ou d'organes thoraco-abdominaux pour prélèvement local ou chimiothérapie	8V86	83,00	354,10	363,00	372,00
15) Cathétérisme sélectif, sous contrôle artériographique, d'un vaisseau crânio-cervical ou médullaire pour prélèvement local ou chimiothérapie	8V87	83,00	354,10	363,00	372,00
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	6,72	28,70	29,40	30,10
2) Fistulographie sous opacification par sonde	8V91	7,41	31,60	32,40	33,20
3) Repérage percutané de corps étrangers par marquage géométrique	8V92	6,72	28,70	29,40	30,10
4) Repérage percutané d'une lésion focale au décours d'une séance d'imagerie médicale (mise en compte une seule fois) CAT	8V93	18,65	79,60	81,60	83,60
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	8,26	35,20	36,10	37,00

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
Sous-section 10 - Tomographie, scanographie					
a) Tomographie					
1) Tomographie du squelette en présence de matériel métallique	8A15	12,17	51,90	53,20	54,50
2) Tomographie des poumons et/ou du larynx	8A16	12,17	51,90	53,20	54,50
b) Tomodensitométrie (TDM), scanographie					
1) TDM de la tête (cou compris)	8A21	22,01	93,90	96,20	98,70
2) TDM du cou et/ou des organes thoraciques	8A31	27,28	116,40	119,30	122,30
3) TDM des organes abdominaux et/ou pelviens	8A32	27,28	116,40	119,30	122,30
4) TDM de la colonne cervicale	8A33	27,28	116,40	119,30	122,30
5) TDM de la colonne lombaire et/ou dorsale	8A34	27,28	116,40	119,30	122,30
6) TDM des membres	8A35	22,01	93,90	96,20	98,70
7) TDM du corps entier	8A36	33,06	141,00	144,60	148,20
8) TDM de l'arcade dentaire	8A37	12,17	51,90	53,20	54,50
9) Supplément pour TDM combinée à une arthrographie, discographie ou myélographie	8A41	13,61	58,10	59,50	61,00
10) Contrôle scanographique pour un acte diagnostique ou thérapeutique - CAT	8A45	8,26	35,20	36,10	37,00
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	37,16	158,50	162,50	166,60
2) Traitement par les isotopes radioactifs en sources non scellées, deuxième application	8T12	26,73	114,00	116,90	119,80
3) Traitement par les isotopes radioactifs en sources non scellées, troisième application	8T13	17,93	76,50	78,40	80,40
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.					
Sous-section 2 - Radiothérapie externe					
1) Simulation en vue d'une radiothérapie de basse énergie ou superficielle pour des champs simples	8T21	11,48	49,00	50,20	51,50
2) Simulation en vue d'une radiothérapie de haute énergie; technique simple, à visée symptomatique sur métastase ou tumeur évoluée	8T22	45,91	195,90	200,80	205,80
3) Simulation en vue d'une radiothérapie de haute énergie, technique élaborée avec simulateur-scanner ou scanner de simulation, repérage précis des volumes cibles et des organes à risque, étude dosimétrique, champs complexes avec caches personnalisés ou recours à une collimation par multilames	8T23	91,82	391,70	401,50	411,60
4) Simulation en vue d'une radiothérapie non robotisée de haute énergie avec haute technicité (radiothérapie conformationnelle, stéréotaxique, dynamique, corporelle ou cutanée totale, intraopératoire)	8T24	137,74	587,70	602,30	617,40
5) Contrôle en simulation des données optimisées, nouvelle séance après une première simulation 8T21	8T31	3,44	14,70	15,00	15,40
6) Contrôle en simulation des données optimisées, nouvelle séance après une première simulation 8T22	8T32	13,77	58,70	60,20	61,70
7) Contrôle en simulation des données optimisées, nouvelle séance après une première simulation 8T23	8T33	27,55	117,50	120,50	123,50
8) Contrôle en simulation des données optimisées, nouvelle séance après une première simulation 8T24	8T34	41,32	176,30	180,70	185,20
9) Séance de radiothérapie de basse énergie ou radiothérapie superficielle, pour des champs simples; radiothérapie fonctionnelle	8T41	1,72	7,30	7,50	7,70
10) Séance de radiothérapie de haute énergie, technique simple, à visée symptomatique	8T42	2,58	11,00	11,30	11,60
11) Séance de radiothérapie de haute énergie avec technique élaborée	8T43	6,03	25,70	26,40	27,00
12) Séance de radiothérapie de haute énergie avec haute technicité	8T44	10,33	44,10	45,20	46,30
13) Chimiothérapie anticancéreuse par injection, concomitante à la radiothérapie avec surveillance, non renouvelable avant un délai de 6 jours - CAT	8T51	31,80	135,70	139,10	142,50
Sous-section 3 - Curiethérapie					
1) Séance de curiethérapie à haut débit de dose, technique interstitielle, endocavitaire ou endoluminale	8T61	38,26	163,20	167,30	171,50
2) Forfait pour curiethérapie à débit de dose pulsé, technique interstitielle, endocavitaire ou endoluminale, y compris la surveillance	8T62	153,04	652,90	669,20	686,00
3) Mise en place sous anesthésie générale de gaines vectrices pour curiethérapie au niveau bucco-pharyngé	8T71	10,52	44,90	46,00	47,20

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
4) Mise en place d'un applicateur utéro-vaginal pour curiethérapie	8T72	15,78	67,30	69,00	70,70
5) Mise en place percutanée de gaines vectrices pour curiethérapie interstitielle	8T73	10,95	46,70	47,90	49,10
REMARQUE: Les positions concernant la mise en place de l'applicateur ou des gaines vectrices sont cumulables à plein tarif aux positions de curiethérapie.					
Sous-section 4 - Radiothérapie/Radiochirurgie stéréotaxique robotisée (technologie Cyberknife)					
1) Acte de contourage portant exclusivement sur le système nerveux central (encéphale et moelle épinière), toute technique d'imagerie confondue	8T80	90,88	387,70	397,40	407,40
2) Acte de contourage hors système nerveux central, toute technique d'imagerie confondue	8T81	54,53	232,60	238,50	244,40
REMARQUE: Par entité pathologique il ne peut être mis en compte et pris en charge par l'assurance maladie qu'un seul acte de contourage 8T80 respectivement 8T81. L'acquisition des images radiologiques nécessaires au contourage fait partie intégrante de cet acte et ne peut pas donner lieu à un cumul.					
3) Simulation en vue d'une radiothérapie/-chirurgie stéréotaxique robotisée	8T84	275,48	1175,30	1204,70	1234,80
4) Séance unique de radiochirurgie stéréotaxique robotisée	8T86	20,66	88,10	90,30	92,60
5) Séance de radiothérapie stéréotaxique robotisée fractionnée (par séance)	8T87	10,33	44,10	45,20	46,30
6) Concours du neurochirurgien à la planification et à la simulation en radiochirurgie stéréotaxique robotisée portant exclusivement sur le système nerveux central (encéphale et moelle épinière); la présence physique au Centre François Baclesse étant obligatoire	8T90	322,82	1377,30	1411,70	1447,00
Section 3 - Imagerie médicale utilisant les agents physiques sans radiations ionisantes					
Sous-section 1 - Echographie (échotomographie, ultrasonographie)					
1) Examen échographique de régions ou d'organes non prévus aux positions suivantes	8E01	12,20	52,10	53,40	54,70
2) Location d'appareil	8E01X	5,04	21,50	22,00	22,60
3) Examen échographique de la glande thyroïde (région du cou comprise)	8E02	12,20	52,10	53,40	54,70
4) Location d'appareil	8E02X	5,04	21,50	22,00	22,60
5) Examen échographique du crâne et/ou des hanches chez un enfant de moins de deux ans	8E03	12,20	52,10	53,40	54,70
6) Location d'appareil	8E03X	5,04	21,50	22,00	22,60
7) Echographie du pelvis par voie transrectale ou transvaginale	8E09	18,36	78,30	80,30	82,30
8) Location d'appareil	8E09X	5,04	21,50	22,00	22,60
9) Examen échographique des organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens; non applicable pour échographie en rapport avec la grossesse	8E13	18,36	78,30	80,30	82,30
10) Location d'appareil	8E13X	5,04	21,50	22,00	22,60
11) Examen échographique des seins	8E14	12,20	52,10	53,40	54,70
12) Location d'appareil	8E14X	5,04	21,50	22,00	22,60
13) Echographie obstétricale, 1er ou 3e trimestre (y compris le 1er diagnostic de la grossesse)	8E21	12,20	52,10	53,40	54,70
14) Location d'appareil	8E21X	5,04	21,50	22,00	22,60
15) Echographie obstétricale du 2e trimestre	8E22	18,36	78,30	80,30	82,30
16) Location d'appareil	8E22X	5,04	21,50	22,00	22,60
17) Contrôle échographique accompagnant un acte diagnostique ou thérapeutique - CAT (non applicable pour une position à libellé spécifié "sous contrôle échographique")	8E25	6,12	26,10	26,80	27,40
18) Location d'appareil	8E25X	5,04	21,50	22,00	22,60
19) Echoendoscopie de l'oesophage et du cardia	8E31	33,48	142,80	146,40	150,10
20) Echoendoscopie de l'estomac	8E32	28,70	122,40	125,50	128,60
21) Echoendoscopie des voies pancréatico-biliaires	8E33	37,93	161,80	165,90	170,00
22) Echoendoscopie du côlon	8E34	28,55	121,80	124,80	128,00
23) Echoendoscopie du rectum et du sigmoïde	8E35	12,64	53,90	55,30	56,70
REMARQUES: 1) En exécution des dispositions prévues à l'article 17, alinéa 3, la position 8E14 prévue pour l'examen échographique des seins est cumulable avec une des positions prévues pour la mammographie réalisée en dehors du programme de dépistage précoce du cancer du sein (8V51, 8V52) ainsi qu'avec une des positions 8V57 et 8V58, si l'examen échographique des seins est réalisé en seconde intention et dans les suites immédiates (même séance et même lieu) de la mammographie afin d'en préciser les difficultés d'interprétation des structures visualisées. L'indication de l'examen échographique des seins doit clairement ressortir du rapport d'interprétation de la mammographie. 2) Le cumul de l'examen échographique des seins et de la mammographie réalisée en dehors du programme de dépistage précoce du cancer du sein est réservé aux médecins spécialistes en radiodiagnostic ou en radiologie au sens du règlement grand-ducal du 10 juillet 2011 fixant la liste des spécialités en médecine et médecine					

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
dentaire reconnues au Luxembourg.					
3) Les deux procédés (examen échographique des seins et mammographie) donnent lieu à des rapports structurés utilisant une classification professionnelle de référence du domaine du type Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) de l'American College of Radiology.					
Sous-section 2 - Echo-Doppler des vaisseaux					
1) Examen des vaisseaux par Doppler continu avec enregistrement	8E41	10,71	45,70	46,80	48,00
2) Location d'appareil	8E41X	4,91	20,90	21,50	22,00
3) Examen échographique de vaisseaux avec Doppler pulsé, non applicable pour l'examen des veines du pelvis et des membres inférieurs, la première séance	8E42	23,82	101,60	104,20	106,80
4) Location d'appareil	8E42X	13,63	58,20	59,60	61,10
5) Examen échographique de vaisseaux avec Doppler pulsé, non applicable pour l'examen des veines du pelvis et des membres inférieurs, séance suivante pour une période de six mois	8E43	11,91	50,80	52,10	53,40
6) Location d'appareil	8E43X	13,63	58,20	59,60	61,10
7) Examen échographique avec Doppler pulsé des veines des membres inférieurs et du pelvis, bilan complet pour affection des veines profondes ou bilan avant intervention pour varices, la première séance	8E45	23,82	101,60	104,20	106,80
8) Location d'appareil	8E45X	13,63	58,20	59,60	61,10
9) Examen échographique avec Doppler pulsé des veines des membres inférieurs et du pelvis, bilan complet pour affection des veines profondes ou bilan avant intervention pour varices, séance suivante pour une période de six mois	8E46	11,91	50,80	52,10	53,40
10) Location d'appareil	8E46X	13,63	58,20	59,60	61,10
11) Examen échographique avec Doppler pulsé des vaisseaux utéro-placentaires, des vaisseaux ombilicaux et des grands vaisseaux foetaux pour la recherche ou la surveillance d'une souffrance foetale, la première séance	8E47	23,82	101,60	104,20	106,80
12) Location d'appareil	8E47X	13,63	58,20	59,60	61,10
13) Examen échographique avec Doppler pulsé des vaisseaux utéro-placentaires, des vaisseaux ombilicaux et des grands vaisseaux foetaux pour la recherche ou la surveillance d'une souffrance foetale, séance suivante pour une même grossesse	8E48	11,91	50,80	52,10	53,40
14) Location d'appareil	8E48X	13,63	58,20	59,60	61,10
REMARQUE: Les positions de cette sous-section ne sont pas cumulables entre elles.					
Sous-section 3 - Imagerie par résonance magnétique (IRM)					
1) IRM de la tête (cou compris)	8E61	36,35	155,10	159,00	162,90
2) IRM du cou et/ou des organes thoraciques	8E62	36,35	155,10	159,00	162,90
3) IRM des organes abdominaux et/ou pelviens	8E63	36,35	155,10	159,00	162,90
4) IRM de la colonne cervicale	8E64	36,35	155,10	159,00	162,90
5) IRM de la colonne lombaire et/ou dorsale	8E65	36,35	155,10	159,00	162,90
6) IRM des membres	8E66	36,35	155,10	159,00	162,90
Section 4 - Diagnostic par les isotopes radioactifs (médecine nucléaire)					
1) Courbe de fixation d'un isotope sur un organe ou sur des échantillons prélevés (sang, urines...), non cumulable avec l'imagerie scintigraphique du même organe (Ne concerne pas les examens inscrits dans la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales)	8N01	10,62	45,30	46,40	47,60
2) Test respiratoire par isotope (breath test)	8N02	10,62	45,30	46,40	47,60
3) Scintigraphie de la thyroïde, sans courbe de fixation	8N11	17,93	76,50	78,40	80,40
4) Scintigraphie de la thyroïde avec courbe de fixation, minimum 3 mesures	8N12	28,55	121,80	124,80	128,00
5) Scintigraphie pour la recherche de tumeurs neuro-endocrines (apudomes)	8N15	35,87	153,00	156,90	160,80
6) Scintigraphie pulmonaire (perfusion)	8N17	35,87	153,00	156,90	160,80
7) Scintigraphie pulmonaire (ventilation)	8N18	35,87	153,00	156,90	160,80
8) Scintigraphie pulmonaire (ventilation et perfusion)	8N19	46,39	197,90	202,90	207,90
9) Scintigraphie du myocarde, contrôle ECG et tomoscintigraphie comprise	8N21	35,87	153,00	156,90	160,80
10) Scintigraphie du myocarde au repos et après effort ou après perfusion d'un médicament, sous contrôle ECG, y compris tout contrôle dans les 48 heures, tomoscintigraphie comprise	8N22	40,65	173,40	177,80	182,20
11) Ventriculographie isotopique avec calcul de la fraction d'éjection et/ou des fractions régionales, contrôle ECG compris	8N25	35,87	153,00	156,90	160,80
12) Scintigraphie hépatique	8N31	31,09	132,60	136,00	139,40
13) Choléscintigraphie avec étude dynamique	8N33	35,87	153,00	156,90	160,80
14) Etude scintigraphique de la vidange gastrique	8N36	35,87	153,00	156,90	160,80
15) Scintigraphie pour la recherche d'un diverticule de Meckel	8N38	35,87	153,00	156,90	160,80
16) Scintigraphie rénale, uni- ou bilatérale	8N41	31,09	132,60	136,00	139,40
17) Néphrographie isotopique et clearance séparée des 2 reins	8N42	41,61	177,50	182,00	186,50
18) Scintigraphie cérébrale, tomoscintigraphie comprise	8N51	35,87	153,00	156,90	160,80
19) Scintigraphie cérébrale, examen statique et dynamique, tomoscintigraphie comprise	8N52	41,61	177,50	182,00	186,50

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
20) Cisternographie isotopique, ponction lombaire et injection comprise	8N55	38,26	163,20	167,30	171,50
21) Scintigraphie pour la recherche d'un foyer infectieux (p.ex. par leucocytes marqués)	8N61	35,87	153,00	156,90	160,80
22) Scintigraphie pour la recherche d'une hémorragie (p.ex. par érythrocytes marqués)	8N63	35,87	153,00	156,90	160,80
23) Scintigraphie osseuse loco-régionale	8N71	35,87	153,00	156,90	160,80
24) Scintigraphie osseuse loco-régionale examen statique et dynamique, tomoscintigraphie comprise	8N72	43,04	183,60	188,20	192,90
25) Scintigraphie osseuse du corps entier	8N75	35,87	153,00	156,90	160,80
26) Scintigraphie de la moelle osseuse	8N78	35,87	153,00	156,90	160,80
27) Lymphoscintigraphie	8N81	31,09	132,60	136,00	139,40
28) Immunoscintigraphie	8N85	35,87	153,00	156,90	160,80
29) Scintigraphie et transit par un organe de deux traceurs ou plus suivie d'une soustraction progressive des images	8N91	35,87	153,00	156,90	160,80
30) Tomoscintigraphie en complément d'un examen de la présente section - CAT	8N95	10,62	45,30	46,40	47,60
31) Scintigraphie réalisée avec caméra hybride PET-CT dédiée incluant tomoscintigraphie, interprétation des images métaboliques et fusion d'images	8N96	41,61	177,50	182,00	186,50

REMARQUES:

1) Les coefficients des actes de cette section comprennent la préparation des traceurs, l'anesthésie locale, l'injection resp. la ponction-injection.
2) Ne sont pas cumulables entre elles les positions d'examens utilisant un même traceur ou concernant le même organe respectivement le même système:
   - 8N11 et 8N12
   - 8N17 à 8N19
   - 8N21 à 8N25
   - 8N31 et 8N33
   - 8N41 à 8N43
   - 8N51 à 8N55
   - 8N71 à 8N75
3) L'acte 8N96 inclut la localisation par d'autres moyens radiologiques et est non cumulable avec les autres actes d'imagerie scintigraphique ou de tomodensitométrie.

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 6), 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	124,35	530,50	543,80	557,40
2) Angioplastie pour sténose d'une artère du membre supérieur	8P12	105,22	448,90	460,10	471,60
3) Angioplastie pour sténose de l'aorte	8P13	124,35	530,50	543,80	557,40
4) Angioplastie pour sténose d'une artère viscérale	8P14	124,35	530,50	543,80	557,40
5) Angioplastie pour sténose de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P15	105,22	448,90	460,10	471,60
6) Angioplastie pour sténose d'une artère infrapoplitée	8P16	124,35	530,50	543,80	557,40
7) Angioplastie pour sténose d'un vaisseau cérébral	8P17	124,35	530,50	543,80	557,40

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	186,52	795,80	815,70	836,00
2) Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'une artère du membre supérieur	8P22	157,82	673,30	690,10	707,40
3) Angioplastie et endoprothèse pour sténose de l'aorte	8P23	186,52	795,80	815,70	836,00
4) Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'une artère viscérale	8P24	186,52	795,80	815,70	836,00
5) Angioplastie et endoprothèse bifurquée pour sténose du carrefour aorto-iliaque	8P25	277,39	1183,50	1213,00	1243,30
6) Angioplastie et endoprothèse pour sténose de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P26	157,82	673,30	690,10	707,40
7) Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'une artère infrapoplitée	8P27	186,52	795,80	815,70	836,00
8) Angioplastie et endoprothèse pour sténose d'une veine profonde	8P29	157,82	673,30	690,10	707,40

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	224,78	959,00	983,00	1007,50

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
2) Recanalisation pour obstruction d'un vaisseau du membre supérieur	8P32	210,43	897,80	920,20	943,20
3) Recanalisation pour obstruction de l'aorte	8P33	186,52	795,80	815,70	836,00
4) Recanalisation pour obstruction d'une artère viscérale	8P34	186,52	795,80	815,70	836,00
5) Recanalisation pour obstruction de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P35	210,43	897,80	920,20	943,20
6) Recanalisation pour obstruction d'une artère infrapoplitée	8P36	157,82	673,30	690,10	707,40
7) Recanalisation pour obstruction d'une veine profonde	8P39	157,82	673,30	690,10	707,40
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	196,08	836,60	857,50	878,90
2) Traitement endoluminal pour anévrisme d'un vaisseau du membre supérieur	8P42	181,74	775,40	794,70	814,60
3) Traitement endoluminal pour anévrisme de l'aorte	8P43	262,08	1118,10	1146,10	1174,70
4) Traitement endoluminal par prothèse bifurquée d'un anévrisme aortique sous-rénal	8P44	349,12	1489,50	1526,70	1564,90
5) Traitement endoluminal pour anévrisme d'une artère viscérale	8P45	196,08	836,60	857,50	878,90
6) Traitement endoluminal pour anévrisme de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P46	181,74	775,40	794,70	814,60
7) Traitement endoluminal pour anévrisme d'une artère infrapoplitée	8P47	181,74	775,40	794,70	814,60
8) Traitement endoluminal pour anévrisme d'un vaisseau cérébral	8P48	286,95	1224,20	1254,80	1286,20
Sous-section 5 - Thromboaspiration ou thrombolyse endovasculaire					
1) Thromboaspiration ou thrombolyse d'un vaisseau du cou	8P51	105,22	448,90	460,10	471,60
2) Thromboaspiration ou thrombolyse d'un vaisseau du membre supérieur	8P52	105,22	448,90	460,10	471,60
3) Thromboaspiration au niveau de l'aorte	8P53	105,22	448,90	460,10	471,60
4) Thromboaspiration ou thrombolyse d'une artère viscérale	8P54	105,22	448,90	460,10	471,60
5) Thromboaspiration ou thrombolyse de l'artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P55	105,22	448,90	460,10	471,60
6) Thromboaspiration ou thrombolyse d'une artère infrapoplitée	8P56	105,22	448,90	460,10	471,60
7) Thromboaspiration ou thrombolyse d'un vaisseau cérébral	8P58	124,35	530,50	543,80	557,40
8) Thromboaspiration ou thrombolyse d'une veine profonde	8P59	105,22	448,90	460,10	471,60
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	124,35	530,50	543,80	557,40
2) Embolisation d'une artère iliaque, fémorale ou poplitée	8P63	124,35	530,50	543,80	557,40
3) Embolisation d'une artère infrapoplitée	8P64	124,35	530,50	543,80	557,40
4) Embolisation d'un vaisseau cérébral ou médullaire	8P68	210,43	897,80	920,20	943,20
5) Embolisation d'une artère ou d'une veine viscérale	8P69	124,35	530,50	543,80	557,40
Sous-section 7 - Autres traitements endovasculaires					
1) Embolisation d'un vaisseau pour tumeur	8P71	95,65	408,10	418,30	428,70
2) Extraction d'un corps étranger intravasculaire	8P72	52,61	224,50	230,10	235,80
3) Shunt porto-cave par voie transhépatique ou transjugulaire, mise en place d'une endoprothèse comprise	8P73	210,43	897,80	920,20	943,20
4) Mise en place percutanée d'un filtre de la veine cave	8P74	90,87	387,70	397,40	407,30
5) Prises de pression intravasculaire et/ou échographie endovasculaire au cours d'une intervention endovasculaire - CAT (non cumulable avec 8P79)	8P78	14,35	61,20	62,80	64,30
6) Angioscopie intravasculaire au cours d'une intervention endovasculaire - CAT	8P79	23,91	102,00	104,60	107,20
Sous-section 8 - Interventions percutanées sur les voies biliaires					
1) Drainage biliaire externe par voie percutanée transhépatique	8P81	57,39	244,80	251,00	257,20
2) Drainage biliaire interne par voie percutanée transhépatique	8P82	95,65	408,10	418,30	428,70
3) Mise en place d'une endoprothèse biliaire par voie percutanée transhépatique	8P83	47,83	204,10	209,20	214,40
4) Changement d'un cathéter ou d'une endoprothèse biliaire mise en place par voie percutanée	8P84	47,83	204,10	209,20	214,40
Sous-section 9 - Intervention percutanée dans le domaine ostéoarticulaire					
1) Cémentation vertébrale sous contrôle radiologique pour tassement métastatique ou ostéoporotique, un ou deux pédicules	8P87	59,30	253,00	259,30	265,80
Sous-section 10 - Autres interventions					
1) Ponction et drainage percutané d'abcès ou de kystes intra-abdominaux ou intra-thoraciques	8P91	57,39	244,80	251,00	257,20
2) Microbiopsie sur un sein sous imagerie stéréotaxique digitale sur patiente en procubitus sur table spéciale (prone table), toute imagerie locale comprise.	8P95	30,08	128,30	131,50	134,80
3) Dénudation d'un vaisseau, en cas d'impossibilité technique d'un abord par ponction percutanée - CAT	8P98	57,39	244,80	251,00	257,20

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
Section 6 - Autres examens utilisant les radiations ionisantes					
1) Ostéodensitométrie par procédé DXA (absorptiométrie des rayons X à 2 énergies) effectuée par un médecin disposant d'un agrément du Ministre de la Santé	8D01	2,06	8,80	9,00	9,20
REMARQUE: Par dérogation à l'article 10 la position 8D01 peut être cumulée avec la consultation majorée					
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	93,00	95,30	97,70
2) Chirurgie de la fente labio-maxillaire	9S12	44,25	188,80	193,50	198,30
3) Chirurgie de la division vélo-palatine	9S13	70,35	300,10	307,60	315,30
4) Chirurgie de la sténose vélo-pharyngée en un ou deux temps	9S14	44,25	188,80	193,50	198,30
5) Plastie pour perforation sinusobuccale	9S15	77,55	330,90	339,10	347,60
6) Plastie pour communication bucconasale	9S16	83,35	355,60	364,50	373,60
7) Appareil obturateur de perforation palatine: plaque base en résine (dents et crochets en supplément) - CAT	9S18	50,80	216,70	222,10	227,70
8) Appareil de prothèse vélo-palatine: plaque base et voile artificiel en résine (dents et crochets en supplément) - CAT	9S19	88,30	376,70	386,10	395,80
9) Réfection partielle d'une lèvre	9S21	74,45	317,60	325,60	333,70
10) Réfection totale d'une lèvre	9S22	111,60	476,10	488,00	500,20
11) Désinsertion musculaire du vestibule supérieur, sur toute l'étendue	9S31	58,35	248,90	255,20	261,50
12) Désinsertion musculaire du vestibule supérieur, par hémi-maxillaire ou de canine à canine	9S32	29,20	124,60	127,70	130,90
13) Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, sur toute l'étendue	9S33	73,35	312,90	320,80	328,80
14) Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, partie latérale	9S34	29,75	126,90	130,10	133,30
15) Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, partie antérieure	9S35	43,45	185,40	190,00	194,80
16) Traitement opératoire de la double lèvre	9S36	25,55	109,00	111,70	114,50
Sous-section 2 - Chirurgie des arcades gingivo-dentaires					
1) Résection du capuchon muqueux d'une dent de sagesse	9S41	4,00	17,10	17,50	17,90
2) Traitement local des gingivostomatites, par séance	9S42	2,80	11,90	12,20	12,60
3) Gingivoplastie étendue à une demi-arcade ou de canine à canine	9S43	13,40	57,20	58,60	60,10
4) Gingivectomie étendue à une demi-arcade ou de canine à canine	9S44	20,45	87,20	89,40	91,70
Sous-section 3 - Chirurgie de la langue et du plancher de la bouche					
1) Biopsie buccale	9S51	8,30	35,40	36,30	37,20
2) Excision et suture d'un frein hypertrophié de la langue ou de la lèvre ou d'une bride fibreuse	9S52	13,40	57,20	58,60	60,10
3) Plastie d'allongement du frein de la lèvre ou de la langue	9S53	13,40	57,20	58,60	60,10
4) Désinsertion musculaire du plancher de la bouche, un côté	9S55	40,90	174,50	178,90	183,30
5) Désinsertion musculaire du plancher de la bouche, deux côtés	9S56	81,70	348,60	357,30	366,20
6) Glossectomie large	9S57	109,70	468,00	479,70	491,70
7) Incision d'un abcès de la cavité buccale, bucco-pharyngée ou pharyngo-laryngée par voie buccale	9S61	11,00	46,90	48,10	49,30
8) Incision d'un phlegmon de la base de la langue ou du plancher buccal	9S62	33,65	143,60	147,20	150,80
9) Résection d'une lésion ou tumeur bénigne de la bouche	9S65	16,55	70,60	72,40	74,20
10) Extirpation d'une tumeur maligne des lèvres	9S71	59,55	254,10	260,40	266,90
11) Extirpation d'une tumeur maligne de l'oropharynx ou du plancher de la bouche	9S72	140,65	600,10	615,10	630,40
Sous-section 4 - Chirurgie des glandes salivaires					
1) Injection de produit de contraste pour sialographie	9S80	3,50	14,90	15,30	15,70
2) Extirpation de calculs salivaires par incision muqueuse simple	9S81	13,40	57,20	58,60	60,10
3) Extirpation de calculs salivaires par dissection du canal excréteur ou par voie externe	9S82	27,50	117,30	120,30	123,30
4) Chirurgie d'une fistule salivaire	9S83	33,65	143,60	147,20	150,80
5) Ablation de la glande sous-maxillaire	9S90	60,00	256,00	262,40	268,90
6) Parotidectomie partielle avec dissection du nerf facial	9S93	98,25	419,20	429,60	440,40
7) Parotidectomie totale avec dissection du nerf facial	9S94	124,40	530,70	544,00	557,60
8) Parotidectomie totale, sans conservation du nerf facial	9S95	98,25	419,20	429,60	440,40

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
Section 2 - Chirurgie maxillo-faciale					
1) Bandage d'urgence extrabuccal pour fracture des maxillaires, sans continuation du traitement	9F11	5,45	23,30	23,80	24,40
2) Fracture des maxillaires, premier appareillage de contention buccale	9F12	25,55	109,00	111,70	114,50
3) Traitement orthopédique d'une fracture maxillaire parcellaire	9F13	25,55	109,00	111,70	114,50
4) Traitement orthopédique d'une fracture complète simple d'un maxillaire (sans appui)	9F14	77,55	330,90	339,10	347,60
5) Fracture complète du maxillaire inférieur, réduction et contention avec appui sur le maxillaire supérieur	9F15	119,15	508,30	521,00	534,10
6) Fracture transversale du maxillaire supérieur, contention par appareillage intra- et extra-buccal, appui péricrânien	9F16	131,15	559,50	573,50	587,90
7) Fracture complète des deux maxillaires, contention par appareillage intra- et extra-buccal, appui péricrânien, matériel non compris	9F17	131,15	559,50	573,50	587,90
8) Réduction sanglante simple d'une fracture d'un maxillaire, de l'os malaire et/ou du zygoma, matériel non compris	9F21	21,75	92,80	95,10	97,50
9) Ostéosynthèse d'une fracture d'un maxillaire, de l'os malaire et/ou du zygoma, matériel non compris	9F22	146,55	625,20	640,90	656,90
10) Ostéotomie pour fracture ancienne avec cal vicieux ou chirurgie (sans greffe) d'une pseudarthrose du maxillaire inférieur, matériel non compris	9F25	77,55	330,90	339,10	347,60
11) Traitement chirurgical de la pseudarthrose d'un maxillaire avec greffe osseuse, prélèvements des greffons compris	9F26	116,80	498,30	510,80	523,50
12) Ostéotomie unilatérale du maxillaire supérieur pour fracture ancienne avec cal vicieux	9F27	101,20	431,80	442,50	453,60
13) Traitement orthopédique de la luxation temporo-maxillaire uni- ou bilatérale	9F31	4,50	19,20	19,70	20,20
14) Réduction sanglante d'une luxation temporo-maxillaire, reposition ou résection du condyle, butée osseuse	9F32	146,55	625,20	640,90	656,90
15) Appareil de contention du maxillaire inférieur après réduction d'une luxation par méthode sanglante - CAT	9F33	170,05	725,50	743,60	762,20
16) Arthrotomie pour corps étranger ou lésion méniscale de l'articulation temporo-maxillaire	9F34	74,15	316,40	324,30	332,40
17) Ostéotomie pour ankylose ou arthroplastie temporo-maxillaire	9F35	183,05	781,00	800,50	820,50
18) Résection totale du maxillaire inférieur	9F41	104,10	444,10	455,20	466,60
19) Résection du corps du maxillaire inférieur	9F42	146,55	625,20	640,90	656,90
20) Résection totale d'un hémimaxillaire inférieur	9F43	183,00	780,80	800,30	820,30
21) Résection large ou totale du maxillaire supérieur	9F44	183,00	780,80	800,30	820,30
22) Traitement chirurgical de la prognathie ou latérognathie, matériel non compris	9F47	183,00	780,80	800,30	820,30
23) Appareil de réduction-contention du maxillaire inférieur après correction chirurgicale d'une prognathie ou latérognathie - CAT	9F48	170,05	725,50	743,60	762,20
24) Ablation d'une tumeur bénigne des maxillaires étendue à l'infrastructure	9F51	73,35	312,90	320,80	328,80
25) Ablation d'une tumeur bénigne des maxillaires avec vaste délabrement osseux	9F52	101,20	431,80	442,50	453,60
26) Evidement osseux d'un maxillaire nécessitant une greffe	9F53	116,80	498,30	510,80	523,50
27) Correction de dépression traumatique ou congénitale de la face (hors l'orbite) par greffe osseuse, cutanéo-muqueuse, dermo-graisseuse ou par matériau inerte (prélèvement de greffe non compris) - APCM	9F55	77,05	328,70	336,90	345,40
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	616,70	632,10	647,90
29) Prélèvement osseux important ou trépanation d'un maxillaire pour examen histologique	9F61	21,35	91,10	93,40	95,70
30) Traitement de l'ostéite et nécrose des maxillaires, circonscrite à la région alvéolaire; curetage et ablation de séquestres	9F62	11,00	46,90	48,10	49,30
31) Curetage péri-apical par trépanation vestibulaire avec ou sans résection apicale	9F63	20,45	87,20	89,40	91,70
32) Traitement de l'ostéite de la région basilaire, de l'ostéite corticale ou centrale, curetage et ablation de séquestres	9F64	27,55	117,50	120,50	123,50
33) Nécrose des corps maxillaires étendue à un segment important; curetage et ablation de séquestres	9F65	47,50	202,70	207,70	212,90
34) Enucléation d'un kyste maxillaire étendu avec trépanation osseuse	9F71	27,05	115,40	118,30	121,20
35) Cure par marsupialisation d'un kyste maxillaire avec trépanation osseuse	9F72	13,55	57,80	59,30	60,70
36) Cure d'un kyste s'étendant à un hémimaxillaire ou d'un kyste faisant saillie et refoulant un sinus maxillaire	9F73	51,30	218,90	224,30	229,90
37) Trépanation par voie vestibulaire du sinus maxillaire pour recherche d'une racine refoulée dans le sinus	9F74	60,70	259,00	265,40	272,10
38) Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par réparation plastique musculo-cutanée	9F78	77,05	328,70	336,90	345,40
39) Insertion d'implants métalliques ou acryliques après large résection de la mandibule	9F81	146,55	625,20	640,90	656,90
40) Réimplatation d'une dent, appareillage non compris	9F82	40,25	171,70	176,00	180,40
41) Transplantation d'une dent, apparaillage non compris	9F83	54,00	230,40	236,10	242,00
42) Appareil de contention préopératoire du maxillaire inférieur (résection chirurgicale, greffe) - CAT	9F91	108,75	464,00	475,60	487,50
43) Appareil mobilisateur du maxillaire inférieur après traitement chirurgical d'une construction permanente - CAT	9F92	170,05	725,50	743,60	762,20
44) Appareil de distension de cicatrices vicieuses (lèvres; joues) sans casque péricrânien - CAT	9F93	108,75	464,00	475,60	487,50
45) Appareil de distension de cicatrices vicieuses (lèvres; joues) avec casque péricrânien - CAT	9F94	170,05	725,50	743,60	762,20
46) Appareil porte-radium intrabuccal - CAT	9F95	88,30	376,70	386,10	395,80

	Code	Coeff.	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
47) Appareil de redressement du nez avec appui péricrânien - CAT	9F96	67,95	289,90	297,10	304,60
48) Appareil obturateur après résection du maxillaire supérieur (dents comprises) - CAT	9F97	170,05	725,50	743,60	762,20
49) Attelle modelable, par maxillaire	9F98	14,00	59,70	61,20	62,80

Modifications portées au règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°118 du 30.12.1998, p. 3142)

Règlement grand-ducal du 18 novembre 1999 portant modification du règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°141 du 10.12.1999, p. 2570)

Règlement grand-ducal du 21 décembre 1999 portant modification du règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°149 du 28.12.1999, p. 2929)

Règlement grand-ducal du 28 juin 2000 concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°51 du 05.07.2000, p. 1119)

Règlement grand-ducal du 17 juillet 2000 portant modification du règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance-maladie
(Mémorial A – N°63 du 28.07.2000, p. 1269)

Règlement grand-ducal du 2 octobre concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°103 du 09.10.2000, p. 2249)

Règlement grand-ducal du 30 novembre 2000 portant modification du règlement grand-ducal du 21 novembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°126 du 13.12.2000, p. 2886)

Règlement grand-ducal du 1er août 2001 relatif au basculement en euro le 1er janvier 2002 et modifiant certaines dispositions réglementaires
(Mémorial A – N°117 du 18.09.2001, p. 2449)

Règlement grand-ducal du 29 novembre 2001 modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°145 du 21.12.2001, p. 2946)

Règlement grand-ducal du 14 décembre 2001 modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°151 du 27.12.2001, p. 3281)

Règlement grand-ducal du 22 février 2002 modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°27 du 21.03.2002, p. 486)

Règlement grand-ducal du 24 janvier 2003 modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°19 du 31.01.2003, p. 371)

Règlement grand-ducal du 17 mars 2003 modifiant
1. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code des assurances sociales
2. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°37 du 27.03.2003, p. 606)

Règlement grand-ducal du 17 mars 2003 modifiant
1. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code des assurances sociales
2. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie - Rectificatif
(Mémorial A – N°68 du 22.05.2003, p. 1108)

Règlement grand-ducal du 19 mai 2003 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°75 du 03.06.2003, p. 1280)

Règlement grand-ducal du 27 juillet 2003 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°118 du 22.08.2003, p. 2496)

Règlement grand-ducal du 28 novembre 2003 modifiant
1) le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins
2) le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes
(Mémorial A – N°177 du 12.12.2003, p. 3588)

Règlement grand-ducal du 28 février 2005 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°31 du 16.03.2005, p. 609)

Règlement grand-ducal du 23 septembre 2005 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°165 du 05.10.2005, p. 2796)

Règlement grand-ducal du 7 novembre 2005 modifiant:
1. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie;
2. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code des assurances sociales
(Mémorial A – N°185 du 28.11.2005, p. 2984)

Règlement grand-ducal du 23 décembre 2005 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°222 du 30.12.2005, p. 3731)

Règlement grand-ducal du 23 décembre 2005 modifiant
1. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code des assurances sociales;
2. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°222 du 30.12.2005, p. 3733)

Règlement grand-ducal du 5 août 2006 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°150 du 30.08.2006, p. 2663)

Règlement grand-ducal du 15 janvier 2007 portant modification du règlement grand-ducal modifié du

21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins et des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°3 du 25.01.2007, p. 31)

Règlement grand-ducal du 5 mars 2007 portant modification du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins et des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°37 du 15.03.2007, p. 750)

Règlement grand-ducal du 13 décembre 2007 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°226 du 19.12.2007, p. 3886)

Règlement grand-ducal du 27 juin 2008 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°92 du 04.07.2008, p. 1253)

Règlement grand-ducal du 22 juillet 2008 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°114 du 31.07.2008, p. 1782)

Règlement grand-ducal du 27 février 2009 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins
(Mémorial A – N°40 du 09.03.2009, p. 565)

Règlement grand-ducal du 6 avril 2009 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°74 du 14.04.2009, p. 898)

Règlement grand-ducal du 6 avril 2009 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie – Rectificatif
(Mémorial A – N°85 du 29.04.2009, p. 1012)

Règlement grand-ducal du 19 mai 2009 modifiant:
1. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie;
2. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale
(Mémorial A – N°111 du 26.05.2009, p. 1634)

Règlement grand-ducal du 19 mai 2009 modifiant:
1. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie;
2. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale - Rectificatif
(Mémorial A – N°121 du 02.06.2009, p. 1728)

Règlement grand-ducal du 7 juin 2010 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°90 du 10.06.2010, p. 1646)

Règlement grand-ducal du 4 juin 2010 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie – RECTIFICATIF

(Mémorial A – N°93 du 22.06.2010, p. 1686)

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant en application de l'article 5 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé les réductions à opérer aux tarifs médicaux et modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°242 du 27.12.2010, p. 4064)

Règlement grand-ducal du 12 mars 2011 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°57 du 05.04.2011, p. 1051)

Règlement grand-ducal du 18 août 2011 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie et le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°195 du 12.09.2011, p. 3548)

Règlement grand-ducal du 8 février 2012 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie et le règlement grand-ducal du 16 décembre 2011 déterminant en application de l'article 35 de la loi du 16 décembre 2011 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2012 les adaptations à apporter aux coefficients de la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique et modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°26 du 15.02.2012, p. 326)

Règlement grand-ducal du 21 juillet 2012 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie suite à l'introduction du médecin référent
(Mémorial A – N°151 du 26.07.2012, p. 1853)

Règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°298 du 31.12.2012, p. 4718)

Règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie – RECTIFICATIF
(Mémorial A – N°18 du 07.02.2013, p. 339)

Règlement grand-ducal du 15 novembre 2013 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°204 du 29.11.2013, p. 3752)

Règlement grand-ducal du 23 décembre 2013 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°225 du 27.12.2013, p. 4225)

Règlement grand-ducal du 28 avril 2014 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°67 du 30.04.2014, p. 1000)

Règlement grand-ducal du 26 mai 2014 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie par l'introduction de nouveaux actes en lien avec la radiothérapie stéréotaxique robotisée

implantée au Centre François Baclesse
(Mémorial A – N°91 du 30.05.2014, p. 1418)

Règlement grand-ducal du 26 novembre 2014 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°217 du 01.12.2014, p. 4192)

Règlement grand-ducal du 12 décembre 2014 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°232 du 18.12.2014, p. 4476)

Règlement grand-ducal du 6 mai 2015 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°101 du 11.06.2015, p. 1732)

Règlement grand-ducal du 27 novembre 2015 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°227 du 07.12.2015, p. 4858)

Règlement grand-ducal du 10 décembre 2015 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°234 du 16.12.2015, p. 5166)

Règlement grand-ducal du 4 mai 2016 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°90 du 13.05.2016, p. 1670)

Règlement grand-ducal du 3 juin 2016 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°102 du 14.06.2016, p. 1875)

Règlement grand-ducal du 15 octobre 2016 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°215 du 20.10.2016, p. 4026)

Règlement grand-ducal du 26 octobre 2016 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°220 du 31.10.2016, p. 4144)

Règlement grand-ducal du 25 novembre 2016 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°238 du 30.11.2016, p. 4388)

Règlement grand-ducal du 25 novembre 2016 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie - Rectificatif
(Mémorial A – N°189 du 09.02.2017, p. 1)

Règlement grand-ducal du 22 mars 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°348 du 31.03.2017, p. 1)

Règlement grand-ducal du 24 avril 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°470 du 10.05.2017, p. 1)

Règlement grand-ducal du 28 juillet 2017 modifiant le règlement grand-ducal du 24 avril 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°763 du 28.08.2017, p. 1)

Règlement grand-ducal du 1er décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°1031 du 06.12.2017, p. 1)

Règlement grand-ducal du 6 décembre 2017 modifiant les règlements grand-ducaux modifiés du 21 décembre 1998 arrêtant les nomenclatures des actes et services des médecins et médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°1033 du 07.12.2017, p. 1)

Règlement grand-ducal du 25 avril 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°329 du 27.04.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 1er août 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°798 du 12.09.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 1er août 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°818 du 13.09.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 19 octobre 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°981 du 25.10.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 19 octobre 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°982 du 25.10.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 19 octobre 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°983 du 25.10.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 27 octobre 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°1001 du 06.11.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 27 octobre 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°1002 du 06.11.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 5 décembre 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par

l'assurance maladie
(Mémorial A – N°1114 du 11.12.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 5 décembre 2018 modifiant 1° le règlement grand-ducal du 27 octobre 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie ; 2° le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°1116 du 11.12.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 17 mars 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°159 du 17.03.2020, p. 1)

Règlement grand-ducal du 30 mars 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°212 du 30.03.2020, p. 1)

Règlement grand-ducal du 24 avril 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°352 du 04.05.2020, p. 1)

Règlement grand-ducal du 14 août 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°688 du 14.08.2020, p. 1)