

2024



CC@M V75



Table des matières CCAM v75

- p. 3..... Table des chapitres
- p. 4..... Sommaire
- p. 39..... Liste des actes
- p. 488..... Dates des versions AMELI
- p. 491..... Guide de lecture et d'utilisation
 - p. 491 1 - Description de la CCAM et règles de lecture
 - p. 515..... 2 - Système de Codification
 - p. 523..... 3- Principes d'utilisation et règles de codage
 - p. 538..... 4 - Description et codage de l'anesthésie et de la CEC
 - p. 547..... Site anatomique ou fonction physiologique
 - p. 552..... Verbes d'action
 - p. 572..... Mode d'accès
 - p. 578..... CCAM Bucco-dentaire
 - p. 580..... Règles d'incompatibilité
- p. 592..... Liste des actes et prestations
 - p. 597..... Livre I
 - p. 607..... Livre III

Table des chapitres



01 SYSTÈME NERVEUX CENTRAL, PÉRIPHÉRIQUE ET AUTONOME

02 OEIL ET ANNEXES

03 OREILLE

04 APPAREIL CIRCULATOIRE

05 SYSTÈME IMMUNITAIRE ET SYSTÈME HÉMATOPOÏÉTIQUE

06 APPAREIL RESPIRATOIRE

07 APPAREIL DIGESTIF

08 APPAREIL URINAIRE ET GÉNITAL

09 ACTES CONCERNANT LA PROCRÉATION, LA GROSSESSE ET LE NOUVEAU-NÉ

10 GLANDES ENDOCRINES ET MÉTABOLISME

11 APPAREIL OSTÉOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DE LA TÊTE

12 APPAREIL OSTÉOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DU COU ET DU TRONC

13 APPAREIL OSTÉOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

14 APPAREIL OSTÉOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DU MEMBRE INFÉRIEUR

15 APPAREIL OSTÉOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE, SANS PRÉCISION TOPOGRAPHIQUE

16 SYSTÈME TÉGUMENTAIRE - GLANDE MAMMAIRE

17 ACTES SANS PRÉCISION TOPOGRAPHIQUE

18 ANESTHÉSIES COMPLÉMENTAIRES ET GESTES COMPLÉMENTAIRES

19 ADAPTATIONS POUR LA CCAM TRANSITOIRE

Sommaire

01 SYSTÈME NERVEUX CENTRAL, PÉRIPHÉRIQUE ET AUTONOME



01.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR LE SYSTÈME NERVEUX

- 01.01.01 Explorations électrophysiologiques du système nerveux
 - 01.01.01.01 Électromyographie [EMG]
 - 01.01.01.02 Mesure des vitesses de conduction
 - 01.01.01.03 Étude des latences et des réflexes
 - 01.01.01.04 Électroencéphalographie [EEG]
 - 01.01.01.05 Surveillances électrocorticographique et électroencéphalographique
 - 01.01.01.06 Polysomnographie
 - 01.01.01.07 Autres explorations électrophysiologiques du système nerveux
- 01.01.02 Étude des pressions du système nerveux
 - 01.01.02.01 Pose et ablation de dispositif de mesure des pressions du système nerveux
 - 01.01.02.02 Surveillance continue de la pression intracrânienne
- 01.01.03 Échographie du système nerveux
- 01.01.04 Radiographie du système nerveux
- 01.01.05 Scanographie du système nerveux
- 01.01.06 Remnographie [IRM] du système nerveux
- 01.01.07 Spectroscopie du système nerveux par résonance magnétique [SRM]
- 01.01.08 Scintigraphie du système nerveux
- 01.01.09 Épreuves fonctionnelles du système nerveux
 - 01.01.09.01 Potentiels évoqués visuels [PEV]
 - 01.01.09.02 Potentiels évoqués auditifs [PEA] et vestibulaires
 - 01.01.09.03 Potentiels évoqués somesthésiques cérébraux [PESc]
 - 01.01.09.04 Autres potentiels évoqués
- 01.01.10 Endoscopie du système nerveux
- 01.01.11 Ponction, biopsie et prélèvement du système nerveux
 - 01.01.11.01 Ponction de liquide cébrospinal
 - 01.01.11.02 Ponction et biopsie du système nerveux
- 01.01.12 Injection anesthésique au niveau du système nerveux à visée diagnostique
 - 01.01.12.01 Injection au niveau du système nerveux central à visée diagnostique
 - 01.01.12.02 Infiltration de nerf crânien à visée diagnostique
 - 01.01.12.03 Infiltration de nerf spinal [rachidien] à visée diagnostique
 - 01.01.12.04 Infiltration du système nerveux autonome à visée diagnostique
- 01.01.13 Tests neuropsychologiques
- 01.01.14 Examen anatomopathologique du système nerveux
- 01.01.15 Autres actes diagnostiques sur le système nerveux

01.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL INTRACRÂNIEN

- 01.02.01 Actes thérapeutiques sur le cerveau
 - 01.02.01.01 Destruction de tissu cérébral
 - 01.02.01.02 Section du tissu cérébral
 - 01.02.01.03 Exérèse de tissu cérébral
 - 01.02.01.04 Évacuation de collection intracérébrale
- 01.02.02 Actes thérapeutiques sur le cervelet et le tronc cérébral
 - 01.02.02.01 Exérèse de tissu du cervelet et du tronc cérébral
 - 01.02.02.02 Évacuation de collection intracérébelleuse
- 01.02.03 Autres actes thérapeutiques sur l'encéphale
- 01.02.04 Actes thérapeutiques sur les méninges, les ventricules et le liquide cébrospinal [LCS] intracrâniens
 - 01.02.04.01 Évacuation du liquide cébrospinal [LCS] intracrânien
 - 01.02.04.02 Injection dans le liquide cébrospinal [LCS] intracrânien
 - 01.02.04.03 Dérivation du liquide cébrospinal [LCS] intracrânien
 - 01.02.04.04 Fermeture de fistule de liquide cébrospinal [LCS] et de méningocèle crâniens
 - 01.02.04.05 Exérèse et fermeture de méningoencéphalocèle
 - 01.02.04.06 Évacuation de collection intracrânienne extraencéphalique
- 01.02.05 Exérèse de tumeur intracrânienne extraencéphalique
- 01.02.06 Exérèse de lésion des ventricules encéphaliques

01.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL SPINAL [RACHIDIEN]

- 01.03.01 Actes thérapeutiques sur la moelle épinière et la portion intrarachidienne des nerfs spinaux [rachidiens]
 - 01.03.01.01 Destruction de tissu spinal [médullaire]
 - 01.03.01.02 Section et libération de la moelle épinière et des racines nerveuses
 - 01.03.01.03 Exérèse de tissu de la moelle épinière et des racines nerveuses
 - 01.03.01.04 Parage et fermeture de plaie pénétrante vertébrospinale [du rachis et de la moelle épinière] [vertébro-médullaire]
 - 01.03.01.05 Correction des malformations congénitales de la moelle épinière
 - 01.03.01.06 Autres actes thérapeutiques sur la moelle épinière

01.03.02 Actes thérapeutiques sur les méninges, les ventricules et le liquide cébrospinal [LCS] spinaux

- 01.03.02.01** Pose de cathéter d'accès aux espaces méningés spinaux
- 01.03.02.02** Injection épidurale et intrathécale spinale
- 01.03.02.03** Évacuation de collection des méninges spinales
- 01.03.02.04** Dérivation du liquide cébrospinal [LCS] rachidien
- 01.03.02.05** Autres actes thérapeutiques sur les méninges et le liquide cébrospinal [LCS] rachidiens
- 01.03.03** Exérèse de tumeur extraspinale [extramédullaire] du canal vertébral
- 01.03.04** Autres actes thérapeutiques sur le système nerveux central et le liquide cébrospinal

01.04 STIMULATION DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

- 01.04.01** Implantation d'électrode ou de générateur de stimulation du système nerveux central
- 01.04.02** Réglage et reprogrammation d'un système de stimulation du système nerveux central
- 01.04.03** Ablation ou changement d'électrode ou de générateur de stimulation du système nerveux central

01.05 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES NERFS CRÂNIENS ET LES NERFS SPINAUX

- 01.05.01** Actes thérapeutiques sur les nerfs crâniens
 - 01.05.01.01** Actes thérapeutiques sur le nerf optique [II]
 - 01.05.01.02** Actes thérapeutiques sur le nerf trijumeau [V] et ses branches
 - 01.05.01.03** Actes thérapeutiques sur le nerf facial [VII]
 - 01.05.01.04** Actes thérapeutiques sur le nerf vestibulocochléaire [VIII]
 - 01.05.01.05** Actes thérapeutiques sur le nerf vague [X]
 - 01.05.01.06** Actes thérapeutiques sur les autres nerfs crâniens
 - 01.05.01.07** Autres actes thérapeutiques sur les nerfs crâniens
- 01.05.02** Actes thérapeutiques sur les nerfs du cou
 - 01.05.02.01** Infiltration thérapeutique et destruction de nerf du cou par voie transcutanée
 - 01.05.02.02** Exérèse de tumeur nerveuse du cou
 - 01.05.02.03** Réparation de plaie de nerf du cou
- 01.05.03** Actes thérapeutiques sur le plexus brachial
 - 01.05.03.01** Infiltration thérapeutique et bloc anesthésique du plexus brachial
 - 01.05.03.02** Suture, autogreffe et neurotisation du plexus brachial
 - 01.05.03.03** Libération du plexus brachial
 - 01.05.03.04** Autres actes thérapeutiques sur le plexus brachial
- 01.05.04** Actes thérapeutiques sur les nerfs du membre supérieur
 - 01.05.04.01** Infiltration thérapeutique de nerf du membre supérieur
 - 01.05.04.02** Suture de plaie de nerf du membre supérieur
 - 01.05.04.03** Autogreffe de nerf du membre supérieur
 - 01.05.04.04** Libération de nerf du membre supérieur
 - 01.05.04.05** Autres actes thérapeutiques sur les nerfs du membre supérieur
- 01.05.05** Actes thérapeutiques sur les nerfs du tronc
 - 01.05.05.01** Actes thérapeutiques sur les nerfs de la paroi du tronc
 - 01.05.05.02** Actes thérapeutiques sur le nerf phrénique
 - 01.05.05.03** Actes thérapeutiques sur les nerfs abdominopelviens
- 01.05.06** Actes thérapeutiques sur le plexus lombosacral et les nerfs du membre inférieur
 - 01.05.06.01** Infiltration thérapeutique et bloc anesthésique du plexus lombosacral
 - 01.05.06.02** Suture du plexus lombosacral et de nerf du membre inférieur
 - 01.05.06.03** Autogreffe de nerf du membre inférieur
 - 01.05.06.04** Libération du plexus lombosacral et de nerf du membre inférieur
 - 01.05.06.05** Autres actes thérapeutiques sur le plexus lombosacral et les nerfs du membre inférieur
- 01.05.07** Autres actes thérapeutiques sur les nerfs spinaux
 - 01.05.07.01** Infiltration thérapeutique de nerf spinal à son émergence rachidienne
 - 01.05.07.02** Destruction du rameau dorsal d'un nerf spinal
 - 01.05.07.03** Bloc anesthésique continu de nerf spinal à son émergence rachidienne
 - 01.05.07.04** Infiltration thérapeutique de nerf des membres
 - 01.05.07.05** Réparation de nerf spinal
 - 01.05.07.06** Exérèse de tumeur de nerf spinal
 - 01.05.07.07** Autres actes thérapeutiques sur les nerfs spinaux

01.06 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

- 01.06.01** Infiltration thérapeutique du système nerveux autonome
- 01.06.02** Bloc anesthésique continu du système nerveux autonome
- 01.06.03** Destruction de nerf du système autonome
- 01.06.04** Sympathectomie

01.07 AUTRES ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE SYSTÈME NERVEUX

02.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'OEIL ET SES ANNEXES

- 02.01.01 Explorations électrophysiologiques de l'oeil
- 02.01.02 Échographie de l'oeil
- 02.01.03 Radiographie de l'oeil
- 02.01.04 Photographie de l'oeil
- 02.01.05 Autres actes d'imagerie de l'oeil
- 02.01.06 Épreuves fonctionnelles sur l'oeil
 - 02.01.06.01 Étude des angles et des pressions oculaires
 - 02.01.06.02 Examen de la vision
 - 02.01.06.03 Autres épreuves fonctionnelles sur l'oeil
- 02.01.07 Endoscopie des voies lacrymales
- 02.01.08 Ponction et prélèvement de l'oeil et de l'orbite
- 02.01.09 Biopsie de l'oeil et de l'orbite
- 02.01.10 Examen anatomopathologique de l'oeil et ses annexes
- 02.01.11 Autres actes diagnostiques sur l'oeil et ses annexes

02.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES SOURCILS ET LES PAUPIÈRES

- 02.02.01 Suture de plaie du sourcil et de la paupière
- 02.02.02 Destruction de lésion de paupière
- 02.02.03 Exérèse de lésion du sourcil et de la paupière
- 02.02.04 Résection de paupière
- 02.02.05 Réparation de perte de substance de la paupière
- 02.02.06 Reconstruction du sourcil et de la paupière
- 02.02.07 Canthotomie, canthopexie et canthoplastie
- 02.02.08 Tarsorrhaphie et blépharorrhaphie
- 02.02.09 Autres plasties du sourcil et de la paupière
- 02.02.10 Autres actes thérapeutiques sur le sourcil et la paupière

02.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'APPAREIL LACRYMAL

- 02.03.01 Manoeuvres instrumentales thérapeutiques sur les voies lacrymales
- 02.03.02 Réparation des voies lacrymales
- 02.03.03 Ouverture des voies lacrymales
- 02.03.04 Incision de l'appareil lacrymal
- 02.03.05 Exérèse de l'appareil lacrymal
- 02.03.06 Autres actes thérapeutiques sur les voies lacrymales

02.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE BULBE [GLOBE] OCULAIRE

- 02.04.01 Actes thérapeutiques sur la conjonctive bulbaire [oculaire]
 - 02.04.01.01 Injection dans la conjonctive
 - 02.04.01.02 Destruction de lésion de la conjonctive
 - 02.04.01.03 Incision et suture de la conjonctive
 - 02.04.01.04 Exérèse de lésion de la conjonctive
 - 02.04.01.05 Réparation de la conjonctive
- 02.04.02 Actes thérapeutiques sur la cornée
 - 02.04.02.01 Destruction de lésion de la cornée
 - 02.04.02.02 Suture de la cornée
 - 02.04.02.03 Extraction de corps étranger de la cornée
 - 02.04.02.04 Exérèse de lésion de la cornée
 - 02.04.02.05 Kératoplastie et kératoprothèse
 - 02.04.02.06 Correction de troubles réfractifs
 - 02.04.02.07 Autres actes thérapeutiques sur la cornée
- 02.04.03 Actes thérapeutiques sur l'iris, le corps ciliaire et la chambre antérieure de l'oeil
 - 02.04.03.01 Destruction de lésion du segment antérieur de l'oeil
 - 02.04.03.02 Évacuation et injection de la chambre antérieure de l'oeil
 - 02.04.03.03 Incision du segment antérieur de l'oeil
 - 02.04.03.04 Extraction, ablation, résection, exérèse du segment antérieur de l'oeil
 - 02.04.03.05 Réparation du segment antérieur de l'oeil
- 02.04.04 Actes thérapeutiques sur le cristallin
 - 02.04.04.01 Extraction du cristallin
 - 02.04.04.02 Implantation de cristallin artificiel
- 02.04.05 Actes thérapeutiques sur la rétine, la choroïde, le corps vitré, la sclère [sclérotique] et le segment postérieur de l'oeil
 - 02.04.05.01 Évacuation et injection dans le segment postérieur de l'oeil
 - 02.04.05.02 Photocoagulation, cryoapplication et autres destructions du segment postérieur de l'oeil
 - 02.04.05.03 Rétinotomie
 - 02.04.05.04 Exérèse de lésion de la choroïde
 - 02.04.05.05 Vitrectomie

02.04.05.06 Ablation de matériel et de corps étranger du segment postérieur de l'oeil

02.04.05.07 Traitement du décollement de rétine

02.04.05.08 Actes thérapeutiques sur la sclère

02.04.05.09 Autres actes thérapeutiques sur la rétine, la choroïde et le corps vitré

02.04.06 Actes thérapeutiques sur le bulbe oculaire [globe oculaire]

02.04.06.01 Suture du bulbe oculaire [globe oculaire]

02.04.06.02 Éviscération du bulbe oculaire [globe oculaire]

02.04.06.03 Énucléation du bulbe oculaire [globe oculaire]

02.04.07 Prélèvement de tissu au niveau du bulbe oculaire

02.05 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'ORBITE ET LES ORGANES ACCESSOIRES DE L'OEIL

02.05.01 Actes thérapeutiques sur les muscles oculomoteurs

02.05.01.01 Suture et réinsertion de muscle oculomoteur

02.05.01.02 Plastie de muscle oculomoteur

02.05.02 Actes thérapeutiques sur le contenu de l'orbite

02.05.02.01 Injection intraorbitaire

02.05.02.02 Évacuation de collection de l'orbite

02.05.02.03 Extraction de corps étranger de l'orbite

02.05.02.04 Exérèse de lésion de l'orbite

02.05.02.05 Réparation après énucléation et exentération de l'orbite

02.05.02.06 Insertion, ablation et changement d'implant intraorbitaire

02.05.02.07 Autres actes thérapeutiques sur l'orbite et son contenu

02.06 AUTRES ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'OEIL ET L'ORBITE

02.06.01 Rééducation de la vision

02.06.02 Adaptation de lentille de contact ou de verre scléral

03.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'OREILLE

- 03.01.01 Épreuves fonctionnelles sur l'oreille
 - 03.01.01.01 Audiométrie, impédancemétrie
 - 03.01.01.02 Audiométrie objective
 - 03.01.01.03 Épreuves d'électrostimulation de l'oreille interne
 - 03.01.01.04 Autres explorations de l'audition
 - 03.01.01.05 Examen vestibulaire clinique et instrumental
 - 03.01.01.06 Examen vestibulaire instrumental
- 03.01.02 Endoscopie de l'oreille
- 03.01.03 Ponction, biopsie et prélèvement de l'oreille
- 03.01.04 Exploration chirurgicale de l'oreille

03.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'OREILLE EXTERNE

- 03.02.01 Incision et extraction de l'oreille externe
- 03.02.02 Exérèse de lésion du méat acoustique externe
- 03.02.03 Suture de l'auricule
- 03.02.04 Exérèse de l'oreille externe
- 03.02.05 Réparation de plaie et de perte de substance partielle de l'auricule
- 03.02.06 Plastie d'oreille décollée
- 03.02.07 Reconstruction de l'auricule
- 03.02.08 Reconstruction du méat acoustique externe
- 03.02.09 Autres actes thérapeutiques sur l'oreille externe

03.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'OREILLE MOYENNE

- 03.03.01 Actes thérapeutiques sur le tympan
 - 03.03.01.01 Myringotomie. Pose et ablation d'aérateur transtympanique
 - 03.03.01.02 Myringoplastie et tympanoplastie
 - 03.03.01.03 Exérèse de tympanosclérose
- 03.03.02 Actes thérapeutiques sur le cavum tympanique et les cavités de l'oreille moyenne
 - 03.03.02.01 Soins de l'oreille moyenne
 - 03.03.02.02 Exérèse de cholestéatome de l'oreille moyenne
 - 03.03.02.03 Autres exérèses de lésion de l'oreille moyenne
 - 03.03.02.04 Actes thérapeutiques sur les osselets de l'oreille moyenne
 - 03.03.02.05 Pose, ablation et changement d'implant de l'oreille moyenne
 - 03.03.02.06 Autres actes thérapeutiques sur l'oreille moyenne

03.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'OREILLE INTERNE

- 03.04.01 Actes thérapeutiques sur le labyrinthe et le vestibule
- 03.04.02 Implants cochléaires
- 03.04.03 Autres actes thérapeutiques sur l'oreille interne

04.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL CIRCULATOIRE

- 04.01.01 Explorations électrophysiologiques de l'appareil circulatoire
 - 04.01.01.01 Électrocardiographie [ECG]
 - 04.01.01.02 Surveillance continue de l'électrocardiogramme
 - 04.01.01.03 Autres explorations électrophysiologiques cardiaques
- 04.01.02 Étude des pressions et des débits de l'appareil circulatoire
 - 04.01.02.01 Mesure des pressions et débits du coeur et des vaisseaux supracardiaques
 - 04.01.02.02 Mesure des pressions intravasculaires périphériques par méthode non effractive
 - 04.01.02.03 Mesure des pressions intravasculaires périphériques par voie vasculaire
 - 04.01.02.04 Surveillance continue des pressions et débits intravasculaires
- 04.01.03 Échographie de l'appareil circulatoire
 - 04.01.03.01 Échographie du coeur et des vaisseaux intrathoraciques [Échocardiographie]
 - 04.01.03.02 Échocardiographie de stress
 - 04.01.03.03 Échographie des artères cervicocéphaliques [artères de la tête et du cou]
 - 04.01.03.04 Échographie des artères du membre supérieur
 - 04.01.03.05 Échographie de l'aorte abdominale
 - 04.01.03.06 Échographie des artères du membre inférieur
 - 04.01.03.07 Échographie des veines
 - 04.01.03.08 Autres échographies de l'appareil circulatoire
- 04.01.04 Radiographie de l'appareil circulatoire
 - 04.01.04.01 Artériographie coronaire [Coronarographie]
 - 04.01.04.02 Artériographie de l'aorte [Aortographie]
 - 04.01.04.03 Artériographie pulmonaire
 - 04.01.04.04 Artériographie des artères intrathoraciques à destination pariétale ou viscérale
 - 04.01.04.05 Artériographie des axes cervicocéphaliques
 - 04.01.04.06 Artériographie du membre supérieur
 - 04.01.04.07 Artériographie de la moelle épinière
 - 04.01.04.08 Artériographie des branches de l'aorte abdominale ou de l'artère iliaque interne
 - 04.01.04.09 Artériographie du membre inférieur
 - 04.01.04.10 Phlébographie des axes cervicocéphaliques
 - 04.01.04.11 Phlébographie du membre supérieur
 - 04.01.04.12 Phlébographie de la veine cave supérieure
 - 04.01.04.13 Phlébographie du membre inférieur
 - 04.01.04.14 Phlébographie de la veine cave inférieure
 - 04.01.04.15 Angiographie de l'oeil
 - 04.01.04.16 Autres angiographies
- 04.01.05 Scanographie de l'appareil circulatoire
- 04.01.06 Remnographie [IRM] de l'appareil circulatoire
- 04.01.07 Scintigraphie de l'appareil circulatoire
- 04.01.08 Épreuves fonctionnelles de l'appareil circulatoire
- 04.01.09 Ponction, biopsie et prélèvement de l'appareil circulatoire
- 04.01.10 Examen anatomopathologique de l'appareil cardiovasculaire
- 04.01.11 Autres actes diagnostiques sur l'appareil circulatoire

04.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE COEUR ET SES VAISSEAUX

- 04.02.01 Actes thérapeutiques sur les parois, les cavités et les cloisons du coeur
 - 04.02.01.01 Dilatation de la voie d'éjection du coeur
 - 04.02.01.02 Ablation de corps étranger et de néoformation intracardiaques ou intravasculaires
 - 04.02.01.03 Résection des parois du coeur
 - 04.02.01.04 Plastie ventriculaire cardiaque
 - 04.02.01.05 Autres actes thérapeutiques sur les parois du coeur
- 04.02.02 Actes thérapeutiques sur les valves cardiaques
 - 04.02.02.01 Dilatation des orifices du coeur
 - 04.02.02.02 Commissurotomie orificielle [Valvulotomie] ou valvectomie [valvulectomie] cardiaque
 - 04.02.02.03 Annuloplastie et valvoplastie [valvuloplastie] cardiaques
 - 04.02.02.04 Remplacement des valves cardiaques
 - 04.02.02.05 Reconstruction des anneaux fibreux du coeur
 - 04.02.02.06 Reconstruction de la voie aortique
 - 04.02.02.07 Autres actes sur les orifices du coeur
- 04.02.03 Actes thérapeutiques sur le système de conduction de l'excitation du coeur
 - 04.02.03.01 Pose d'électrode et de sonde de stimulation cardiaque
 - 04.02.03.02 Implantation de stimulateur cardiaque
 - 04.02.03.03 Implantation de défibrillateur cardiaque
 - 04.02.03.04 Repositionnement de sonde et de générateur de stimulation ou de défibrillation cardiaque
 - 04.02.03.05 Ablation d'électrode et de sonde de stimulation ou de défibrillation cardiaque
 - 04.02.03.06 Pose de sonde supplémentaire de stimulation ou de défibrillation cardiaque
 - 04.02.03.07 Implantation, ablation et changement de générateur de stimulation ou de défibrillation cardiaque, ablation de stimulateur

cardiaque

04.02.03.08 Contrôle et réglage de générateur de stimulation ou de défibrillation cardiaque

04.02.03.09 Interruption de voie cardionectrice

04.02.03.10 Destruction et exérèse de foyer arythmogène

04.02.03.11 Stimulation et défibrillation cardiaques

04.02.04 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux coronaires

04.02.04.01 Dilatation intraluminale des vaisseaux coronaires

04.02.04.02 Revascularisation coronaire par pontage

04.02.04.03 Autres actes thérapeutiques sur les artères coronaires

04.02.05 Actes thérapeutiques sur le péricarde

04.02.06 Transplantation du coeur

04.02.06.01 Prélèvement du coeur

04.02.06.02 Transplantation du coeur

04.02.06.03 Exérèse de greffon cardiaque

04.02.07 Rééducation cardiaque

04.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES ARTÈRES

04.03.01 Actes thérapeutiques sur l'aorte thoracique

04.03.01.01 Suture de plaie de l'aorte thoracique

04.03.01.02 Dilatation intraluminale et pose de prothèse de l'aorte thoracique

04.03.01.03 Désobstruction de l'aorte thoracique

04.03.01.04 Pontage de l'aorte thoracique

04.03.01.05 Angioplastie d'élargissement de l'aorte thoracique

04.03.01.06 Résection-anastomose de l'aorte thoracique

04.03.01.07 Remplacement de l'aorte thoracique

04.03.01.08 Remplacement de l'aorte thoracique pour rupture d'anévrisme

04.03.02 Actes thérapeutiques sur l'artère pulmonaire

04.03.02.01 Dilatation intraluminale de l'artère pulmonaire

04.03.02.02 Désobstruction de l'artère pulmonaire

04.03.02.03 Autres actes thérapeutiques sur l'artère pulmonaire

04.03.03 Actes thérapeutiques sur le tronc artériel brachiocéphalique

04.03.03.01 Suture de plaie du tronc artériel brachiocéphalique

04.03.03.02 Dilatation intraluminale et pose de prothèse du tronc artériel brachiocéphalique

04.03.03.03 Désobstruction du tronc artériel brachiocéphalique

04.03.03.04 Pontage et remplacement du tronc artériel brachiocéphalique

04.03.03.05 Occlusion du tronc artériel brachiocéphalique

04.03.04 Actes thérapeutiques sur l'artère carotide commune

04.03.04.01 Suture de plaie de l'artère carotide commune

04.03.04.02 Dilatation intraluminale de l'artère carotide commune

04.03.04.03 Désobstruction de l'artère carotide commune

04.03.04.04 Pontage et réimplantation de l'artère carotide commune

04.03.04.05 Remplacement de l'artère carotide commune

04.03.04.06 Résection-anastomose de l'artère carotide commune

04.03.04.07 Occlusion de l'artère carotide commune

04.03.05 Actes thérapeutiques sur la bifurcation carotidienne

04.03.05.01 Dilatation intraluminale de la bifurcation carotidienne

04.03.05.02 Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne

04.03.05.03 Autres actes sur la bifurcation carotidienne

04.03.06 Actes thérapeutiques sur les artères carotide interne extracrânienne et carotide externe

04.03.06.01 Suture de plaie de l'artère carotide extracrânienne

04.03.06.02 Dilatation intraluminale de l'artère carotide extracrânienne

04.03.06.03 Pontage de l'artère carotide extracrânienne

04.03.06.04 Résection de l'artère carotide interne

04.03.06.05 Occlusion de l'artère carotide extracrânienne

04.03.06.06 Autres actes thérapeutiques sur l'artère carotide extracrânienne

04.03.07 Actes thérapeutiques sur les artères vertébrale et basilaire

04.03.07.01 Suture de plaie de l'artère vertébrale

04.03.07.02 Dilatation intraluminale des artères vertébrale et basilaire

04.03.07.03 Pontage et réimplantation de l'artère vertébrale

04.03.07.04 Occlusion de l'artère vertébrale

04.03.07.05 Autres actes thérapeutiques sur l'artère vertébrale

04.03.08 Actes thérapeutiques sur les artères intracrâniennes

04.03.08.01 Inversion du flux d'un anévrisme artériel intracrânien

04.03.08.02 Dilatation intraluminale d'artère intracrânienne

04.03.08.03 Désobstruction d'artère intracrânienne

04.03.08.04 Embolisation distale de l'artère carotide interne

04.03.08.05 Occlusion et exclusion d'anévrisme artériel intracrânien

04.03.09 Actes thérapeutiques sur les artères du membre supérieur

04.03.09.01 Suture de plaie d'artère du membre supérieur

- 04.03.09.02 Dilatation intraluminale et pose de prothèse d'artère du membre supérieur
- 04.03.09.03 Désobstruction d'artère du membre supérieur
- 04.03.09.04 Pontage d'artère du membre supérieur
- 04.03.09.05 Résection-anastomose d'artère du membre supérieur
- 04.03.09.06 Reconstruction et remplacement d'artère du membre supérieur
- 04.03.09.07 Occlusion d'artère du membre supérieur
- 04.03.09.08 Chimiothérapie anticancéreuse intraartérielle au membre supérieur
- 04.03.10 Autres actes thérapeutiques sur les troncs supraaortiques
- 04.03.11 Actes thérapeutiques sur l'aorte abdominale et les artères iliaque commune et iliaque externe
 - 04.03.11.01 Suture de plaie de l'aorte abdominale et des artères iliaque commune et iliaque externe
 - 04.03.11.02 Dilatation intraluminale de l'aorte abdominale et des artères iliaque commune et iliaque externe
 - 04.03.11.03 Désobstruction de l'aorte abdominale et des artères iliaque commune et iliaque externe
 - 04.03.11.04 Pontage de l'aorte abdominale et de l'artère iliaque commune
 - 04.03.11.05 Mise à plat d'anévrisme et remplacement de l'aorte abdominale et de l'artère iliaque commune
 - 04.03.11.06 Résection-anastomose et remplacement de l'aorte abdominale et de l'artère iliaque commune
 - 04.03.11.07 Ablation de prothèse de l'aorte abdominale
 - 04.03.11.08 Pose d'endoprothèse dans l'aorte abdominale et l'artère iliaque commune
 - 04.03.11.09 Fermeture de fistule aortique abdominale
 - 04.03.11.10 Autres actes thérapeutiques sur l'aorte abdominale et les artères iliaque commune et iliaque externe
- 04.03.12 Actes thérapeutiques sur les artères digestives
 - 04.03.12.01 Suture de plaie des artères digestives
 - 04.03.12.02 Dilatation intraluminale des artères digestives
 - 04.03.12.03 Désobstruction des artères digestives
 - 04.03.12.04 Remplacement et réimplantation des artères digestives
 - 04.03.12.05 Pose d'endoprothèse couverte dans les artères digestives
 - 04.03.12.06 Occlusion des artères digestives
 - 04.03.12.07 Chimiothérapie anticancéreuse intraartérielle hépatique
 - 04.03.12.08 Autres actes thérapeutiques sur les artères digestives
- 04.03.13 Actes thérapeutiques sur l'artère rénale
 - 04.03.13.01 Suture de plaie de l'artère rénale
 - 04.03.13.02 Dilatation intraluminale de l'artère rénale
 - 04.03.13.03 Désobstruction de l'artère rénale
 - 04.03.13.04 Revascularisation rénale
 - 04.03.13.05 Occlusion de l'artère rénale
 - 04.03.13.06 Chimiothérapie anticancéreuse intraartérielle rénale
 - 04.03.13.07 Autres actes thérapeutiques sur l'artère rénale
- 04.03.14 Actes thérapeutiques sur l'artère iliaque interne [hypogastrique] et les branches extradigestives de l'aorte abdominale
 - 04.03.14.01 Dilatation intraluminale de l'artère iliaque interne
 - 04.03.14.02 Désobstruction de l'artère iliaque interne
 - 04.03.14.03 Occlusion de l'artère iliaque interne
 - 04.03.14.04 Anastomose de branche de l'artère iliaque interne
 - 04.03.14.05 Autres actes thérapeutiques sur l'artère iliaque interne ou sur ses branches
- 04.03.15 Actes thérapeutiques sur les artères du membre inférieur
 - 04.03.15.01 Suture de plaie d'artère du membre inférieur
 - 04.03.15.02 Dilatation intraluminale et pose de prothèse d'artère du membre inférieur
 - 04.03.15.03 Désobstruction d'artère du membre inférieur
 - 04.03.15.04 Pontage d'artère du membre inférieur
 - 04.03.15.05 Ablation de prothèse artérielle du membre inférieur
 - 04.03.15.06 Occlusion d'artère du membre inférieur
 - 04.03.15.07 Chimiothérapie anticancéreuse intraartérielle au membre inférieur
 - 04.03.15.08 Autres actes thérapeutiques sur les artères du membre inférieur
- 04.03.16 Autres actes thérapeutiques sur les artères
 - 04.03.16.01 Dilatation intraluminale de pontage artériel des membres
 - 04.03.16.02 Désobstruction de pontage artériel des membres
 - 04.03.16.03 Autres actes thérapeutiques sur les artères

04.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES VEINES

- 04.04.01 Actes thérapeutiques sur les veines cervicocéphaliques et les veines du membre supérieur
 - 04.04.01.01 Suture de plaie de veine cervicocéphalique et de veine du membre supérieur
 - 04.04.01.02 Dilatation intraluminale de veine cervicocéphalique et de veine du membre supérieur
 - 04.04.01.03 Désobstruction de veine cervicocéphalique et de veine du membre supérieur
 - 04.04.01.04 Occlusion et exérèse de veine cervicocéphalique et de veine du membre supérieur
 - 04.04.01.05 Autres actes thérapeutiques sur les veines cervicocéphaliques et les veines du membre supérieur
- 04.04.02 Actes thérapeutiques sur la veine cave supérieure
 - 04.04.02.01 Dilatation intraluminale de la veine cave supérieure
 - 04.04.02.02 Désobstruction de la veine cave supérieure
- 04.04.03 Actes thérapeutiques sur les veines du membre inférieur
 - 04.04.03.01 Suture de veine du membre inférieur
 - 04.04.03.02 Dilatation intraluminale de veine du membre inférieur

- 04.04.03.03 Désobstruction de veine du membre inférieur
- 04.04.03.04 Pontage de veine du membre inférieur
- 04.04.03.05 Autres restaurations de veine du membre inférieur
- 04.04.03.06 Exérèse des veines saphènes
- 04.04.03.07 Autres exérèses de veine du membre inférieur
- 04.04.03.08 Occlusion de veine du membre inférieur
- 04.04.03.09 Autres actes thérapeutiques sur les veines des membres
- 04.04.04 Actes thérapeutiques sur la veine cave inférieure
 - 04.04.04.01 Suture de plaie de la veine cave inférieure
 - 04.04.04.02 Dilatation intraluminale de la veine cave inférieure
 - 04.04.04.03 Désobstruction de la veine cave inférieure
 - 04.04.04.04 Résection de la veine cave inférieure
 - 04.04.04.05 Occlusion de la veine cave inférieure
 - 04.04.04.06 Ablation de filtre de la veine cave inférieure
- 04.04.05 Actes thérapeutiques sur la veine génitale
 - 04.04.05.01 Anastomose de veine génitale
 - 04.04.05.02 Résection et ligature de veine génitale
 - 04.04.05.03 Embolisation de veine génitale
- 04.04.06 Actes thérapeutiques sur la veine rénale
 - 04.04.06.01 Dilatation intraluminale de la veine rénale
 - 04.04.06.02 Reperméation de veine rénale
- 04.04.07 Actes thérapeutiques sur les artères et/ou les veines hémorroïdales
 - 04.04.07.01 Hémorroïdectomie
 - 04.04.07.02 Autres traitements des hémorroïdes
- 04.04.08 Actes thérapeutiques sur la veine porte et les veines digestives
 - 04.04.08.01 Suture de plaie de la veine porte
 - 04.04.08.02 Dilatation intraluminale de la veine porte
 - 04.04.08.03 Désobstruction de la veine porte
 - 04.04.08.04 Dérivation portale
 - 04.04.08.05 Hémostase de varices oesogastriques
 - 04.04.08.06 Pose d'un système diffuseur relié à la veine porte
- 04.04.09 Accès vasculaire veineux
- 04.04.10 Autres actes thérapeutiques sur les veines
 - 04.04.10.01 Suture de veine
 - 04.04.10.02 Désobstruction de veine
 - 04.04.10.03 Exérèse de malformation veineuse
 - 04.04.10.04 Occlusion de veine
 - 04.04.10.05 Autres actes thérapeutiques sur les veines

04.05 AUTRES ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES VAISSEAUX

- 04.05.01 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux du cou et les vaisseaux extracrâniens de la tête
- 04.05.02 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux intracrâniens
 - 04.05.02.01 Exérèse de malformation vasculaire intracrânienne
 - 04.05.02.02 Exérèse de chémodectome tympanojugulaire
 - 04.05.02.03 Embolisation et occlusion intraluminale de vaisseau intracrânien
 - 04.05.02.04 Exclusion de fistule artérioveineuse intracrânienne
- 04.05.03 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux du membre supérieur
- 04.05.04 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux pulmonaires
 - 04.05.04.01 Suture de vaisseau pulmonaire
 - 04.05.04.02 Embolisation de vaisseau pulmonaire
 - 04.05.04.03 Exérèse de tumeur des vaisseaux pulmonaires
- 04.05.05 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux de la colonne vertébrale et de son contenu
- 04.05.06 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux génitaux
- 04.05.07 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux des membres inférieurs
- 04.05.08 Accès vasculaire pour circulation extracorporelle
 - 04.05.08.01 Pose de cathéter vasculaire pour circulation extracorporelle
 - 04.05.08.02 Création d'un accès vasculaire artérioveineux
 - 04.05.08.03 Dilatation intraluminale d'un accès vasculaire artérioveineux
 - 04.05.08.04 Désobstruction d'un accès vasculaire artérioveineux
 - 04.05.08.05 Adaptation d'un accès vasculaire artérioveineux
 - 04.05.08.06 Exérèse d'un accès vasculaire artérioveineux
 - 04.05.08.07 Réduction de débit et fermeture d'un accès vasculaire artérioveineux
- 04.05.09 Autres actes thérapeutiques sur les vaisseaux

04.06 ACTES THÉRAPEUTIQUES POUR MALFORMATION CONGÉNITALE DU COEUR ET DES VAISSEAUX SUPRACARDIAQUES

- 04.06.01 Actes thérapeutiques sur les cloisons du coeur pour malformation congénitale
 - 04.06.01.01 Actes thérapeutiques sur les cloisons du coeur, à l'étage atrial
 - 04.06.01.02 Actes thérapeutiques sur les cloisons du coeur, à l'étage ventriculaire

- 04.06.01.03** Actes thérapeutiques sur les cloisons du coeur, à l'étage atrioventriculaire
- 04.06.02** Correction des malformations congénitales des valves et des parois du coeur
- 04.06.03** Correction des cardiopathies congénitales complexes avec communication [shunt] droite-gauche
- 04.06.04** Correction des malformations congénitales des vaisseaux coronaires
- 04.06.05** Correction des malformations congénitales de l'aorte
- 04.06.06** Interruption du conduit [canal] artériel
- 04.06.07** Correction des malformations congénitales de l'artère pulmonaire
- 04.06.08** Correction des malformations congénitales des veines pulmonaires
- 04.06.09** Autres actes thérapeutiques palliatifs pour cardiopathie congénitale
- 04.06.10** Correction d'autres malformations congénitales des vaisseaux
- 04.06.11** Autres actes thérapeutiques pour cardiopathie congénitale

04.07 ASSISTANCE CIRCULATOIRE

- 04.07.01** Suppléance hémodynamique non mécanique
- 04.07.02** Assistance circulatoire mécanique
 - 04.07.02.01** Contrepulsion diastolique intraaortique [Pose de ballon intraaortique]
 - 04.07.02.02** Circulation extracorporelle [CEC] pour assistance circulatoire
 - 04.07.02.03** Assistance circulatoire mécanique ventriculaire
 - 04.07.02.04** Autre technique d'assistance circulatoire

05.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR LE SYSTÈME IMMUNITAIRE ET LE SYSTÈME HÉMATOPOÏÉTIQUE

- 05.01.01** Radiographie des systèmes immunitaire et hématopoïétique
- 05.01.02** Scanographie des systèmes immunitaire et hématopoïétique
- 05.01.03** Remnographie [IRM] des systèmes immunitaire et hématopoïétique
- 05.01.04** Scintigraphie des systèmes immunitaire et hématopoïétique
- 05.01.05** Épreuves fonctionnelles des systèmes immunitaire et hématopoïétique
 - 05.01.05.01** Tests allergologiques cutanés
 - 05.01.05.02** Tests allergologiques de provocation
- 05.01.06** Ponction, biopsie et prélèvement des systèmes immunitaire et hématopoïétique
 - 05.01.06.01** Ponction de noeud [ganglion] lymphatique
 - 05.01.06.02** Ponction et biopsie de moelle osseuse
 - 05.01.06.03** Prélèvement de sang
- 05.01.07** Exploration chirurgicale des systèmes immunitaire et hématopoïétique
- 05.01.08** Examen anatomopathologique des systèmes immunitaire et hématopoïétique
 - 05.01.08.01** Examen histopathologique de biopsie de structure anatomique des systèmes immunitaire et hématopoïétique
 - 05.01.08.02** Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'organe du système lymphatique
 - 05.01.08.03** Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'autres organes des systèmes immunitaire et hématopoïétique

05.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE SYSTÈME IMMUNITAIRE

- 05.02.01** Actes thérapeutiques sur les organes de l'immunité
 - 05.02.01.01** Actes thérapeutiques sur les tonsilles pharyngiennes [végétations adénoïdes]
 - 05.02.01.02** Actes thérapeutiques sur les tonsilles palatines [amygdales pharyngiennes]
 - 05.02.01.03** Actes thérapeutiques sur le thymus
- 05.02.02** Actes thérapeutiques sur les vaisseaux et noeuds [ganglions] lymphatiques
 - 05.02.02.01** Actes thérapeutiques sur le conduit [canal] thoracique
 - 05.02.02.02** Actes thérapeutiques sur les vaisseaux et noeuds [ganglions] lymphatiques de la tête et du cou
 - 05.02.02.03** Actes thérapeutiques sur les vaisseaux et noeuds [ganglions] lymphatiques du thorax
 - 05.02.02.04** Actes thérapeutiques sur les vaisseaux et noeuds [ganglions] lymphatiques de l'abdomen
 - 05.02.02.05** Actes thérapeutiques sur les vaisseaux et noeuds [ganglions] lymphatiques des membres
 - 05.02.02.06** Autres actes thérapeutiques sur les vaisseaux et les noeuds lymphatiques
- 05.02.03** Actes thérapeutiques d'allergologie

05.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE SYSTÈME HÉMATOPOÏÉTIQUE

- 05.03.01** Actes thérapeutiques sur la rate
 - 05.03.01.01** Évacuation de collection splénique
 - 05.03.01.02** Splénectomie
 - 05.03.01.03** Autres actes thérapeutiques sur la rate
- 05.03.02** Actes thérapeutiques concernant l'hématopoïèse
 - 05.03.02.01** Actes thérapeutiques sur la moelle osseuse
 - 05.03.02.02** Actes thérapeutiques sur le sang
- 05.03.03** Autres actes thérapeutiques sur les systèmes immunitaire et hématopoïétique

06.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL RESPIRATOIRE

- 06.01.01 Explorations électrophysiologiques de l'appareil respiratoire
- 06.01.02 Échographie de l'appareil respiratoire
- 06.01.03 Radiographie de l'appareil respiratoire
- 06.01.04 Scanographie de l'appareil respiratoire
- 06.01.05 Remnographie [IRM] de l'appareil respiratoire
- 06.01.06 Scintigraphie de l'appareil respiratoire
- 06.01.07 Épreuves fonctionnelles de l'appareil respiratoire
 - 06.01.07.01 Épreuves fonctionnelles sur le nez
 - 06.01.07.02 Épreuves fonctionnelles sur le larynx
 - 06.01.07.03 Étude des pressions de l'appareil respiratoire
 - 06.01.07.04 Explorations fonctionnelles de la respiration
 - 06.01.07.05 Surveillance continue de l'appareil respiratoire
- 06.01.08 Endoscopie et échoendoscopie de l'appareil respiratoire
 - 06.01.08.01 Endoscopie de la cavité nasale
 - 06.01.08.02 Endoscopie des sinus paranasaux
 - 06.01.08.03 Endoscopie du larynx
 - 06.01.08.04 Endoscopie de la trachée et des bronches
 - 06.01.08.05 Échoendoscopie de la trachée et des bronches
- 06.01.09 Ponction, biopsie et prélèvement de l'appareil respiratoire
- 06.01.10 Exploration chirurgicale de l'appareil respiratoire
- 06.01.11 Examen anatomopathologique de l'appareil respiratoire
 - 06.01.11.01 Examen cytopathologique de prélèvement de l'appareil respiratoire
 - 06.01.11.02 Examen histopathologique de biopsie de l'appareil respiratoire
 - 06.01.11.03 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse du haut appareil respiratoire
 - 06.01.11.04 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de l'appareil respiratoire intrathoracique
 - 06.01.11.05 Examens de génétique somatique à visée oncothéranostique

06.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES VOIES RESPIRATOIRES

- 06.02.01 Actes thérapeutiques sur le nez
 - 06.02.01.01 Suture de plaie du nez
 - 06.02.01.02 Exérèse de lésion du nez
 - 06.02.01.03 Réparation de perte de substance du nez
 - 06.02.01.04 Rhinoplastie, septoplastie et rhinoseptoplastie
 - 06.02.01.05 Autres plasties du nez
 - 06.02.01.06 Autres actes thérapeutiques sur le nez
- 06.02.02 Actes thérapeutiques sur la cavité nasale [les fosses nasales]
 - 06.02.02.01 Exérèse et destruction de lésion de la cavité nasale
 - 06.02.02.02 Plastie de la cavité nasale
 - 06.02.02.03 Hémostase de la cavité nasale
 - 06.02.02.04 Autres actes thérapeutiques sur la cavité nasale
- 06.02.03 Actes thérapeutiques sur les sinus paranasaux
 - 06.02.03.01 Actes thérapeutiques sur le sinus maxillaire
 - 06.02.03.02 Actes thérapeutiques sur le sinus ethmoïdal
 - 06.02.03.03 Actes thérapeutiques sur le sinus sphénoïdal
 - 06.02.03.04 Actes thérapeutiques sur le sinus frontal
 - 06.02.03.05 Autres actes thérapeutiques sur les sinus paranasaux
- 06.02.04 Actes thérapeutiques sur le rhinopharynx et la fosse infratemporale
 - 06.02.04.01 Exérèse de lésion du rhinopharynx [partie nasale du pharynx] [cavum] [épipharynx] [arrière-cavité des fosses nasales]
 - 06.02.04.02 Plastie du rhinopharynx
- 06.02.05 Actes thérapeutiques sur le larynx
 - 06.02.05.01 Désobstruction et destruction de lésion du larynx
 - 06.02.05.02 Exérèse partielle du larynx
 - 06.02.05.03 Résection du larynx
 - 06.02.05.04 Réparation et plastie du larynx
 - 06.02.05.05 Réparation de lésion congénitale du larynx
 - 06.02.05.06 Autres actes thérapeutiques sur le larynx
- 06.02.06 Actes thérapeutiques sur la trachée et l'arbre bronchique
 - 06.02.06.01 Suture de plaie trachéobronchique
 - 06.02.06.02 Trachéotomie
 - 06.02.06.03 Intubation et pose de dispositif médical trachéobronchique
 - 06.02.06.04 Ablation de corps étranger
 - 06.02.06.05 Plastie de l'arbre trachéobronchique
 - 06.02.06.06 Destruction de lésion de l'arbre trachéobronchique
 - 06.02.06.07 Résection de l'arbre trachéobronchique
 - 06.02.06.08 Injection et aspiration intratrachéobronchiques

06.02.06.09 Implant phonatoire

06.02.06.10 Rééducation

06.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE POUMON, LA PLÈVRE ET LE MÉDIASTIN

06.03.01 Exérèse partielle non anatomique du poumon

06.03.02 Lobectomie pulmonaire

06.03.03 Bilobectomie pulmonaire

06.03.04 Pneumonectomie

06.03.05 Transplantation du poumon

06.03.06 Évacuation de collection pleurale

06.03.07 Injection intrapleurale

06.03.08 Exérèse de la plèvre

06.03.09 Pleurostomie

06.03.10 Exérèse de malformation congénitale de l'appareil respiratoire

06.03.11 Autres actes thérapeutiques sur la plèvre et les poumons

06.03.12 Actes thérapeutiques sur le médiastin

06.04 ASSISTANCE RESPIRATOIRE

06.04.01 Adaptation d'une ventilation non effractive

06.04.02 Suppléance ventilatoire

06.04.03 Oxygénothérapie hyperbare

06.04.04 Rééducation respiratoire

06.04.05 Appareillage de l'appareil respiratoire

07.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL DIGESTIF

- 07.01.01 Explorations électrophysiologiques de l'appareil digestif
- 07.01.02 Étude des pressions dans l'appareil digestif
- 07.01.03 Échographie de l'appareil digestif
- 07.01.04 Radiographie de l'appareil digestif
 - 07.01.04.01 Radiographie de la bouche
 - 07.01.04.02 Radiographie de l'abdomen et du tube digestif
 - 07.01.04.03 Radiographie des conduits biliaires et pancréatiques
- 07.01.05 Scanographie de l'appareil digestif
- 07.01.06 Remnographie [IRM] de l'appareil digestif
- 07.01.07 Scintigraphie de l'appareil digestif
- 07.01.08 Épreuves fonctionnelles de l'appareil digestif
 - 07.01.08.01 Épreuves fonctionnelles au niveau de la cavité orale
 - 07.01.08.02 Épreuves fonctionnelles au niveau du tube digestif
- 07.01.09 Endoscopie de l'appareil digestif
 - 07.01.09.01 Endoscopie du tube digestif
 - 07.01.09.02 Endoscopie des conduits biliaires et pancréatiques
- 07.01.10 Échoendoscopie de l'appareil digestif
- 07.01.11 Ponction, biopsie et prélèvement de l'appareil digestif
 - 07.01.11.01 Ponction et biopsie hépatique
 - 07.01.11.02 Autres ponctions, biopsies et prélèvements de l'appareil digestif
- 07.01.12 Exploration chirurgicale de l'appareil digestif
- 07.01.13 Examen anatomopathologique de l'appareil digestif
 - 07.01.13.01 Examen histopathologique de biopsie de l'appareil digestif
 - 07.01.13.02 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de la bouche ou du pharynx
 - 07.01.13.03 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse du tube digestif
 - 07.01.13.04 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse du foie, pancréas ou péritoine
 - 07.01.13.05 Examens de génétique somatique à visée oncothéranostique
- 07.01.14 Autres actes diagnostiques sur l'appareil digestif

07.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LA BOUCHE ET L'OROPHARYNX

- 07.02.01 Actes thérapeutiques sur les lèvres
 - 07.02.01.01 Parage et suture de plaie de lèvre
 - 07.02.01.02 Destruction et exérèse de lésion de lèvre
 - 07.02.01.03 Réparation de perte de substance de lèvre
 - 07.02.01.04 Plastie de l'orifice buccal pour traitement palliatif de la paralysie faciale
 - 07.02.01.05 Autres plasties de lèvre
- 07.02.02 Actes thérapeutiques sur les dents
 - 07.02.02.01 Pose et ablation de moyen de contention au maxillaire ou à la mandibule
 - 07.02.02.02 Réduction de fracture et de luxation de dent
 - 07.02.02.03 Réimplantation de dent et autogreffe de germe
 - 07.02.02.04 Prophylaxie buccodentaire
 - 07.02.02.05 Restauration des tissus durs de la dent
 - 07.02.02.06 Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent
 - 07.02.02.07 Désobturation endodontique
 - 07.02.02.08 Autres actes thérapeutiques sur la racine de la dent
 - 07.02.02.09 Dégagement de dent retenue ou incluse
 - 07.02.02.10 Avulsion de dents temporaires
 - 07.02.02.11 Avulsion de dents permanentes
 - 07.02.02.12 Autres avulsions de dents ou racines
 - 07.02.02.13 Cosmétologie dentaire
 - 07.02.02.14 Pose de mainteneur d'espace interdentaire
 - 07.02.02.15 Correction de trouble occlusal
- 07.02.03 Soins prothétiques - Prothèses dentaires
 - 07.02.03.01 Pose d'infrastructure coronaire [faux moignon]
 - 07.02.03.02 Pose d'une couronne dentaire prothétique
 - 07.02.03.03 Pose de prothèse dentaire amovible
 - 07.02.03.04 Pose de prothèse dentaire fixée dentoportée ou implantoportée
 - 07.02.03.05 Adjonction ou changement d'élément de prothèse dentaire
 - 07.02.03.06 Adjonction ou changement d'élément soudé de prothèse dentaire
 - 07.02.03.07 Réparation de prothèse dentaire
 - 07.02.03.08 Ablation de matériel dentaire scellé ou implanté
- 07.02.04 Appareillages orthopédiques dentofaciaux
 - 07.02.04.01 Correction de malocclusion et de malposition par traitement orthodontique
 - 07.02.04.02 Contention des arcades dentaires après traitement orthodontique
- 07.02.05 Actes thérapeutiques sur le parodonte

- 07.02.05.01** Curetage périapical dentaire
- 07.02.05.02** Actes thérapeutiques sur le parodonte par soustraction
- 07.02.05.03** Actes thérapeutiques sur le parodonte par addition
- 07.02.05.04** Autres actes thérapeutiques sur le parodonte
- 07.02.06** Actes thérapeutiques sur la cavité orale [cavité buccale]
 - 07.02.06.01** Traitement de plaie intrabuccale
 - 07.02.06.02** Évacuation de collection intrabuccale
 - 07.02.06.03** Plastie de la cavité orale
 - 07.02.06.04** Destruction et exérèse de lésion de la bouche et de l'oropharynx
 - 07.02.06.05** Uvulectomie
 - 07.02.06.06** Glossectomie et pelvectomie orale
 - 07.02.06.07** Fermeture de fistule buccale
 - 07.02.06.08** Réparation primaire d'une fente orofaciale
 - 07.02.06.09** Réparation secondaire d'une fente orofaciale
 - 07.02.06.10** Autres actes thérapeutiques pour fente orofaciale
 - 07.02.06.11** Autres actes thérapeutiques sur la cavité orale
- 07.02.07** Actes thérapeutiques sur les glandes salivaires
 - 07.02.07.01** Cathétérisme et dilatation de conduit salivaire
 - 07.02.07.02** Plastie de conduit salivaire
 - 07.02.07.03** Évacuation de collection salivaire
 - 07.02.07.04** Extraction et destruction de calcul salivaire
 - 07.02.07.05** Exérèse de glande salivaire
- 07.02.08** Actes thérapeutiques sur le pharynx
 - 07.02.08.01** Évacuation de collection du pharynx
 - 07.02.08.02** Extraction de corps étranger de l'oropharynx
 - 07.02.08.03** Myotomie du faisceau cricopharyngien du muscle constricteur inférieur du pharynx [muscle cricopharyngien]
 - 07.02.08.04** Plastie de l'oropharynx
 - 07.02.08.05** Destruction et exérèse de lésion du pharynx
 - 07.02.08.06** Résection de sténose et de diverticule du pharynx
 - 07.02.08.07** Pharyngectomie et pharyngectomie élargie
 - 07.02.08.08** Autres actes thérapeutiques sur le pharynx

07.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF

- 07.03.01** Actes thérapeutiques sur l'oesophage
 - 07.03.01.01** Dilatation de l'oesophage
 - 07.03.01.02** Pose, ablation et changement d'une endoprothèse de l'oesophage
 - 07.03.01.03** Autres actes thérapeutiques sur l'oesophage, par endoscopie
 - 07.03.01.04** Suture de plaie de l'oesophage
 - 07.03.01.05** Fermeture de fistule de l'oesophage
 - 07.03.01.06** OEsophagostomie
 - 07.03.01.07** OEso-cardio-myotomie extramuqueuse
 - 07.03.01.08** Traitement du diverticule de l'oesophage
 - 07.03.01.09** Excision de tumeur de l'oesophage
 - 07.03.01.10** OEsophagectomie sans thoracotomie
 - 07.03.01.11** OEsophagectomie par thoracotomie
 - 07.03.01.12** Plastie de l'oesophage
 - 07.03.01.13** Transsection de l'oesophage
 - 07.03.01.14** Correction des malformations congénitales de l'oesophage
- 07.03.02** Actes thérapeutiques sur l'estomac et le duodénum
 - 07.03.02.01** Dilatation de l'estomac et du duodénum
 - 07.03.02.02** Pose, ablation et changement d'une endoprothèse de l'estomac et du duodénum
 - 07.03.02.03** Suture de l'estomac et du duodénum
 - 07.03.02.04** Gastrostomie
 - 07.03.02.05** Confection d'une valve tubérositaire gastrique
 - 07.03.02.06** Dérivation de l'estomac et du duodénum
 - 07.03.02.07** Gastrotomie et duodénotomie
 - 07.03.02.08** Pyloroplastie et duodénoplastie
 - 07.03.02.09** Actes thérapeutiques sur l'estomac pour obésité morbide
 - 07.03.02.10** Gastropexie
 - 07.03.02.11** Gastrectomie
 - 07.03.02.12** Correction des malformations congénitales de l'estomac et du duodénum
 - 07.03.02.13** Autres actes thérapeutiques sur l'estomac et le duodénum
- 07.03.03** Autres actes thérapeutiques sur la partie haute du tube digestif
 - 07.03.03.01** Destruction endoscopique de lésion de la partie haute du tube digestif
 - 07.03.03.02** Exérèse endoscopique de lésion de la partie haute du tube digestif
 - 07.03.03.03** Hémostase endoscopique de lésion de la partie haute du tube digestif
 - 07.03.03.04** Autres actes thérapeutiques sur la partie haute du tube digestif
- 07.03.04** Actes thérapeutiques sur l'intestin grêle
 - 07.03.04.01** Dilatation de l'intestin grêle

- 07.03.04.02** Exérèse endoscopique de lésion de l'intestin grêle
- 07.03.04.03** Hémostase endoscopique de lésion de l'intestin grêle
- 07.03.04.04** Suture de plaie de l'intestin grêle
- 07.03.04.05** Entérostomie
- 07.03.04.06** Dérivation de l'intestin grêle
- 07.03.04.07** Entérotomie
- 07.03.04.08** Réduction d'une invagination intestinale aiguë
- 07.03.04.09** Résection de l'intestin grêle
- 07.03.04.10** Transplantation de l'intestin grêle
- 07.03.04.11** Correction des malformations congénitales de l'intestin grêle
- 07.03.04.12** Autres actes thérapeutiques sur l'intestin grêle
- 07.03.05** Actes thérapeutiques sur l'appendice vermiforme [appendice]
- 07.03.06** Actes thérapeutiques sur le côlon
 - 07.03.06.01** Exsufflation et détorsion du côlon
 - 07.03.06.02** Dilatation et pose d'endoprothèse du côlon
 - 07.03.06.03** Destruction endoscopique de lésion du côlon
 - 07.03.06.04** Exérèse endoscopique de lésion du côlon
 - 07.03.06.05** Hémostase endoscopique de lésion du côlon
 - 07.03.06.06** Suture de plaie du côlon
 - 07.03.06.07** Colostomie
 - 07.03.06.08** Dérivation du côlon
 - 07.03.06.09** Colotomie
 - 07.03.06.10** Colectomie
 - 07.03.06.11** Rétablissement de la continuité du côlon après colectomie
 - 07.03.06.12** Correction des malformations congénitales du côlon
- 07.03.07** Actes thérapeutiques sur le rectum
 - 07.03.07.01** Destruction et exérèse de lésion du rectum
 - 07.03.07.02** Ablation de corps étranger du rectum
 - 07.03.07.03** Suture de plaie du rectum
 - 07.03.07.04** Rectopexie
 - 07.03.07.05** Traitement de fistule du rectum
 - 07.03.07.06** Résection du rectum
 - 07.03.07.07** Résection de prolapsus rectal et de rectocèle
 - 07.03.07.08** Correction des malformations congénitales du rectum
 - 07.03.07.09** Autres actes thérapeutiques sur le rectum
- 07.03.08** Actes thérapeutiques sur l'anus
 - 07.03.08.01** Injection au niveau de l'anus
 - 07.03.08.02** Dilatation anale
 - 07.03.08.03** Suture de plaie de l'anus
 - 07.03.08.04** Réparation anopérinéale pour prolapsus rectal
 - 07.03.08.05** Traitement des abcès et fistules anorectales
 - 07.03.08.06** Sphinctérotomie anale
 - 07.03.08.07** Excision de fissure anale
 - 07.03.08.08** Destruction et excision d'autre lésion de l'anus
 - 07.03.08.09** Réparation et reconstruction du muscle sphincter externe de l'anus
 - 07.03.08.10** Correction des malformations anorectales congénitales
 - 07.03.08.11** Rééducation anorectale
 - 07.03.08.12** Autres actes thérapeutiques sur l'anus
- 07.03.09** Autres actes thérapeutiques sur le tube digestif

07.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE FOIE ET LES VOIES BILIAIRES

- 07.04.01** Cholécystostomie
- 07.04.02** Dilatation des conduits biliaires
- 07.04.03** Drainage des conduits biliaires
- 07.04.04** Pose d'endoprothèse biliaire
- 07.04.05** Ablation et changement de drain et d'endoprothèse biliaire
- 07.04.06** Évacuation de collection hépatique
- 07.04.07** Dérivation des voies biliaires
- 07.04.08** Ablation de calcul des voies biliaires
- 07.04.09** Lithotritie biliaire
- 07.04.10** Cholécystectomie
- 07.04.11** Résection de la voie biliaire principale
- 07.04.12** Destruction de tumeur hépatique
- 07.04.13** Hépatectomie et résection hépatique
- 07.04.14** Prélèvement et transplantation de foie
- 07.04.15** Autres actes thérapeutiques sur le foie et les conduits biliaires

07.05 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE PANCRÉAS

07.05.01 Dilatation du conduit pancréatique et pose d'endoprothèse

07.05.02 Drainage du conduit pancréatique

07.05.03 Ablation et destruction de calcul pancréatique

07.05.04 Évacuation et drainage de collection pancréatique

07.05.05 Suture de plaie du pancréas

07.05.06 Anastomose pancréaticojéjunale

07.05.07 Exérèse du pancréas

07.05.08 Prélèvement et transplantation du pancréas

07.06 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE PÉRITOINE ET LA CAVITÉ ABDOMINALE

07.06.01 Injection intrapéritonéale

07.06.02 Pose de cathéter péritonéal pour dialyse

07.06.03 Pose de système diffuseur implantable pour insulinothérapie intrapéritonéale

07.06.04 Pose de ballon intrapéritonéal

07.06.05 Évacuation de collection intraabdominale

07.06.06 Sclérose de kyste et de tumeur intraabdominaux

07.06.07 Libération et section d'adhérences et de brides péritonéales

07.06.08 Destruction et exérèse de lésion du péritoine

07.06.09 Autres actes thérapeutiques sur le péritoine et les replis péritonéaux

07.07 SUPPLÉANCE NUTRITIONNELLE

08.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL URINAIRE ET GÉNITAL

- 08.01.01 Explorations électrophysiologiques de l'appareil urinaire et génital
- 08.01.02 Échographie de l'appareil urinaire et génital
- 08.01.03 Radiographie de l'appareil urinaire et génital
- 08.01.04 Scintigraphie de l'appareil urinaire et génital
- 08.01.05 Épreuves fonctionnelles de l'appareil urinaire et génital
 - 08.01.05.01 Étude de la fonction rénale
 - 08.01.05.02 Épreuves urodynamiques
 - 08.01.05.03 Épreuves fonctionnelles de l'appareil génital masculin
 - 08.01.05.04 Autres épreuves fonctionnelles de l'appareil urinaire et génital
- 08.01.06 Endoscopie de l'appareil urinaire et génital
 - 08.01.06.01 Endoscopie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital masculin
 - 08.01.06.02 Endoscopie de l'appareil génital féminin
- 08.01.07 Ponction, biopsie et prélèvements de l'appareil urinaire et génital
 - 08.01.07.01 Biopsie de l'appareil urinaire, par endoscopie
 - 08.01.07.02 Autres ponctions, biopsies et prélèvements de l'appareil urinaire
 - 08.01.07.03 Ponction, biopsie et prélèvement de l'appareil génital masculin
 - 08.01.07.04 Ponction, biopsie et prélèvement de l'appareil génital féminin
- 08.01.08 Exploration chirurgicale de l'appareil urinaire et génital
- 08.01.09 Examen anatomopathologique de l'appareil urinaire et génital
 - 08.01.09.01 Examen cytopathologique du col de l'utérus
 - 08.01.09.02 Examen histopathologique de l'appareil urinaire et génital
 - 08.01.09.03 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de l'appareil urinaire
 - 08.01.09.04 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de l'appareil génital masculin
 - 08.01.09.05 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de l'appareil génital féminin
 - 08.01.09.06 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse du pelvis
- 08.01.10 Autres actes à visée diagnostique sur l'appareil urinaire et génital

08.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'APPAREIL URINAIRE

- 08.02.01 Actes thérapeutiques sur le rein
 - 08.02.01.01 Sclérose et destruction de lésion du rein
 - 08.02.01.02 Résection partielle du rein
 - 08.02.01.03 Néphrectomie totale
 - 08.02.01.04 Néphrectomie totale élargie
 - 08.02.01.05 Réparation de traumatisme du rein
 - 08.02.01.06 Prélèvement et transplantation de rein
 - 08.02.01.07 Autres actes thérapeutiques sur le rein
- 08.02.02 Actes thérapeutiques sur les voies urinaires supérieures
 - 08.02.02.01 Suture de l'uretère
 - 08.02.02.02 Pose de sonde et de prothèse de l'uretère
 - 08.02.02.03 Ablation et changement de sonde et d'endoprothèse des voies urinaires supérieures
 - 08.02.02.04 Dérivation externe sur les voies urinaires supérieures
 - 08.02.02.05 Dérivation interne et réimplantation de l'uretère
 - 08.02.02.06 Fragmentation extracorporelle de calcul des voies urinaires supérieures [Lithotritie extracorporelle]
 - 08.02.02.07 Ablation de calcul du rein
 - 08.02.02.08 Ablation et fragmentation de calcul de l'uretère
 - 08.02.02.09 Incision des voies urinaires supérieures
 - 08.02.02.10 Plastie du bassin et de la jonction pyélo-urétérale
 - 08.02.02.11 Destruction de lésion des voies urinaires supérieures
 - 08.02.02.12 Exérèse de lésion de l'uretère
 - 08.02.02.13 Résection-anastomose des voies urinaires supérieures
 - 08.02.02.14 Urétérectomie totale
 - 08.02.02.15 Remplacement de l'uretère
 - 08.02.02.16 Dilatation de l'uretère
 - 08.02.02.17 Libération de l'uretère [Urétérolyse]
 - 08.02.02.18 Fermeture de fistule de l'uretère
 - 08.02.02.19 Autres actes thérapeutiques sur les voies urinaires supérieures
- 08.02.03 Actes thérapeutiques sur la vessie
 - 08.02.03.01 Pose de sonde et évacuation de la vessie
 - 08.02.03.02 Cystostomie
 - 08.02.03.03 Changement de sonde vésicale
 - 08.02.03.04 Ablation et fragmentation de calcul de la vessie
 - 08.02.03.05 Destruction, résection et exérèse de lésion de la vessie
 - 08.02.03.06 Cystectomie partielle
 - 08.02.03.07 Cystectomie totale
 - 08.02.03.08 Fixation et soutènement de la vessie
 - 08.02.03.09 Suture et plastie de la vessie

- 08.02.03.10 Fermeture de fistule de la vessie
- 08.02.03.11 Correction des malformations congénitales de la vessie
- 08.02.03.12 Autres actes thérapeutiques sur la vessie

08.02.04 Actes thérapeutiques sur l'urètre

- 08.02.04.01 Pose de prothèse sphinctérienne urinaire
- 08.02.04.02 Ablation et changement de prothèse sphinctérienne urinaire
- 08.02.04.03 Pose, ablation et changement de prothèse de l'urètre
- 08.02.04.04 Dilatation de l'urètre
- 08.02.04.05 Ablation de corps étranger de l'urètre
- 08.02.04.06 Incision de l'urètre
- 08.02.04.07 Destruction de lésion de l'urètre
- 08.02.04.08 Résection de lésion de l'urètre
- 08.02.04.09 Urérectomie
- 08.02.04.10 Réparation et plastie de l'urètre
- 08.02.04.11 Injection périurétrale
- 08.02.04.12 Fermeture de fistule urétrale
- 08.02.04.13 Autres actes thérapeutiques sur l'urètre
- 08.02.04.14 Correction des malformations congénitales de l'urètre

08.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'APPAREIL GÉNITAL MASCULIN

08.03.01 Actes thérapeutiques sur la prostate et les vésicules séminales

- 08.03.01.01 Destruction de lésion de la prostate
- 08.03.01.02 Évacuation de collection de la prostate
- 08.03.01.03 Exérèse de la prostate et des vésicules séminales
- 08.03.01.04 Vésiculoprostatectomie
- 08.03.01.05 Autres actes thérapeutiques sur la prostate et l'espace péri-prostatique

08.03.02 Actes thérapeutiques sur le scrotum et le contenu scrotal

- 08.03.02.01 Exérèse du testicule
- 08.03.02.02 Autres exérèses du contenu scrotal
- 08.03.02.03 Pose, changement et ablation de prothèse de testicule
- 08.03.02.04 Suture du testicule et de ses annexes
- 08.03.02.05 Détorsion du cordon spermatique
- 08.03.02.06 Fixation et transposition du testicule
- 08.03.02.07 Ligature du conduit déférent
- 08.03.02.08 Évacuation d'hydrocèle vaginale
- 08.03.02.09 Plastie de la tunique vaginale du testicule et du scrotum
- 08.03.02.10 Autres actes thérapeutiques sur le scrotum et le contenu scrotal
- 08.03.02.11 Correction des anomalies de position du testicule

08.03.03 Actes thérapeutiques sur le pénis

- 08.03.03.01 Plastie du pénis
- 08.03.03.02 Destruction de lésion du pénis
- 08.03.03.03 Exérèse de lésion du pénis
- 08.03.03.04 Injection au niveau du pénis
- 08.03.03.05 Réparation de plaie du pénis
- 08.03.03.06 Anastomose spongiocaverneuse
- 08.03.03.07 Pose de prothèse pénienne
- 08.03.03.08 Ablation et changement de prothèse pénienne
- 08.03.03.09 Correction des malformations du pénis

08.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'APPAREIL GÉNITAL FÉMININ

08.04.01 Actes thérapeutiques sur les annexes de l'utérus

- 08.04.01.01 Évacuation de collection des annexes de l'utérus
- 08.04.01.02 Ligature et section de la trompe utérine
- 08.04.01.03 Exérèse de l'ovaire
- 08.04.01.04 Autres exérèses des annexes de l'utérus
- 08.04.01.05 Plastie de la trompe utérine
- 08.04.01.06 Transposition de l'ovaire
- 08.04.01.07 Détorsion des annexes de l'utérus
- 08.04.01.08 Autres actes thérapeutiques sur les annexes de l'utérus

08.04.02 Actes thérapeutiques sur le paramètre

08.04.03 Actes thérapeutiques sur l'utérus

- 08.04.03.01 Destruction et exérèse de lésion du corps de l'utérus
- 08.04.03.02 Destruction de lésion du col de l'utérus
- 08.04.03.03 Exérèse de lésion du col de l'utérus
- 08.04.03.04 Hystérectomie subtotala
- 08.04.03.05 Hystérectomie totale
- 08.04.03.06 Hystérectomie totale élargie aux paramètres
- 08.04.03.07 Section et résection de malformations intra-utérines
- 08.04.03.08 Plastie du corps de l'utérus
- 08.04.03.09 Plastie du col de l'utérus

- 08.04.03.10 Hystéropexie [Fixation de l'utérus]
- 08.04.03.11 Pose et ablation de dispositif intra-utérin [D.I.U.] [stérilet]
- 08.04.03.12 Extraction de corps étranger intra-utérin

08.04.04 Actes thérapeutiques sur le vagin

- 08.04.04.01 Évacuation de collection du vagin
- 08.04.04.02 Destruction et exérèse de lésion du vagin
- 08.04.04.03 Colposuspension [Suspension du vagin]
- 08.04.04.04 Colpopérinéorrhaphie
- 08.04.04.05 Correction des malformations congénitales du vagin
- 08.04.04.06 Plastie du vagin
- 08.04.04.07 Autres actes thérapeutiques sur le vagin

08.04.05 Actes thérapeutiques sur la vulve et le périnée féminin

- 08.04.05.01 Incision de la vulve et du périnée
- 08.04.05.02 Exérèse de lésion de la vulve et du périnée
- 08.04.05.03 Vulvectomie
- 08.04.05.04 Plastie de la vulve et du périnée

08.04.06 Ablation d'implant de renfort pour organes pelviens

08.05 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE PÉRINÉE MASCULIN ET FÉMININ

08.06 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'ESPACE RÉTROPÉRITONÉAL ET L'ESPACE PELVIEN

08.06.01 Actes thérapeutiques sur l'espace rétropéritonéal

- 08.06.01.01 Évacuation de collection périménale
- 08.06.01.02 Exérèse de lésion de l'espace rétropéritonéal

08.06.02 Actes thérapeutiques sur l'espace pelvien

- 08.06.02.01 Exérèse de lésion endométriosique profonde de l'espace pelvien
- 08.06.02.02 Exérèse d'autre lésion de l'espace pelvien
- 08.06.02.03 Pelvectomie

08.07 MODIFICATION DE LA MORPHOLOGIE SEXUELLE

08.07.01 Correction des ambiguïtés sexuelles

08.07.02 Opérations pour transsexualisme

08.08 ÉPURATION EXTRARÉNALE

09.01 ACTES DIAGNOSTIQUES CHEZ LA MÈRE ET LE FOETUS

- 09.01.01** Explorations électrophysiologiques du foetus
- 09.01.02** Échographie de l'utérus gravide
- 09.01.03** Radiographie du bassin au cours de la grossesse
- 09.01.04** Scanographie du bassin au cours de la grossesse
- 09.01.05** Endoscopie de l'utérus gravide
- 09.01.06** Ponction, biopsie et prélèvement sur le foetus et l'utérus gravide
- 09.01.07** Examen anatomopathologique de l'embryon, du foetus et du placenta

09.02 ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION**09.03 ACTES LIÉS À LA GROSSESSE, CHEZ LA MÈRE**

- 09.03.01** Actes liés à une grossesse se terminant par un avortement
- 09.03.02** Actes obstétricaux pendant la période prénatale
- 09.03.03** Actes obstétricaux pendant le travail et l'accouchement
 - 09.03.03.01** Accouchement par voie naturelle
 - 09.03.03.02** Accouchement par césarienne
- 09.03.04** Traitement des complications immédiates de l'accouchement
 - 09.03.04.01** Suture immédiate de lésions obstétricales maternelles
 - 09.03.04.02** Actes thérapeutiques pour hémorragie du post-partum
 - 09.03.04.03** Autres actes thérapeutiques obstétricaux

09.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES CHEZ LE FOETUS**09.05 ACTES THÉRAPEUTIQUES CHEZ LE NOUVEAU-NÉ À LA NAISSANCE**

10.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR LES GLANDES ENDOCRINES ET LE MÉTABOLISME

- 10.01.01 Échographie des glandes endocrines
- 10.01.02 Scintigraphie des glandes endocrines
- 10.01.03 Explorations fonctionnelles des glandes endocrines et du métabolisme
- 10.01.04 Ponction, biopsie et prélèvement des glandes endocrines
- 10.01.05 Examen anatomopathologique des glandes endocrines

10.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES GLANDES ENDOCRINES

- 10.02.01 Actes thérapeutiques sur l'hypophyse
- 10.02.02 Actes thérapeutiques sur le corps pinéal [l'épiphyse]
- 10.02.03 Actes thérapeutiques sur la glande thyroïde
 - 10.02.03.01 Évacuation de collection de la glande thyroïde
 - 10.02.03.02 Exérèse de la glande thyroïde
 - 10.02.03.03 Destruction de la glande thyroïde
- 10.02.04 Actes thérapeutiques sur les glandes parathyroïdes
 - 10.02.04.01 Exploration des sites parathyroïdiens
 - 10.02.04.02 Parathyroïdectomie
 - 10.02.04.03 Autres actes thérapeutiques sur les parathyroïdes
- 10.02.05 Actes thérapeutiques sur les glandes surrénales
- 10.02.06 Actes thérapeutiques sur les tumeurs endocriniennes intraabdominales ectopiques

11 APPAREIL OSTÉOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DE LA TÊTE



11.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR LES OS, LES ARTICULATIONS ET LES TISSUS MOUS DE LA TÊTE

- 11.01.01 Explorations électrophysiologiques et fonctionnelles de la tête
- 11.01.02 Photographies de la tête
- 11.01.03 Radiographie de la tête
- 11.01.04 Scanographie de la tête
- 11.01.05 Remnographie [IRM] de la tête
- 11.01.06 Ponction, biopsie et prélèvement de la tête

11.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE SQUELETTE DU CRÂNE ET DE LA FACE

- 11.02.01 Actes thérapeutiques sur la voûte du crâne [calvaria]
 - 11.02.01.01 Ostéosynthèse de la voûte du crâne
 - 11.02.01.02 Craniectomie
 - 11.02.01.03 Plastie de la voûte du crâne
 - 11.02.01.04 Autres actes thérapeutiques sur la voûte du crâne
- 11.02.02 Actes thérapeutiques sur le squelette de la base du crâne et de l'étage supérieur de la face
 - 11.02.02.01 Ostéosynthèse de fracture craniofaciale
 - 11.02.02.02 Résection osseuse de la base du crâne
 - 11.02.02.03 Ostéotomie frontofaciale
 - 11.02.02.04 Autres actes thérapeutiques sur l'étage supérieur de la face
- 11.02.03 Actes thérapeutiques sur le squelette de l'étage moyen de la face
 - 11.02.03.01 Réduction orthopédique de fracture de l'étage moyen de la face
 - 11.02.03.02 Réduction orthopédique de fracture occlusofaciale
 - 11.02.03.03 Traitement chirurgical des fractures de l'étage moyen de la face
 - 11.02.03.04 Décompression et agrandissement de l'orbite
 - 11.02.03.05 Ostéotomie maxillaire
 - 11.02.03.06 Autres ostéotomies de l'étage moyen de la face
 - 11.02.03.07 Maxillectomie
 - 11.02.03.08 Autres résections osseuses de l'étage moyen de la face
 - 11.02.03.09 Apposition modelante et comblement osseux de l'étage moyen de la face
 - 11.02.03.10 Autres réparations du squelette de l'étage moyen de la face
- 11.02.04 Actes thérapeutiques sur la mandibule
 - 11.02.04.01 Réduction orthopédique de fracture de la mandibule
 - 11.02.04.02 Ostéosynthèse de la mandibule
 - 11.02.04.03 Comblement de perte de substance de la mandibule
 - 11.02.04.04 Ostéotomie de la mandibule
 - 11.02.04.05 Résection osseuse de la mandibule
 - 11.02.04.06 Autres actes thérapeutiques sur la mandibule
- 11.02.05 Autres actes thérapeutiques sur le crâne et la face
 - 11.02.05.01 Évacuation et drainage de collection du crâne et de la face
 - 11.02.05.02 Pose d'implant osseux sur le crâne et la face
 - 11.02.05.03 Pose de moyen de liaison sur implant intraosseux intrabuccal
 - 11.02.05.04 Dégagement et activation d'implant osseux du crâne et de la face
 - 11.02.05.05 Ablation de matériel osseux sur le crâne et la face
 - 11.02.05.06 Autres actes thérapeutiques sur le squelette du crâne et de la face

11.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'ARTICULATION TEMPOROMANDIBULAIRE

- 11.03.01 Infiltration de l'articulation temporomandibulaire
- 11.03.02 Réduction de luxation de l'articulation temporomandibulaire
- 11.03.03 Résection de l'articulation temporomandibulaire
- 11.03.04 Plastie et reconstruction de l'articulation temporomandibulaire
- 11.03.05 Actes thérapeutiques sur le disque de l'articulation temporomandibulaire
- 11.03.06 Résection de bloc d'ankylose temporomandibulaire
- 11.03.07 Autres actes thérapeutiques sur l'articulation temporomandibulaire

11.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES MUSCLES DE LA TÊTE

11.05 APPAREILLAGES SUR LE CRÂNE ET LA FACE

- 11.05.01 Appareillage d'orthopédie maxillofaciale
- 11.05.02 Autres appareillages sur le crâne et la face

12.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR LES OS, LES ARTICULATIONS ET LES TISSUS MOUS DU COU ET DU TRONC

- 12.01.01** Électromyographie [EMG] du cou et du tronc
- 12.01.02** Mesure de pression sur le tronc
- 12.01.03** Radiographie des os et des articulations du cou et du tronc
 - 12.01.03.01** Radiographie de la colonne vertébrale
 - 12.01.03.02** Radiographie du thorax osseux
- 12.01.04** Scanographie des os et des articulations du cou et du tronc
- 12.01.05** Remnographie [IRM] des os et des articulations du cou et du tronc
- 12.01.06** Ponction et biopsie des os et des articulations du cou et du tronc
- 12.01.07** Infiltration diagnostique des articulations du cou et du tronc

12.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LA COLONNE VERTÉBRALE

- 12.02.01** Actes thérapeutiques sur les vertèbres
 - 12.02.01.01** Spondyloplastie [Vertébroplastie]
 - 12.02.01.02** Infiltration thérapeutique et destruction articulaires postérieures de la colonne vertébrale
 - 12.02.01.03** Ostéosynthèse et arthrodèse de la colonne vertébrale par voie postérieure ou postérolatérale
 - 12.02.01.04** Ostéosynthèse et arthrodèse de la colonne vertébrale par voie antérieure
 - 12.02.01.05** Ostéosynthèse et arthrodèse de la colonne vertébrale par voies combinées
 - 12.02.01.06** Arthrodèse de spondylolisthesis lombal
 - 12.02.01.07** Correction instrumentale de déformation souple de la colonne vertébrale
 - 12.02.01.08** Correction de déformation rigide de la colonne vertébrale
 - 12.02.01.09** Décompression de la moelle épinière de la jonction occipitocervicale
 - 12.02.01.10** Laminoplastie et laminotomie vertébrales par abord postérieur
 - 12.02.01.11** Laminectomie vertébrale
 - 12.02.01.12** Laminarthrectomie [Laminoarthrectomie] vertébrale
 - 12.02.01.13** Recalibrage de la colonne vertébrale par abord postérieur
 - 12.02.01.14** Autres décompressions médullaires cervicales
 - 12.02.01.15** Exérèse de l'arc postérieur et corporectomie vertébrale
 - 12.02.01.16** Spondylectomie [Vertébrectomie]
 - 12.02.01.17** Ablation de matériel d'ostéosynthèse de la colonne vertébrale
 - 12.02.01.18** Autres actes thérapeutiques sur les vertèbres
- 12.02.02** Actes thérapeutiques sur les disques intervertébraux
 - 12.02.02.01** Exérèse et destruction transcutanées de disque intervertébral
 - 12.02.02.02** Exérèse de hernie discale de la colonne vertébrale par abord postérieur
 - 12.02.02.03** Exérèse de hernie discale de la colonne vertébrale par abord antérieur
 - 12.02.02.04** Autres actes thérapeutiques sur les disques intervertébraux
- 12.02.03** Actes orthopédiques sur la colonne vertébrale
 - 12.02.03.01** Traitement orthopédique de lésion de la colonne vertébrale
 - 12.02.03.02** Confection d'un appareil de contention de la colonne vertébrale
 - 12.02.03.03** Autres actes thérapeutiques sur la colonne vertébrale

12.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LA PAROI THORACIQUE

- 12.03.01** Infiltration de la paroi thoracique
- 12.03.02** Évacuation de collection de la paroi thoracique
- 12.03.03** Fermeture secondaire de la paroi thoracique
- 12.03.04** Ostéosynthèse de la paroi thoracique
- 12.03.05** Résection osseuse du thorax
- 12.03.06** Thoracoplastie
- 12.03.07** Ablation de matériel d'ostéosynthèse du thorax
- 12.03.08** Correction des malformations congénitales de la cage thoracique

12.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES MUSCLES DU COU ET DU TRONC

- 12.04.01** Actes thérapeutiques sur les muscles du cou
- 12.04.02** Actes thérapeutiques sur le diaphragme
 - 12.04.02.01** Exérèse partielle du diaphragme
 - 12.04.02.02** Suture du diaphragme
 - 12.04.02.03** Plastie du diaphragme pour éventration
 - 12.04.02.04** Cure de hernie hiatale
 - 12.04.02.05** Autres cures de hernie du diaphragme
 - 12.04.02.06** Correction des malformations congénitales du diaphragme
- 12.04.03** Actes thérapeutiques sur la paroi abdominale
 - 12.04.03.01** Exérèse de lésion de la paroi abdominale antérieure
 - 12.04.03.02** Cure de hernie de l'aîne
 - 12.04.03.03** Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure
 - 12.04.03.04** Cure d'éventration postopératoire de la paroi abdominale antérieure
 - 12.04.03.05** Autres réparations de la paroi abdominale
 - 12.04.03.06** Ablation de prothèse de la paroi abdominale

13.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR LES OS, LES ARTICULATIONS ET LES TISSUS MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

- 13.01.01** Radiographie du membre supérieur
- 13.01.02** Scanographie du membre supérieur
- 13.01.03** Remnographie [IRM] du membre supérieur
- 13.01.04** Bilan fonctionnel d'une articulation du membre supérieur
- 13.01.05** Ponction et biopsie d'un os ou d'une articulation du membre supérieur
- 13.01.06** Arthroscopie du membre supérieur à visée diagnostique

13.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES OS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

- 13.02.01** Actes thérapeutiques sur la scapula [l'omoplate]
 - 13.02.01.01** Réduction orthopédique de fracture de la scapula
 - 13.02.01.02** Ostéosynthèse de la scapula
 - 13.02.01.03** Ostéotomie de la scapula
 - 13.02.01.04** Excision de la scapula
 - 13.02.01.05** Ablation de matériel d'ostéosynthèse de la scapula
- 13.02.02** Actes thérapeutiques sur la clavicule
 - 13.02.02.01** Réduction orthopédique de fracture de la clavicule
 - 13.02.02.02** Ostéosynthèse de la clavicule
 - 13.02.02.03** Ostéotomie de la clavicule
 - 13.02.02.04** Excision de la clavicule
- 13.02.03** Actes thérapeutiques sur l'humérus
 - 13.02.03.01** Réduction orthopédique de fracture de l'humérus
 - 13.02.03.02** Ostéosynthèse de l'humérus
 - 13.02.03.03** Ostéotomie de l'humérus
 - 13.02.03.04** Excision de l'humérus
 - 13.02.03.05** Reconstruction de l'humérus
- 13.02.04** Actes thérapeutiques sur les os de l'avant-bras
 - 13.02.04.01** Réduction orthopédique de fracture des os de l'avant-bras
 - 13.02.04.02** Ostéosynthèse des os de l'avant-bras
 - 13.02.04.03** Ostéotomie des os de l'avant-bras
 - 13.02.04.04** Excision des os de l'avant-bras
 - 13.02.04.05** Reconstruction des os de l'avant-bras
 - 13.02.04.06** Autres actes thérapeutiques sur les os de l'avant-bras
- 13.02.05** Actes thérapeutiques sur les os du carpe
 - 13.02.05.01** Réduction orthopédique de fracture du carpe
 - 13.02.05.02** Ostéosynthèse du carpe
 - 13.02.05.03** Excision des os du carpe
 - 13.02.05.04** Greffe osseuse du carpe
- 13.02.06** Actes thérapeutiques sur les os de la main
 - 13.02.06.01** Réduction orthopédique de fracture des os de la main
 - 13.02.06.02** Ostéosynthèse de la main
 - 13.02.06.03** Ostéotomie de la main
 - 13.02.06.04** Excision osseuse de la main
 - 13.02.06.05** Reconstruction osseuse de la main
 - 13.02.06.06** Ablation de matériel d'ostéosynthèse de la main
 - 13.02.06.07** Autres actes thérapeutiques sur le métacarpe et les phalanges des doigts
- 13.02.07** Autres actes thérapeutiques sur les os du membre supérieur
 - 13.02.07.01** Allongement osseux du membre supérieur
 - 13.02.07.02** Excision osseuse du membre supérieur
 - 13.02.07.03** Immobilisation initiale de fracture du membre supérieur sans réduction

13.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES ARTICULATIONS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

- 13.03.01** Actes thérapeutiques sur les articulations de la ceinture scapulaire
 - 13.03.01.01** Réduction orthopédique de luxation de la ceinture scapulaire
 - 13.03.01.02** Réduction de luxation de la ceinture scapulaire par arthrotomie
 - 13.03.01.03** Arthroplastie de la ceinture scapulaire
- 13.03.02** Actes thérapeutiques sur l'articulation scapulohumérale
 - 13.03.02.01** Mobilisation de l'articulation scapulohumérale
 - 13.03.02.02** Réduction orthopédique de luxation scapulohumérale
 - 13.03.02.03** Réduction de luxation scapulohumérale par arthrotomie
 - 13.03.02.04** Nettoyage de l'articulation [Débridement] scapulohumérale
 - 13.03.02.05** Arthrodèse et arthrorise scapulohumérale
 - 13.03.02.06** Arthroplastie scapulohumérale
 - 13.03.02.07** Ablation et changement de prothèse scapulohumérale
 - 13.03.02.08** Résection de l'articulation scapulohumérale
 - 13.03.02.09** Reconstruction de l'articulation scapulohumérale
 - 13.03.02.10** Libération mobilisatrice de l'articulation [Arthrolyse] scapulohumérale

- 13.03.02.11 Synovectomie de l'articulation scapulohumérale
- 13.03.02.12 Actes thérapeutiques sur l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation scapulohumérale
- 13.03.02.13 Actes thérapeutiques sur le bourrelet glénoïdal scapulohuméral
- 13.03.03 Actes thérapeutiques sur l'articulation du coude
 - 13.03.03.01 Mobilisation du coude
 - 13.03.03.02 Réduction orthopédique de luxation du coude
 - 13.03.03.03 Réduction de luxation du coude par arthrotomie
 - 13.03.03.04 Nettoyage articulaire [Debridement] du coude
 - 13.03.03.05 Arthrodèse et arthrorise du coude
 - 13.03.03.06 Arthroplastie du coude
 - 13.03.03.07 Ablation et changement de prothèse du coude
 - 13.03.03.08 Résection de l'articulation du coude
 - 13.03.03.09 Reconstruction de l'articulation du coude
 - 13.03.03.10 Libération mobilisatrice de l'articulation [Arthrolyse] du coude
 - 13.03.03.11 Synovectomie de l'articulation du coude
 - 13.03.03.12 Actes thérapeutiques sur l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation du coude

- 13.03.04 Actes thérapeutiques sur les articulations du poignet
 - 13.03.04.01 Mobilisation du poignet
 - 13.03.04.02 Réduction de luxation du poignet par arthrotomie
 - 13.03.04.03 Nettoyage articulaire [Debridement] du poignet
 - 13.03.04.04 Arthrodèse et arthrorise du poignet
 - 13.03.04.05 Arthroplastie du poignet
 - 13.03.04.06 Ablation et changement de prothèse du poignet
 - 13.03.04.07 Résection de l'articulation du poignet
 - 13.03.04.08 Reconstruction du poignet
 - 13.03.04.09 Libération mobilisatrice de l'articulation [Arthrolyse] du poignet
 - 13.03.04.10 Synovectomie articulaire du poignet
 - 13.03.04.11 Actes thérapeutiques sur l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation du poignet

- 13.03.05 Actes thérapeutiques sur les articulations de la main
 - 13.03.05.01 Évacuation de collection articulaire de la main
 - 13.03.05.02 Réduction orthopédique de luxation de la main
 - 13.03.05.03 Réduction de luxation de la main par arthrotomie
 - 13.03.05.04 Arthrodèse et arthrorise de la main
 - 13.03.05.05 Arthroplastie de la main
 - 13.03.05.06 Reconstruction d'articulation de la main
 - 13.03.05.07 Libération mobilisatrice d'articulation [Arthrolyse] de la main
 - 13.03.05.08 Synovectomie articulaire de la main
 - 13.03.05.09 Actes thérapeutiques sur l'appareil capsuloligamentaire d'articulation de la main

- 13.03.06 Autres actes thérapeutiques sur les articulations du membre supérieur

13.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES MUSCLES, TENDONS ET TISSUS MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

- 13.04.01 Actes thérapeutiques sur la ceinture scapulaire et le bras
 - 13.04.01.01 Suture et réinsertion de muscle et de tendon à la ceinture scapulaire et au bras
 - 13.04.01.02 Désinsertion de tendon à la ceinture scapulaire et au bras
 - 13.04.01.03 Transfert de muscle et de tendon à la ceinture scapulaire et au bras
 - 13.04.01.04 Exérèse de corps étranger des tissus mous de la ceinture scapulaire et du bras
 - 13.04.01.05 Autres actes thérapeutiques sur les muscles et tissus mous de la ceinture scapulaire et du bras
- 13.04.02 Actes thérapeutiques sur l'avant-bras et la main
 - 13.04.02.01 Réparation de tendon au poignet et à la main
 - 13.04.02.02 Allongement de tendon à l'avant-bras et à la main
 - 13.04.02.03 Libération de tendon [Ténolyse] et ténosynovectomie à l'avant-bras et à la main
 - 13.04.02.04 Transfert de muscle et de tendon à l'avant-bras et à la main
- 13.04.03 Autres actes thérapeutiques sur les muscles, les tendons et les tissus mous de la main
 - 13.04.03.01 Actes thérapeutiques pour infection de la main
 - 13.04.03.02 Réparation de lésion traumatique multitissulaire palmaire du poignet et de la main
 - 13.04.03.03 Réparation de lésion traumatique multitissulaire dorsale du poignet et de la main
 - 13.04.03.04 Libération des tissus mous du premier espace interosseux métacarpien de la main
 - 13.04.03.05 Fasciotomie et fasciectomie palmaire
 - 13.04.03.06 Actes thérapeutiques sur les gaines fibreuses digitales
 - 13.04.03.07 Reconstruction et translocation de doigt
 - 13.04.03.08 Correction des malformations congénitales de la main

13.05 AUTRES ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE MEMBRE SUPÉRIEUR

- 13.05.01 Confection d'appareillage du membre supérieur
- 13.05.02 Confection d'une orthèse du membre supérieur
- 13.05.03 Amputation et désarticulation au membre supérieur
- 13.05.04 Réimplantation au membre supérieur

14.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR LES OS, LES ARTICULATIONS ET LES TISSUS MOUS DU MEMBRE INFÉRIEUR

- 14.01.01 Échographie du membre inférieur
- 14.01.02 Radiographie du membre inférieur
- 14.01.03 Scanographie du membre inférieur
- 14.01.04 Remnographie [IRM] du membre inférieur
- 14.01.05 Bilan fonctionnel d'une articulation du membre inférieur
- 14.01.06 Ponction et biopsie d'un os et d'une articulation du membre inférieur
- 14.01.07 Arthroscopie du membre inférieur à visée diagnostique

14.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES OS DU MEMBRE INFÉRIEUR

- 14.02.01 Actes thérapeutiques sur l'os coxal
 - 14.02.01.01 Réduction orthopédique de fracture de l'os coxal
 - 14.02.01.02 Ostéosynthèse de l'os coxal
 - 14.02.01.03 Ostéotomie de l'os coxal
 - 14.02.01.04 Excision de l'os coxal
 - 14.02.01.05 Reconstruction de l'os coxal
 - 14.02.01.06 Ablation de matériel de l'os coxal
- 14.02.02 Actes thérapeutiques sur le fémur
 - 14.02.02.01 Réduction orthopédique de fracture du fémur
 - 14.02.02.02 Ostéosynthèse du fémur
 - 14.02.02.03 Ostéotomie du fémur
 - 14.02.02.04 Excision du fémur
 - 14.02.02.05 Reconstruction du fémur
 - 14.02.02.06 Épiphysiodèse et désépiphysiodèse du fémur et du tibia
 - 14.02.02.07 Autres actes thérapeutiques sur le fémur
- 14.02.03 Actes thérapeutiques sur la patelle [rotule]
- 14.02.04 Actes thérapeutiques sur les os de la jambe
 - 14.02.04.01 Réduction orthopédique de fracture des os de la jambe
 - 14.02.04.02 Ostéosynthèse des os de la jambe
 - 14.02.04.03 Ostéotomie des os de la jambe
 - 14.02.04.04 Excision des os de la jambe
 - 14.02.04.05 Reconstruction des os de la jambe
 - 14.02.04.06 Autres actes thérapeutiques sur les os de la jambe
- 14.02.05 Actes thérapeutiques sur les os du tarse
 - 14.02.05.01 Ostéosynthèse de fracture du tarse
 - 14.02.05.02 Ostéotomie du tarse
 - 14.02.05.03 Exérèse osseuse du tarse
- 14.02.06 Actes thérapeutiques sur les os de l'avant-pied
 - 14.02.06.01 Réduction orthopédique de fracture de l'avant-pied
 - 14.02.06.02 Ostéosynthèse de l'avant-pied
 - 14.02.06.03 Ostéotomie de l'avant-pied
 - 14.02.06.04 Reconstruction osseuse de l'avant-pied
- 14.02.07 Autres actes thérapeutiques sur les os du membre inférieur
 - 14.02.07.01 Allongement osseux au membre inférieur
 - 14.02.07.02 Exérèse osseuse du pied
 - 14.02.07.03 Autres actes thérapeutiques sur les os du pied
 - 14.02.07.04 Immobilisation initiale de fracture du membre inférieur sans réduction

14.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES ARTICULATIONS DU MEMBRE INFÉRIEUR

- 14.03.01 Actes thérapeutiques sur les articulations de la ceinture pelvienne [du bassin]
 - 14.03.01.01 Évacuation de collection articulaire de la ceinture pelvienne [du bassin]
 - 14.03.01.02 Arthrodèse et arthrorise de la ceinture pelvienne [du bassin]
 - 14.03.01.03 Résection d'articulation de la ceinture pelvienne [du bassin]
 - 14.03.01.04 Reconstruction d'articulation de la ceinture pelvienne [du bassin]
- 14.03.02 Actes thérapeutiques sur l'articulation coxofémorale
 - 14.03.02.01 Évacuation de collection de l'articulation coxofémorale
 - 14.03.02.02 Réduction orthopédique de luxation coxofémorale
 - 14.03.02.03 Réduction de luxation coxofémorale par arthrotomie
 - 14.03.02.04 Nettoyage de l'articulation [Debridement] coxofémorale
 - 14.03.02.05 Arthrodèse et arthrorise coxofémorale
 - 14.03.02.06 Arthroplastie coxofémorale
 - 14.03.02.07 Ablation, changement et repose de prothèse coxofémorale
 - 14.03.02.08 Résection de l'articulation coxofémorale
 - 14.03.02.09 Reconstruction de l'articulation coxofémorale
 - 14.03.02.10 Libération mobilisatrice de l'articulation [Arthrolyse] coxofémorale
 - 14.03.02.11 Synovectomie de l'articulation coxofémorale
- 14.03.03 Actes thérapeutiques sur l'articulation du genou

- 14.03.03.01 Mobilisation du genou
- 14.03.03.02 Évacuation de collection de l'articulation du genou
- 14.03.03.03 Réduction orthopédique de luxation du genou
- 14.03.03.04 Nettoyage articulaire [Debridement] du genou
- 14.03.03.05 Arthrodèse et arthrorise du genou
- 14.03.03.06 Arthroplastie du genou
- 14.03.03.07 Ablation, changement et repose de prothèse du genou
- 14.03.03.08 Reconstruction de l'articulation du genou
- 14.03.03.09 Libération mobilisatrice de l'articulation [Arthrolyse] du genou
- 14.03.03.10 Synovectomie de l'articulation du genou
- 14.03.03.11 Actes thérapeutiques sur l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation du genou
- 14.03.03.12 Ménissectomie du genou
- 14.03.03.13 Autres actes thérapeutiques sur l'articulation du genou

14.03.04 Actes thérapeutiques sur l'articulation de la cheville

- 14.03.04.01 Mobilisation de la cheville
- 14.03.04.02 Évacuation de collection de l'articulation de la cheville
- 14.03.04.03 Réduction orthopédique de luxation de la cheville
- 14.03.04.04 Réduction de luxation de la cheville par arthrotomie
- 14.03.04.05 Nettoyage articulaire [Debridement] tibiotalien
- 14.03.04.06 Arthrodèse et arthrorise de la cheville
- 14.03.04.07 Arthroplastie de la cheville
- 14.03.04.08 Ablation de prothèse de la cheville
- 14.03.04.09 Résection de l'articulation de la cheville
- 14.03.04.10 Reconstruction de l'articulation de la cheville
- 14.03.04.11 Libération mobilisatrice de l'articulation [Arthrolyse] de la cheville
- 14.03.04.12 Actes thérapeutiques sur l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation de la cheville

14.03.05 Actes thérapeutiques sur les articulations du pied

- 14.03.05.01 Mobilisation et manipulation du pied
- 14.03.05.02 Arthrodèse et arthrorise du pied
- 14.03.05.03 Arthroplastie du pied
- 14.03.05.04 Libération mobilisatrice des articulations [Arthrolyse] du pied
- 14.03.05.05 Synovectomie des articulations du pied
- 14.03.05.06 Actes thérapeutiques sur l'appareil capsuloligamentaire des articulations du pied

14.03.06 Autres actes thérapeutiques sur les articulations du membre inférieur

14.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES MUSCLES, TENDONS ET TISSUS MOUS DU MEMBRE INFÉRIEUR

14.04.01 Actes thérapeutiques sur la hanche et la cuisse

- 14.04.01.01 Transfert de muscle et de tendon à la hanche et à la cuisse
- 14.04.01.02 Section de tendon [Ténotomie] à la hanche et à la cuisse
- 14.04.01.03 Exérèse d'ossification des tissus mous de la hanche et de la cuisse

14.04.02 Actes thérapeutiques sur le genou

- 14.04.02.01 Suture et réinsertion de muscle et de tendon au genou
- 14.04.02.02 Allongement et transfert de tendon au genou
- 14.04.02.03 Libération de tendon [Ténolyse], ténosynovectomie et peignage de tendon au genou
- 14.04.02.04 Raccourcissement de tendon au genou
- 14.04.02.05 Autres actes thérapeutiques sur les tissus mous au genou

14.04.03 Actes thérapeutiques sur la jambe, la cheville et le pied

- 14.04.03.01 Suture et réinsertion de muscle et de tendon à la jambe et au pied
- 14.04.03.02 Allongement de tendon à la jambe et au pied
- 14.04.03.03 Libération de tendon [Ténolyse], ténosynovectomie et peignage de tendon à la jambe et au pied
- 14.04.03.04 Transfert de muscle et de tendon à la jambe et au pied
- 14.04.03.05 Section de tendon [Ténotomie] à la jambe et au pied
- 14.04.03.06 Exérèse de kyste synovial et de bourse séreuse à la jambe et au pied
- 14.04.03.07 Libération des tissus mous à la jambe et au pied
- 14.04.03.08 Autres actes thérapeutiques sur les tissus mous au pied
- 14.04.03.09 Correction des malformations congénitales du pied

14.04.04 Correction complexe d'attitude vicieuse du membre inférieur

14.05 AUTRES ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE MEMBRE INFÉRIEUR

- 14.05.01 Confection d'appareillage du membre inférieur
- 14.05.02 Confection d'orthèse du membre inférieur
- 14.05.03 Mise en traction du membre inférieur, pour lésion non traumatique
- 14.05.04 Amputation et désarticulation au membre inférieur
- 14.05.05 Réimplantation au membre inférieur

15.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL OSTÉOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE, SANS PRÉCISION TOPOGRAPHIQUE

- 15.01.01 Échographie de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique
- 15.01.02 Radiographie de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique
- 15.01.03 Scintigraphie de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique
- 15.01.04 Autres actes d'imagerie de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique
- 15.01.05 Explorations fonctionnelles de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique
- 15.01.06 Biopsie de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique
- 15.01.07 Examen anatomopathologique de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire
 - 15.01.07.01 Examen anatomopathologique de pièce d'amputation de membre
 - 15.01.07.02 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique

15.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES OS ET LES ARTICULATIONS, SANS PRÉCISION TOPOGRAPHIQUE

- 15.02.01 Perforation et forage osseux, sans précision topographique
- 15.02.02 Prélèvement d'os, sans précision topographique
- 15.02.03 Fixation osseuse, sans précision topographique
- 15.02.04 Ostéotomie, sans précision topographique
- 15.02.05 Évidement osseux, sans précision topographique
- 15.02.06 Résection osseuse, sans précision topographique
- 15.02.07 Ablation, changement et modification de matériel d'ostéosynthèse, sans précision topographique
- 15.02.08 Autres actes thérapeutiques sur les os et les articulations, sans précision topographique
- 15.02.09 Appareillage ostéoarticulaire, sans précision topographique

15.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES TISSUS MOUS, SANS PRÉCISION TOPOGRAPHIQUE

- 15.03.01 Injection dans les tissus mous, sans précision topographique
- 15.03.02 Suture et plastie de muscle et de tendon, sans précision topographique
- 15.03.03 Transfert et lambeau musculotendineux pour réanimation motrice, sans précision topographique
- 15.03.04 Libération de muscle et de tendon, sans précision topographique
- 15.03.05 Section de tendon et de fascia, sans précision topographique
- 15.03.06 Autres actes thérapeutiques sur les tissus mous, sans précision topographique
- 15.03.07 Réfection de moignon d'amputation de membre

16.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR LA PEAU ET LES TISSUS MOUS

- 16.01.01 Échographie de la peau et des tissus mous
- 16.01.02 Scanographie de la peau et des tissus mous
- 16.01.03 Remnographie [IRM] de la peau et des tissus mous
- 16.01.04 Épreuves fonctionnelles sur la peau et les tissus mous
- 16.01.05 Ponction et biopsie de la peau et des tissus mous
- 16.01.06 Examen anatomopathologique de la peau et des tissus mous
 - 16.01.06.01 Examen cytopathologique de prélèvement de la peau ou de muqueuse
 - 16.01.06.02 Examen histopathologique de biopsie de la peau et des tissus mous
 - 16.01.06.03 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de la peau et des tissus mous
 - 16.01.06.04 Examens de génétique somatique à visée oncothéranostique
- 16.01.07 Autres actes diagnostiques sur la peau et les tissus mous

16.02 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR LE SEIN

- 16.02.01 Échographie du sein
- 16.02.02 Radiographie du sein
- 16.02.03 Scanographie du sein
- 16.02.04 Remnographie [IRM] du sein
- 16.02.05 Ponction et biopsie du sein
- 16.02.06 Examen anatomopathologique du sein
 - 16.02.06.01 Examen histopathologique de biopsie du sein
 - 16.02.06.02 Examen anatomopathologique du sein
- 16.02.07 Autres actes diagnostiques sur le sein

16.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LA PEAU ET LES TISSUS MOUS

- 16.03.01 Évacuation de collection de la peau et des tissus mous
- 16.03.02 Excision de lésion infectieuse diffuse de la peau et des tissus mous
- 16.03.03 Parage et/ou suture de plaie de la peau et des tissus mous
 - 16.03.03.01 Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau et du tissu cellulaire souscutané
 - 16.03.03.02 Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous
- 16.03.04 Ablation de corps étranger de la peau et des tissus mous
- 16.03.05 Détersion mécanique d'ulcération trophique de la peau et des tissus mous
- 16.03.06 Destruction de lésion de la peau et des tissus mous
 - 16.03.06.01 Dermabrasion [Destruction mécanique de lésion cutanée superficielle]
 - 16.03.06.02 Destruction thermique ou chimique de lésion cutanée superficielle
 - 16.03.06.03 Destruction de lésion cutanée avec laser [Laserabrasion]
 - 16.03.06.04 Exfoliation du visage
 - 16.03.06.05 Destruction de lésion cutanée par photothérapie dynamique après application topique de produit photosensibilisant
- 16.03.07 Exérèse de lésion de la peau et des tissus mous
 - 16.03.07.01 Exérèse de lésion superficielle de la peau et du tissu cellulaire souscutané
 - 16.03.07.02 Exérèse de lésion profonde de la peau et des tissus mous
- 16.03.08 Couverture de perte de substance par autogreffe de peau
- 16.03.09 Autres autogreffes au niveau des téguments
- 16.03.10 Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional
 - 16.03.10.01 Réparation de perte de substance par lambeau pédiculé, en dehors de l'extrémité céphalique
 - 16.03.10.02 Réparation de perte de substance par lambeau pédiculé spécifique de l'extrémité céphalique
 - 16.03.10.03 Réparation de perte de substance par lambeau libre, avec anastomoses vasculaires
 - 16.03.10.04 Autres actes en rapport avec la réalisation d'un lambeau
- 16.03.11 Pose et ablation de dispositif d'expansion de la peau et du tissu cellulaire souscutané ou d'implant souscutané définitif
- 16.03.12 Lissage cutané [Dérillage] [Lifting]
- 16.03.13 Dermolipectomie
- 16.03.14 Lipoaspiration
- 16.03.15 Exérèse de lésion congénitale de la peau et des tissus mous de la face et du cou
- 16.03.16 Autres actes thérapeutiques sur les téguments

16.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES PHANÈRES

- 16.04.01 Actes thérapeutiques sur les poils
- 16.04.02 Actes thérapeutiques sur les ongles
- 16.04.03 Actes thérapeutiques sur les glandes sudoripares et sébacées

16.05 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES BRÛLURES DE LA PEAU ET DES TISSUS MOUS

- 16.05.01 Pansement chirurgical initial de brûlure
 - 16.05.01.01 Pansement chirurgical initial de brûlure, en dehors de l'extrémité céphalique et des mains
 - 16.05.01.02 Pansement chirurgical initial de brûlure de l'extrémité céphalique et des mains
- 16.05.02 Pansement chirurgical secondaire de brûlure
 - 16.05.02.01 Pansement chirurgical secondaire de brûlure, en dehors de l'extrémité céphalique et des mains

- 16.05.02.02** Pansement chirurgical secondaire de brûlure de l'extrémité céphalique et des mains
- 16.05.03** Escarrotomie de décharge
- 16.05.04** Excision de brûlure
 - 16.05.04.01** Excision de brûlure, en dehors de l'extrémité céphalique et des mains
 - 16.05.04.02** Excision de brûlure de l'extrémité céphalique et des mains
- 16.05.05** Greffe de peau pour brûlure
 - 16.05.05.01** Greffe de peau pour brûlure, en dehors de l'extrémité céphalique et des mains
 - 16.05.05.02** Greffe de peau pour brûlure de l'extrémité céphalique et des mains
- 16.05.06** Greffe cutanée en sandwich
- 16.05.07** Greffe de culture de kératinocytes pour brûlure
- 16.05.08** Ablation de support de culture cellulaire [Take down]

16.06 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE SEIN

- 16.06.01** Évacuation de collection de la glande mammaire
- 16.06.02** Exérèse partielle de la glande mammaire
- 16.06.03** Mastectomie totale
- 16.06.04** Mastectomie totale élargie
- 16.06.05** Mastoplastie de réduction ou d'augmentation
- 16.06.06** Mastopexie
- 16.06.07** Reconstruction du sein
- 16.06.08** Ablation et changement d'implant prothétique mammaire
- 16.06.09** Actes thérapeutiques sur le mamelon
- 16.06.10** Actes thérapeutiques sur la plaque aréolomamelonnaire

17 ACTES SANS PRÉCISION TOPOGRAPHIQUE



17.01 ACTES DIAGNOSTIQUES, SANS PRÉCISION TOPOGRAPHIQUE

- 17.01.01 Échographie, sans précision topographique
- 17.01.02 Radiographie, sans précision topographique
- 17.01.03 Scanographie, sans précision topographique
- 17.01.04 Remnographie [IRM], sans précision topographique
- 17.01.05 Scintigraphie, sans précision topographique
- 17.01.06 Ponction et cytoponction, sans précision topographique
- 17.01.07 Biopsie, sans précision topographique

17.02 EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE DES TISSUS

- 17.02.01 Examen cytopathologique
 - 17.02.01.01 Examen cytopathologique de prélèvement
 - 17.02.01.02 Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche]
- 17.02.02 Examen histopathologique
 - 17.02.02.01 Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de structure anatomique
 - 17.02.02.02 Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de muqueuse
 - 17.02.02.03 Examen anatomopathologique extemporané
- 17.02.03 Examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané
 - 17.02.03.01 Examen anatomopathologique de fragment de résection de structure anatomique
 - 17.02.03.02 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse
- 17.02.04 Examen histopathologique de fragment d'exérèse de structure anatomique
 - 17.02.04.01 Examen immunohistochimique de prélèvement tissulaire
 - 17.02.04.02 Autres examens particuliers de tissu
- 17.02.05 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse
- 17.02.06 Examens particuliers de tissu
 - 17.02.06.01 Examen immunologique de prélèvement cellulaire ou tissulaire
 - 17.02.06.02 Examens de génétique somatique des cancers
 - 17.02.06.03 Autres examens particuliers de tissu
- 17.02.07 Examen anatomocytopathologique expertal

17.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES, SANS PRÉCISION TOPOGRAPHIQUE

- 17.03.01 Évacuation de collection, sans précision topographique
- 17.03.02 Drainage de collection, sans précision topographique
- 17.03.03 Injection d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage
- 17.03.04 Administration d'agent pharmacologique anticancéreux
- 17.03.05 Transport intrahospitalier
- 17.03.06 Autres actes thérapeutiques, sans précision topographique

17.04 RADIOTHÉRAPIE EXTERNE

- 17.04.01 Préparation à une irradiation externe
 - 17.04.01.01 Préparation sans dosimétrie
 - 17.04.01.02 Préparation avec dosimétrie bidimensionnelle
 - 17.04.01.03 Préparation avec dosimétrie tridimensionnelle sans histogramme dose-volume [HDV]
 - 17.04.01.04 Préparation avec dosimétrie tridimensionnelle avec histogramme dose-volume [HDV]
 - 17.04.01.05 Préparations spécifiques à une irradiation externe
 - 17.04.01.06 Autres actes de préparation à une irradiation externe
 - 17.04.01.07 Reprises de préparation à une irradiation externe, en cours de traitement
- 17.04.02 Irradiation externe
 - 17.04.02.01 Séances d'irradiation externe
 - 17.04.02.02 Séances d'irradiation externe avec modulation d'intensité
 - 17.04.02.03 Irradiation externe en conditions stéréotaxiques
 - 17.04.02.04 Techniques spéciales d'irradiation externe

17.05 CURIETHÉRAPIE

- 17.05.01 Curiethérapie intracavitaire utérovaginale
- 17.05.02 Curiethérapie intracavitaire vaginale [Curiethérapie du fond vaginal]
- 17.05.03 Curiethérapie intraluminaire
- 17.05.04 Curiethérapie interstitielle superficielle
- 17.05.05 Curiethérapie interstitielle profonde
- 17.05.06 Techniques spéciales de curiethérapie

18.01 GESTES D'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE OU LOCORÉGIONALE, COMPLÉMENTAIRE D'UN ACTE DIAGNOSTIQUE OU THÉRAPEUTIQUE ; ANESTHÉSIE RACHIDIENNE POUR ACCOUCHEMENT**18.02 GESTES COMPLÉMENTAIRES****18.02.01 Gestes complémentaires sur le système nerveux****18.02.01.01** Surveillances électroencéphalographique et électrocorticographique peropératoires**18.02.01.02** Potentiels évoqués peropératoires**18.02.01.03** Autres gestes complémentaires sur le système nerveux**18.02.02 Gestes complémentaires sur l'oeil et ses annexes****18.02.03 Gestes complémentaires sur l'oreille****18.02.04 Gestes complémentaires sur l'appareil circulatoire****18.02.04.01** Échographie peropératoire du coeur et des vaisseaux intrathoraciques**18.02.04.02** Autres gestes complémentaires diagnostiques sur l'appareil circulatoire**18.02.04.03** Prélèvement peropératoire d'autogreffe vasculaire**18.02.04.04** Assistance circulatoire peropératoire**18.02.04.05** Rétablissement peropératoire de la circulation**18.02.04.06** Occlusion et résection peropératoires de vaisseau**18.02.04.07** Autres gestes complémentaires thérapeutiques sur l'appareil circulatoire**18.02.05 Gestes complémentaires sur les systèmes immunitaire et hématopoïétique****18.02.06 Gestes complémentaires sur l'appareil respiratoire****18.02.06.01** Gestes complémentaires au cours d'exploration fonctionnelle respiratoire**18.02.06.02** Lambeau intrathoracique au cours d'une intervention intrathoracique**18.02.06.03** Autres gestes complémentaires sur l'appareil respiratoire**18.02.07 Gestes complémentaires sur l'appareil digestif****18.02.07.01** Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif**18.02.07.02** Endoscopie peropératoire de l'appareil digestif**18.02.07.03** Prélèvement au cours d'une endoscopie du tube digestif**18.02.07.04** Exploration peropératoire de la cavité abdominale**18.02.07.05** Gestes complémentaires sur les dents et les arcades dentaires**18.02.07.06** Soins prothétiques - Gestes complémentaires en prothèse plurale fixée**18.02.07.07** Autres gestes complémentaires sur l'appareil digestif**18.02.08 Gestes complémentaires sur l'appareil urinaire et génital****18.02.09 Gestes complémentaires liés à la grossesse et à l'accouchement****18.02.10 Gestes complémentaires sur les glandes endocrines****18.02.11 Gestes complémentaires sur l'appareil ostéoarticulaire et musculaire de la tête****18.02.12 Gestes complémentaires sur l'appareil ostéoarticulaire et musculaire du cou et du tronc****18.02.13 Gestes complémentaires sur l'appareil ostéoarticulaire et musculaire du membre supérieur****18.02.14 Gestes complémentaires sur l'appareil ostéoarticulaire et musculaire du membre inférieur****18.02.15 Gestes complémentaires sur l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique****18.02.16 Gestes complémentaires sur le système tégumentaire****18.02.17 Autres gestes complémentaires****18.02.17.01** Autres gestes complémentaires diagnostiques**18.02.17.02** Autres gestes complémentaires thérapeutiques**18.02.17.03** Autres gestes complémentaires d'anesthésie

19.01 FORFAITS ET ACTES TRANSITOIRES

- 19.01.01 Surveillance post opératoire
- 19.01.02 Cardiologie
- 19.01.03 Chirurgie
- 19.01.04 Échographie
- 19.01.05 Médecine hyperbare
- 19.01.06 Médecine d'urgence
- 19.01.07 Néonatalogie
- 19.01.08 Pneumologie
- 19.01.09 Radiologie
 - 19.01.09.01 Radiologie, scanographie, remnographie
 - 19.01.09.02 Radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle
 - 19.01.09.03 Tentative d'angioplastie
- 19.01.10 Radiothérapie
 - 19.01.10.01 Champs fixes de moins de 300 cm²
 - 19.01.10.02 Irradiation segmentaire par champs fixes par faisceaux de 300 cm² ou plus à l'entrée
 - 19.01.10.03 Cyclothérapie partielle ou totale
 - 19.01.10.04 Autres actes de radiothérapie
- 19.01.11 Réanimation
- 19.01.12 Assistance médicale à la procréation (AMP)
- 19.01.13 Anatomocytopathologie
- 19.01.14 Néphrologie

19.02 SUPPLÉMENTS

- 19.02.01 Anesthésie
- 19.02.02 Cardiologie
- 19.02.03 Chirurgie - Obstétrique
- 19.02.04 Dermatologie
- 19.02.05 Neurologie
- 19.02.06 Pneumologie
- 19.02.07 Radiologie
- 19.02.08 Radiothérapie
- 19.02.09 Médecine d'urgence
- 19.02.10 Anatomocytopathologie
- 19.02.11 Soins prothétiques - Suppléments pour prothèse amovible et soins dentaires
- 19.02.12 Gynécologie

19.03 MODIFICATEURS

- 19.03.01 Urgence
- 19.03.02 Age du patient
- 19.03.03 Chirurgie itérative
- 19.03.04 Autres modificateurs

AHQP013	Mesure des vitesses de conduction sensitive du nerf dorsal du pénis	0	1			9,0	42,34	11	2
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>									
01.01.01.03 Étude des latences et des réflexes									
ADQP014	Mesure du réflexe trigéminopalébral [réflexe de clignement] et/ou du réflexe massétéral	Ph	A	Cl	modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1			I,O	50,11	31	2
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>									
AHQB019	Mesure des latences des réflexes sacraux	0	1			O,X	68,26	18	2
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>									
AHQD003	Mesure des latences distales du nerf pudendal [nerf honteux], par stimulation intrarectale	0	1			I	80,35	23	2
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>									
AHRP001	Épreuve de stimulation répétitive d'au moins 2 nerfs pour recherche de bloc de la jonction neuromusculaire	0	1			I,X	90,72	51	2
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>									
AHQP900	Mesure du réflexe nociceptif R III	0	1				0,00	92	2
AHQP016	Mesure des réflexes H et/ou T	0	1				0,00	18	2
01.01.01.04 Electroencéphalographie [EEG]									
AAQP007	Électroencéphalographie sur 8 dérivations ou plus avec enregistrement d'une durée minimale de 20 minutes sans numérisation et sans enregistrement vidéo	Ph	A	Cl	modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1			F,P,S,U	57,60	30	2
<i>Avec ou sans : épreuve pharmacodynamique</i>									
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale, sauf pour les neurologues</i>									
AAQP129	Electroencéphalographie sur 8 dérivations ou plus avec enregistrement d'une durée minimale de 30 minutes, avec numérisation et enregistrement vidéo, chez un patient de moins de 6 ans	0	1			F,P,S,U	152,93	0	2
<i>Avec ou sans : épreuve pharmacodynamique</i>									
<i>Inclut : enregistrement du sommeil</i>									
<i>Dans le cadre du diagnostic du suivi d'une épilepsie, l'usage d'un électroencéphalographe numérique est la référence</i>									
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale, sauf pour les neurologues</i>									
AAQP350	Electroencéphalographie sur 14 dérivations ou plus avec enregistrement d'une durée minimale de 20 minutes, avec numérisation chez un patient de 6 ans ou plus	0	1			F,P,S,U	130,46	0	2
<i>Avec ou sans : enregistrement vidéo</i>									
<i>Avec ou sans : épreuve pharmacodynamique</i>									
<i>Dans le cadre du diagnostic du suivi d'une épilepsie, l'usage d'un électroencéphalographe numérique est la référence</i>									
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale, sauf pour les neurologues</i>									
AAQP011	Electroencéphalographie sur 8 dérivations ou plus avec enregistrement d'une durée minimale de 20 minutes, au lit du malade	0	1			F,I,O,P,S,U	84,67	51	2
<i>Avec ou sans : épreuve pharmacodynamique</i>									
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale, sauf pour les neurologues</i>									
Coder éventuellement 1 : (YYYY456)									
AAQP006	Electroencéphalographie de longue durée de 1 à 4 heures sur 8 dérivation ou plus, avec enregistrement vidéo	0	1			I,X	139,97	89	2
<i>Environnement : spécifique : personnel spécialement formé et plateau technique spécialement dédié</i>									
AAQP010	Electroencéphalographie de longue durée de plus de 4 heures sur 8 dérivations ou plus, avec enregistrement vidéo	0	1	Y		X	233,28	179	2
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>									
<i>Environnement : spécifique : personnel spécialement formé et plateau technique spécialement dédié.</i>									
AAQP002	Electroencéphalographie continue ambulatoire sur 8 dérivations ou plus, pendant au moins 24 heures [Holter EEG]	0	1	Y		X	209,95	163	2
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale, sauf pour les neurologues</i>									
<i>Environnement : spécifique</i>									
AAQP009	Electroencéphalographie avec quantification sur 32 dérivations ou plus	0	1			9,I	93,31	75	2
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>									
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>									
AAQP900	Electroencéphalographie avec modélisation de sources, sur 32 dérivations ou plus	0	1				0,00	75	2
01.01.01.05 Surveillances électrocorticographique et électroencéphalographique									
<i>Avec ou sans : stimulation</i>									
AALA002	Implantation d'électrode subdurale pour enregistrement électrocorticographique, par craniotomie	0	1	Y		J,K,T	272,83	479	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
		0	4	Y		A	178,05	210	1
AALB002	Implantation d'électrode intracérébrale pour enregistrement électroencéphalographique, par voie stéréotaxique	0	1	Y		J,K,T	627,00	641	1
		0	4	Y		A	261,87	259	1
Coder éventuellement 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
AAQP013	Surveillance électrocorticographique continue avec enregistrement vidéo, par 24 heures	0	1			F,I,X	345,60	182	2
AAQP003	Surveillance électroencéphalographique continue sans enregistrement vidéo, par 24 heures	0	1			F,I	80,35	52	2
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>									
<i>Environnement : spécifique : personnel spécialement formé et plateau technique spécialement dédié</i>									
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)</i>									
AAQP012	Surveillance électroencéphalographique continue avec enregistrement vidéo, par 24 heures	0	1			F,I,X	345,60	227	2
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>									
<i>Environnement : spécifique : personnel spécialement formé et plateau technique spécialement dédié.</i>									
01.01.01.06 Polysomnographie									
<i>La polysomnographie inclut la réalisation simultanée d'une électroencéphalographie sur une ou deux dérivations, d'une électrooculographie sur une ou deux dérivations, électromyographie mentonnière sur une dérivation, ainsi que de l'un des enregistrements suivants :</i>									
<i>- électroencéphalographie sur au moins 8 dérivations supplémentaires,</i>									
<i>- électromyographie sur au moins 2 dérivations supplémentaires,</i>									
<i>- paramètres physiologiques cardiorespiratoires (bruits, flux et efforts respiratoires, SaO2, fréquence cardiaque).</i>									
<i>Avec ou sans : détermination des réglages d'un appareil respiratoire à pression positive continue [PPC] et leur adaptation manuelle.</i>									
<i>Indication : diagnostic, contrôle et adaptation du syndrome d'apnée du sommeil, diagnostic de la narcolepsie avec ou sans catalepsie</i>									
<i>Facturation : diagnostic initial, examen de contrôle après un délai de 3 mois, éventuel examen annuel de contrôle</i>									

AMQP009	Évaluation diurne de la vigilance ou de l'endormissement par épreuves itératives	0	1		I	120,96	81	2
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale, sauf pour les neurologues et les pneumologues</i>							
	<i>Environnement : spécifique</i>							
AMQP010	Polysomnographie de 4 à 8 heures, sans enregistrement vidéo	0	1	Y		136,32	60	2
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>							
	<i>Environnement : spécifique</i>							
AMQP011	Polysomnographie de 4 à 8 heures, avec enregistrement vidéo	0	1	Y		136,32	65	2
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>							
	<i>Environnement : spécifique</i>							
AMQP012	Polysomnographie de 8 à 12 heures, sans enregistrement vidéo	0	1	Y	9,I	214,27	124	2
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>							
	<i>Environnement : spécifique</i>							
AMQP013	Polysomnographie de 8 à 12 heures, avec enregistrement vidéo	0	1	Y	9,I	214,27	136	2
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>							
	<i>Environnement : spécifique</i>							
AMQP014	Polysomnographie de 12 à 24 heures, sans enregistrement vidéo	0	1	Y	X	246,24	200	2
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>							
	<i>Environnement : spécifique</i>							
AMQP015	Polysomnographie de 12 à 24 heures, avec enregistrement vidéo	0	1	Y	X	246,24	220	2
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>							
	<i>Environnement : spécifique</i>							
	01.01.01.07 Autres explorations électrophysiologiques du système nerveux							
AJQP001	Mesure des réponses cutanées sympathiques par électrode de surface	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0	1			0,00	25	2
	01.01.02 Étude des pressions du système nerveux							
	01.01.02.01 Pose et ablation de dispositif de mesure des pressions du système nerveux							
	<i>La pose d'un capteur de pression du liquide cébrospinal inclut la mesure initiale de la pression.</i>							
ABLBO01	Pose d'un cathéter ventriculaire cérébral par voie transcrânienne, avec mesure instantanée de la pression intracrânienne et tests dynamiques	0	1	Y	9,J,K,T	110,60	105	1
	Coder éventuellement 1 : (ACQP002, ZZLP025)							
ABLBO02	Pose d'un capteur ventriculaire de pression intracrânienne, par voie transcrânienne	0	1	Y	F,I,J,K,P,S,T,U	116,99	88	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)							
ABLBO03	Pose d'un capteur extraventriculaire de pression intracrânienne, par voie transcrânienne	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	96,42	91	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)							
AFLBO04	Pose d'un cathéter intrathécal spinal par voie lombale transcutanée, avec mesure instantanée de la pression du liquide cébrospinal et tests dynamiques	0	1			104,50	62	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
ABGA001	Ablation d'un capteur de pression intracrânienne	0	1	Y		0,00	9	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
	01.01.02.02 Surveillance continue de la pression intracrânienne							
ABQP001	Surveillance continue de la pression intracrânienne, par 24 heures	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0	1			0,00	27	2
	01.01.03 Échographie du système nerveux							
	<i>A l'exclusion de : échographie et/ou échographie-doppler de contrôle ou surveillance de pathologie (chapitre 19)</i>							
AAQM002	Échographie transfontanellaire de l'encéphale	0	1		F,P,S,U	37,80	40	2
	Coder éventuellement 1 : (ZZQM005)							
AEQM001	Échographie transcutanée de la moelle épinière	0	1		F,P,S,U	37,80	34	2
	01.01.04 Radiographie du système nerveux							
AEQH002	Myélographie cervicale	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	106,40	189	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY057)							
AEQH001	Myélographie dorsale et/ou lombale	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	106,40	175	2
	<i>Avec ou sans : saccoradiculographie</i>							
	Coder éventuellement 1 : (YYYY057)							
AFQH003	Myélographie avec scanographie de la colonne vertébrale [Myéloscanner]	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	106,40	232	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY057, ZZLP025, ZZQP004)							
AFQH002	Saccoradiculographie	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	106,40	167	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY057)							
AFQH001	Saccoradiculographie avec scanographie de la colonne vertébrale	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	106,40	282	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY057, ZZLP025, ZZQP004)							
	01.01.05 Scanographie du système nerveux							
ACQK001	Scanographie du crâne et de son contenu, sans injection de produit de contraste	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	53	2
	<i>À l'exclusion de : scanographie unilatérale ou bilatérale</i>							
	<i>- de la partie pétreuse de l'os temporal [rocher] (LAQK002)</i>							
	<i>- de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne] (LAQK011)</i>							
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)							
ACQH003	Scanographie du crâne et de son contenu, avec injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	58	2
	<i>À l'exclusion de : scanographie unilatérale ou bilatérale</i>							
	<i>- de la partie pétreuse de l'os temporal [rocher] (LAQK002)</i>							
	<i>- de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne] (LAQK011)</i>							
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)							
ACQH001	Scanographie du crâne et de son contenu, avec injection intrathécale de produit de contraste [Cysternoscaner]	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	78	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)							

ACQK003	Scanographie du crâne et de son contenu et/ou du massif facial pour repérage stéréotaxique <i>À l'exclusion de : scanographie du crâne et de son contenu et/ou du massif facial pour planification dosimétrique (ACQK002)</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	78	2
ACQK002	Scanographie du crâne et de son contenu et/ou du massif facial pour planification dosimétrique <i>Acquisition des données anatomiques pour étude conformationnelle par scanographie du crâne et de son contenu</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		E,F,P,S,U,Z	25,27	70	2
ACQH002	Scanographie du crâne, de son contenu et du thorax, avec injection intraveineuse de produit de contraste Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	50,54	58	2
ACQH004	Scanographie du crâne, de son contenu et du tronc, avec injection intraveineuse de produit de contraste Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	50,54	63	2
01.01.06 Remnographie [IRM] du système nerveux		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ACQN001	Remnographie [IRM] du crâne et de son contenu, sans injection intraveineuse de produit de contraste Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)	0	1		F,P,S,U	69,00	105	2
ACQJ002	Remnographie [IRM] du crâne et de son contenu, avec injection intraveineuse de produit de contraste Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)	0	1		F,P,S,U	69,00	108	2
ACQN003	Remnographie [IRM] du crâne et de son contenu pour procédure stéréotaxique <i>À l'exclusion de : remnographie du crâne et de son contenu et/ou du massif facial pour planification dosimétrique (ACQN002)</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0	1			69,00	123	2
ACQN002	Remnographie [IRM] du crâne et de son contenu et/ou du massif facial pour planification dosimétrique <i>Acquisition des données anatomiques pour étude conformationnelle par remnographie du crâne et de son contenu</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0	1			69,00	117	2
ACQN004	Remnographie [IRM] du crâne et de son contenu, avec étude de la viabilité du parenchyme cérébral par imagerie de diffusion et de perfusion Coder éventuellement 1 : (YYYY600)	0	1		F,P,S,U	69,00	116	2
ACQJ001	Remnographie [IRM] du crâne et de son contenu avec étude de la viabilité du parenchyme cérébral par imagerie de diffusion et de perfusion, avec remnographie des vaisseaux [angio-IRM] cervicocéphaliques Coder éventuellement 1 : (YYYY600)	0	1		F,P,S,U	69,00	129	2
AAQN004	Remnographie [IRM] fonctionnelle du cerveau pour étude des fonctions motrices <i>Indication : localisation des aires motrices corticales</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZQN002)	0	1			69,00	135	2
AAQN900	Remnographie [IRM] fonctionnelle du cerveau pour étude des fonctions visuelles Coder éventuellement 1 : (ZZQN002)	0	1			0,00	135	2
AAQN901	Remnographie [IRM] fonctionnelle du cerveau pour étude des fonctions phasiques Coder éventuellement 1 : (ZZQN002)	0	1			0,00	135	2
01.01.07 Spectroscopie du système nerveux par résonance magnétique [SRM]		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AAQN902	Spectroscopie par résonance magnétique cérébrale protonique [Chemical shift imaging] [CSI] <i>À l'exclusion de : spectroscopie par résonance magnétique cérébrale protonique localisée (AAQN002)</i> Coder éventuellement 1 : (ZZQN002)	0	1			0,00	150	2
AAQN002	Spectroscopie par résonance magnétique cérébrale protonique localisée Coder éventuellement 1 : (ZZQN002)	0	1			0,00	150	2
AAQN903	Spectroscopie par résonance magnétique cérébrale du phosphore Coder éventuellement 1 : (ZZQN002)	0	1			0,00	150	2
01.01.08 Scintigraphie du système nerveux		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ACQL007	Tomoscintigraphie de perfusion cérébrale sans test d'activation Coder éventuellement 1 : (ZZQL017)	0	1		G	274,25	100	2
ACQL005	Tomoscintigraphie de perfusion cérébrale avec test d'activation et quantification complexe	0	1		G	327,30	115	2
ACQL008	Tomoscintigraphie de perfusion cérébrale après épreuve pharmacodynamique Coder éventuellement 1 : (ZZQL017)	0	1		G	274,25	107	2
ACQL004	Tomoscintigraphie de perfusion cérébrale en période critique Coder éventuellement 1 : (ZZQL017)	0	1		G	274,25	131	2
ACQL001	Tomoscintigraphie cérébrale à l'aide de marqueur de la neurotransmission et/ou du métabolisme Coder éventuellement 1 : (ZZQL017)	0	1		G	268,87	111	2
ACQL003	Tomoscintigraphie cérébrale pour diagnostic et bilan de tumeur cérébrale <i>Tomoscintigraphie cérébrale précoce et tardive pour le diagnostic de localisation et de stade de tumeur cérébrale, avec quantification de fixation</i>	0	1		G	268,87	107	2
ACQL002	Tomoscintigraphie cérébrale par émission de positons, avec tépographe [caméra TEP] dédié <i>Indication : bilan préopératoire d'une épilepsie réfractaire au traitement médical</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>	0	1		G	89,54	300	2
ABQL002	Cisternographie radio-isotopique	0	1		G	279,63	111	2
ABQL003	Recherche radio-isotopique d'une brèche ostéoméningée	0	1		G	138,15	111	2
ABML001	Vérification radio-isotopique d'une dérivation du liquide cérébrospinal	0	1		G	138,15	107	2

01.01.09 Épreuves fonctionnelles du système nerveux**01.01.09.01 Potentiels évoqués visuels [PEV]**

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BLQP001 Enregistrement des potentiels évoqués visuels avec stimulation par flash lumineux <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0	1		F,P,S,U	53,76	61	2
BLQP009 Enregistrement des potentiels évoqués visuels par inversion du stimulus de contraste <i>Avec ou sans : stimulation par flash lumineux</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0	1		9,F,O,P,S,U	64,80	75	2

01.01.09.02 Potentiels évoqués auditifs [PEA] et vestibulaires

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
CDQP017 Enregistrement des potentiels évoqués auditifs précoces pour étude des temps de conduction et mesure des amplitudes <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0	1		F,P,S,U	57,60	25	2
CDQP006 Enregistrement des potentiels évoqués auditifs précoces pour recherche de seuil, étude des temps de conduction et mesure des amplitudes, sans anesthésie générale <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0	1		F,P,S,U	96,00	38	2
CDQP014 Enregistrement des potentiels évoqués auditifs précoces pour recherche de seuil, étude des temps de conduction et mesure des amplitudes, sous anesthésie générale <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique : bloc opératoire avec présence de l'anesthésiste</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1		F,P,S,U	96,00	50	1
	0	4		7,A,F,P,S,U	59,39	38	1
CDQP008 Enregistrement des potentiels évoqués auditifs de moyennes et de longues latences avec mesure des amplitudes et latences des réponses <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0	1		F,P,S,U	96,00	45	2
CEQP008 Enregistrement des potentiels évoqués vestibulaires d'origine sacculaire [potentiels évoqués otolithiques] [potentiels évoqués saccolocoliques] par électromyographie <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0	1		F,P,S,U	57,60	27	2

01.01.09.03 Potentiels évoqués somesthésiques cérébraux [PESc]

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ANQP004 Enregistrement des potentiels évoqués somesthésiques cérébraux par stimulation bilatérale d'un ou de 2 nerfs des membres supérieurs ou inférieurs <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0	1		F,I,P,S,U	80,35	42	2
ANQP006 Enregistrement des potentiels évoqués somesthésiques cérébraux par stimulation bilatérale de 3 nerfs ou plus des membres supérieurs et inférieurs <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0	1		F,I,P,S,U	132,19	78	2
ANQP002 Enregistrement des potentiels évoqués somesthésiques cérébraux par stimulation des nerfs pudendaux [nerfs honteux] <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale, sauf pour les neurologues</i>	0	1		9,F,P,S,U	65,66	35	2

01.01.09.04 Autres potentiels évoqués

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AHQP004 Enregistrement des potentiels moteurs par stimulation corticale et/ou spinale <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale, sauf pour les neurologues</i>	0	1		9	73,44	27	2
ALQP001 Enregistrement des potentiels évoqués cognitifs événementiels	0	1			0,00	49	2
ANQP005 Enregistrement des potentiels évoqués nociceptifs avec mesure des amplitudes et des latences des réponses corticales, par stimulation au laser	0	1			0,00	82	2
AZQP002 Enregistrement de potentiels évoqués, au lit du malade <i>Facturation : potentiels évoqués inscrits à la nomenclature</i>	0	1		F,P,S,U,X	95,90	62	2

01.01.10 Endoscopie du système nerveux

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ACQC001 Exploration intracrânienne, par vidéochirurgie <i>Avec ou sans : biopsie et/ou prélèvement</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001)	0	1	Y		0,00	298	1
	0	4	Y	A	0,00	112	1

01.01.11 Ponction, biopsie et prélèvement du système nerveux**01.01.11.01 Ponction de liquide cébrospinal**

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ABHB002 Ponction de liquide cébrospinal ou de collection intracrânienne, par voie transfontanelle Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		9,F,P,S,U	39,00	36	2
ABHB001 Ponction de liquide cébrospinal ventriculaire, par voie transcrânienne Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		9,F,O,P,S,U	92,88	86	1
AFHB001 Ponction de liquide cébrospinal, par voie infraoccipitale ou latéro-cervicale transcutanée [Ponction sousoccipitale]	0	1		F,P,S,U,X	63,94	15	2
AFHB002 Ponction de liquide cébrospinal, par voie lombale transcutanée [Ponction lombaire]	0	1		F,I,P,S,U	34,56	22	2

01.01.11.02 Ponction et biopsie du système nerveux

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ACHH001 Ponction ou cytoponction de lésion intracrânienne, par voie transcutanée avec guidage scanographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	104,50	282	1
ACHJ001 Ponction ou cytoponction de lésion intracrânienne, par voie transcutanée avec guidage remnographique [IRM] Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	104,50	338	1
ACHB001 Biopsie de lésion intracrânienne, par voie transcrânienne stéréotaxique Coder éventuellement 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	J,K,T	522,50	315	1
	0	4	Y	A	229,90	144	1
ACHA002 Biopsie de lésion intracrânienne, par craniotomie Coder éventuellement 14 : (ACQP002) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	I,J,K,T	231,13	154	1
	0	4	Y	A	127,93	81	1
ACHA003 Biopsie de lésion de la base du crâne, par endoscopie buccale ou nasale Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	J,K,T	220,73	233	1
	0	4	Y	A	138,55	89	1
ACHA001 Biopsie de lésion de la base du crâne, par abord transoral ou nasosphénoïdal Coder éventuellement 14 : (ACQP002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	I,J,K,T	369,39	280	1
	0	4	Y	A	198,68	131	1
AHHB001 Biopsie de nerf périphérique, par voie transcutanée	0	1			44,61	20	2

AHHA001	Biopsie de nerf périphérique, par abord direct <i>Forfait : liste SE2</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1	Y			9	51,76	64	1
AHHA002	Biopsie neuromusculaire, par abord direct <i>Forfait : liste SE2</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1	Y			9,I	65,94	70	1
01.01.12	Injection anesthésique au niveau du système nerveux à visée diagnostique									
01.01.12.01	Injection au niveau du système nerveux central à visée diagnostique <i>Avec ou sans : pose de cathéter</i>									
AGLB001	Injection périurale [épidurale] d'agent pharmacologique à visée antalgique, avec évaluation diagnostique et pronostique <i>Forfait : liste SE3</i>	0	1	Y			9	65,73	82	2
ANLB004	Injection intrathécale d'agent pharmacologique à visée antalgique, avec évaluation diagnostique et pronostique	0	1					57,60	57	2
01.01.12.02	Infiltration de nerf crânien à visée diagnostique	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
ADLH001	Infiltration anesthésique du ganglion trigéminal avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	0	1			I,O		44,87	103	2
ADLH002	Infiltration anesthésique d'une branche de division du nerf trijumeau avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	0	1			X		13,90	56	2
ADLH003	Infiltration anesthésique du nerf glossopharyngien avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	0	1			X		59,41	103	2
01.01.12.03	Infiltration de nerf spinal [rachidien] à visée diagnostique	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
AHLH001	Infiltration anesthésique de nerf spinal à son émergence rachidienne avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	0	1			X		42,34	97	2
AHLH011	Infiltration anesthésique de branche dorsale de nerf spinal avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique <i>À l'exclusion de : infiltration anesthésique unilatérale ou bilatérale du nerf grand occipital [d'Arnold] avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique (AHLH008)</i>	0	1			X		32,86	45	2
AHLH008	Infiltration anesthésique unilatérale ou bilatérale du nerf grand occipital [d'Arnold] avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	0	1					19,20	45	2
AHLB008	Infiltration anesthésique du plexus brachial, avec évaluation diagnostique et pronostique	0	1			I,X		54,98	53	2
AHLH016	Infiltration anesthésique du plexus lombosacral avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	0	1			X		46,77	143	2
AHLH005	Infiltration anesthésique du plexus lombosacral avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage scanographique	0	1			X		33,12	164	2
AHLB007	Infiltration anesthésique de tronc nerveux superficiel avec évaluation diagnostique et pronostique, sans stimulodétection électrique	0	1			9		25,91	21	2
AHLB017	Infiltration anesthésique de tronc nerveux superficiel avec évaluation diagnostique et pronostique, avec stimulodétection électrique	0	1			9		32,86	49	2
AHLB005	Infiltration anesthésique de tronc nerveux profond avec évaluation diagnostique et pronostique, sans guidage	0	1			I,X		60,67	36	2
AHLH009	Infiltration anesthésique de tronc nerveux profond avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	0	1			X		41,08	85	2
AHLH020	Infiltration anesthésique de tronc nerveux profond avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage scanographique	0	1			I,X		26,88	126	2
01.01.12.04	Infiltration du système nerveux autonome à visée diagnostique	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
AJLH004	Infiltration anesthésique du ganglion ptérygopalatin avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	0	1					19,20	70	2
AJLH012	Infiltration anesthésique du ganglion ptérygopalatin avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage scanographique	0	1					19,20	99	2
AJLB002	Infiltration anesthésique du ganglion cervicothoracique [stellaire], avec évaluation diagnostique et pronostique	0	1			I,X		54,98	87	2
AJLH014	Infiltration anesthésique de la chaîne sympathique thoracique avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	0	1			X		68,26	204	2
AJLH018	Infiltration anesthésique de la chaîne sympathique thoracique avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage scanographique	0	1			X		49,44	225	2
AJLJ001	Infiltration anesthésique des nerfs splanchniques avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage échographique	0	1			X		61,94	191	2
AJLH006	Infiltration anesthésique des nerfs splanchniques avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	0	1					28,80	213	2
AJLJ003	Infiltration anesthésique du plexus coeliaque avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage échographique	0	1			9,O		61,94	136	2
AJLH007	Infiltration anesthésique du plexus coeliaque avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	0	1			I,X		76,47	211	2
AJLH015	Infiltration anesthésique de la chaîne sympathique lombale avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	0	1			X		70,15	206	2
AJLH001	Infiltration anesthésique de la chaîne sympathique lombale avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage scanographique	0	1					57,60	244	2
AJLH002	Infiltration anesthésique du plexus hypogastrique ou sacral avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique	0	1			X		50,56	183	2
AJLH010	Infiltration anesthésique du plexus hypogastrique ou sacral avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage scanographique	0	1					28,80	187	2

01.01.13 Tests neuropsychologiques

Facturation : diagnostic initial, éventuel examen annuel de contrôle

ALQP006	Test d'évaluation d'un déficit cognitif Selon les recommandations de la HAS en vigueur	0	1					69,12	42	2
ALQP002	Test d'évaluation de l'efficacité intellectuelle de l'enfant Selon les recommandations de la HAS en vigueur	0	1					69,12	42	2
ALQP005	Test d'évaluation de l'efficacité intellectuelle de l'adulte Selon les recommandations de la HAS en vigueur	0	1					69,12	42	2
ALQP003	Test d'évaluation d'une dépression Selon les recommandations de la HAS en vigueur	0	1					69,12	29	2
ALQP004	Test d'évaluation des aspects psychopathologiques de la personnalité Selon les recommandations de la HAS en vigueur	0	1					69,12	34	2
ZFQP002	Test d'évaluation et de catégorisation des déficiences, incapacités et désavantages sociaux Évaluation selon la classification internationale de Wood	0	1					0,00	34	2
ZFQP003	Test d'évaluation de la qualité de vie	0	1					0,00	34	2

01.01.14 Examen anatomopathologique du système nerveux

Par structure anatomique, on entend : élément du corps humain, unitissulaire ou pluritissulaire, topographiquement délimité, constituant un ensemble organisé destiné à remplir un rôle déterminé ou une fonction. Il peut s'agir par exemple :

- d'un organe : estomac, peau, muscle,
- d'une entité concourant à une finalité caractéristique : méninge, séreuse,
- d'une région anatomique : médiastin, région rétro-péritonéale

Par pièce d'exérèse, on entend : exérèse partielle ou totale, monobloc ou en plusieurs fragments non différenciés par le préleveur, pour chaque structure anatomique

Par berge, on entend : limite de la résection [incision].

Par recoupe, on entend : exérèse supplémentaire effectuée par le préleveur, au-delà des berges de l'exérèse initiale

Avec ou sans : examen de berge

Par groupe lymphonodal [ganglionnaire lymphatique], on entend : ensemble de noeuds [ganglions] lymphatiques non différenciés par le préleveur au cours d'un curage lymphonodal [ganglionnaire]

L'examen anatomopathologique, inclut : l'examen macroscopique et microscopique de pièce d'exérèse

L'examen anatomopathologique d'un organe inclut : l'examen du feuillet viscéral de son éventuelle séreuse

L'examen anatomopathologique de pièce d'exérèse inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalun ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans :

- coloration spéciale
- coupes sériées
- empreinte par apposition cellulaire
- écrasis cellulaire

Facturation :

- un seul acte peut être facturé que l'exérèse soit monobloc ou en fragments non différenciés par le préleveur, partielle ou totale, pour chaque structure anatomique

La pièce d'exérèse pour examen anatomopathologique à visée carcinologique inclut :

- les structures anatomiques ayant un rapport de continuité ou de contiguïté [organes de voisinage] quel qu'en soit le nombre
- les éventuelles recoupes
- les noeuds [ganglions] lymphatiques ou groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] satellites non différenciés par le préleveur

Par examen anatomopathologique à visée carcinologique, on entend : examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de lésion présumée cancéreuse ou précancéreuse

L'examen anatomopathologique à visée carcinologique, inclut : l'examen anatomopathologique de lésion cancéreuse de découverte fortuite lors de l'intervention ou de l'examen anatomopathologique

À l'exclusion de : examen anatomopathologique de lésion précancéreuse de découverte fortuite lors de l'examen anatomopathologique

Coder éventuellement :

- examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une autre structure anatomique différenciée par le préleveur
- examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] différenciés par le préleveur ou de pièce de curage lymphonodal [ganglionnaire]

AZQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de tumeur de l'encéphale, de la moelle épinière, ou des méninges	0	1					92,09	148	5
---------	--	---	---	--	--	--	--	-------	-----	---

01.01.15 Autres actes diagnostiques sur le système nerveux

AZQP001	Actimétrie de longue durée	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex		
		0	1			0,00	33	2		

01.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL INTRACRÂNIEN**01.02.01 Actes thérapeutiques sur le cerveau****01.02.01.01 Destruction de tissu cérébral**

AANB001	Destruction d'une cible intracérébrale à visée fonctionnelle, par voie stéréotaxique Pallidotomie, thalamotomie, cingulotomie, tractotomie pédonculaire, par stéréotaxie	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex		
		0	1	Y	J,K,T	695,53	102	1		
									2	
	Coder éventuellement 14 : (AAQP005, AGQP004, AGQP005, AGQP006) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A	265,91	261	1		

01.02.01.02 Section du tissu cérébral

AAPA900	Déconnexion d'une zone épileptogène, par craniotomie À l'exclusion de : transections subpiales multiples Avec ou sans : pose d'électrodes d'enregistrement électroencéphalographique Callosotomie fonctionnelle, par craniotomie	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex		
		0	1	Y		0,00	700	1		
		0	4	Y	A	0,00	210	1		
	Coder éventuellement 1 : (YYYY189)									

01.02.01.03 Exérèse de tissu cérébral

AAFA007	Excision d'une zone épileptogène, par craniotomie Avec ou sans : pose d'électrodes d'enregistrement électroencéphalographique	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex		
		0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	601,23	772	1		
		0	4	Y	A,F,P,S,U	360,12	222	1		
	Coder éventuellement 14 : (AAQP005, ACQP002, ZZHA001) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
AAFA004	Hémisphérectomie fonctionnelle, par craniotomie	0	1	Y	F,I,J,K,P,S,T,U	850,16	894	1		
	Coder éventuellement 14 : (AAQP005, ACQP002, ZZHA001) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,P,S,U	435,22	298	1		

AAFA005	Exérèse de lésion du corps calleux, du fornix hypothalamique ou du septum pellucide, par craniotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	676,39	473	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	379,85	213	1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, AGQC001, ZZHA001) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
AAFA002	Exérèse de tumeur intraparenchymateuse du cerveau, par craniotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	603,36	415	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	335,19	189	1
	Coder éventuellement 14 : (AAQP005, ACQP002, AGMA001, AGQP005, AGQP006, ZZHA001) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
AAFA006	Résection de parenchyme cérébral pour infarctus expansif, par craniotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	418,00	427	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	301,47	145	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
01.02.01.04 Évacuation de collection intracérébrale						
AAJH003	Évacuation de collection intracérébrale, par voie transcrânienne avec guidage radiologique	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	167,20	230	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	126,46	60	1
	À l'exclusion de : évacuation d'hématome intracérébral non traumatique, par voie transcrânienne avec guidage radiologique (AAJH004)					
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
AAJH001	Évacuation de collection intracérébrale, par voie transcrânienne avec guidage scanographique	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	167,20	298	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	126,46	60	1
	À l'exclusion de : évacuation d'hématome intracérébral non traumatique, par voie transcrânienne avec guidage scanographique (AAJH002)					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
AAJA001	Évacuation de collection intracérébrale, par craniotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	523,24	384	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	230,76	126	1
	À l'exclusion de : évacuation - de collection intracrânienne postopératoire, par reprise de la craniotomie précédente (AAJA005) - d'hématome intracérébral traumatique [contusion], par craniotomie (AAJA002) - d'hématome intracérébral non traumatique, par craniotomie (AAJA004)					
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
AAJA005	Évacuation de collection intracrânienne postopératoire, par reprise de la craniotomie précédente	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	250,99	280	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	97,51	93	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
AAJH004	Évacuation d'hématome intracérébral non traumatique, par voie transcrânienne avec guidage radiologique	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	250,80	209	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	231,55	104	1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
AAJH002	Évacuation d'hématome intracérébral non traumatique, par voie transcrânienne avec guidage scanographique	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	250,80	251	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	231,55	104	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
AAJA004	Évacuation d'hématome intracérébral non traumatique, par craniotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	283,60	308	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	286,84	104	1
	À l'exclusion de : évacuation de collection intracrânienne postopératoire, par reprise de la craniotomie précédente (AAJA005)					
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
AAJA002	Évacuation d'hématome intracérébral traumatique [contusion], par craniotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	305,58	350	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	275,90	132	1
	Avec ou sans : évacuation - d'hématome subdural - d'hématome extradural					
	Coder éventuellement 14 : (AGMA001, EAMA001, EAMA002) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
01.02.02 Actes thérapeutiques sur le cervelet et le tronc cérébral						
01.02.02.01 Exérèse de tissu du cervelet et du tronc cérébral						
AAFA001	Exérèse de tumeur intraparenchymateuse du cervelet, par craniotomie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	647,32	655	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	520,24	222	1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, EAMA001, EAMA002, ZZHA001) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
AAFA008	Résection de parenchyme cérébelleux pour infarctus expansif, par craniotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	418,00	458	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	378,45	158	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
AAFA003	Exérèse de lésion du tronc cérébral, par craniotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	947,93	762	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	498,98	246	1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGQP004, AGQP005, AGQP006, ZZHA001) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
01.02.02.02 Évacuation de collection intracérébelleuse						
AAJA003	Évacuation d'hématome intracérébelleux, par craniotomie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	418,00	421	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	357,92	172	1
	Avec ou sans : évacuation - d'hématome subdural - d'hématome extradural					
	Coder éventuellement 14 : (AGMA001, EAMA001, EAMA002) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
01.02.03 Autres actes thérapeutiques sur l'encéphale						
AAJA006	Parage de plaie craniocérébrale	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	433,91	406	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	241,45	194	1
	Coder éventuellement 14 : (EAMA001, EAMA002, PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
01.02.04 Actes thérapeutiques sur les méninges, les ventricules et le liquide cébrospinal [LCS] intracrâniens						
01.02.04.01 Évacuation du liquide cébrospinal [LCS] intracrânien						
ABJB002	Évacuation de liquide cébrospinal ou de collection intracrânienne, par voie transfontanelle	0 1	F,P,S,U	34,71	32	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
ABJB001	Évacuation de liquide cébrospinal ventriculaire avec injection à visée thérapeutique, par voie transcrânienne	0 1	9,F,J,K,O,P,S,T,U	102,10	96	1
		0 4	A,F,O,P,S,U	86,88	40	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
01.02.04.02 Injection dans le liquide cébrospinal [LCS] intracrânien						
ABLA001	Pose d'un cathéter intraventriculaire ou intrakystique cérébral par voie transcrânienne, avec pose d'un système diffuseur ou d'une pompe implantable souscutané	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U,X	156,69	230	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	120,96	73	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQC001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
ABGA003	Ablation d'un système diffuseur implanté et du cathéter intraventriculaire ou intrakystique cérébral	0 1 Y	9,F,I,P,S,U	65,23	65	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
ABLBO06	Séance d'administration intraventriculaire ou intrakystique cérébrale d'agent pharmacologique anticancéreux, par un dispositif implanté	0 1		0,00	30	1

01.02.04.03 Dérivation du liquide cérebrospinal [LCS] intracrânien

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ABCB001 Dérivation externe du liquide cérebrospinal ventriculaire ou subdural, par voie transcrânienne	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	145,35	107	1
Coder éventuellement 14 : (ACQP002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	99,34	73	1
ABCA003 Dérivation péritonéale d'une collection subdurale du liquide cérebrospinal crânien, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	261,62	201	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	140,64	96	1
ABCA002 Dérivation péritonéale ou atriale du liquide cérebrospinal ventriculaire, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	261,62	226	1
Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGQC001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	142,11	73	1
ABCA004 Dérivation péritonéale ou atriale de kyste intracrânien, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	268,00	204	1
Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGQC001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	135,88	65	1
ABCC001 Ventriculocisternostomie, ventriculocisternostomie, kystocisternostomie ou kystoventriculostomie, par vidéochirurgie intracrânienne	0	1	Y	9,J,K,O,T	366,55	298	1
Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	0	4	Y	A	166,30	106	1
Coder éventuellement 14 : (ACQP002) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
ABCA001 Ventriculocisternostomie, ventriculocisternostomie, kystocisternostomie ou kystoventriculostomie, par craniotomie	0	1	Y	9,J,K,T	421,86	439	1
Coder éventuellement 14 : (ACQP002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A	189,03	141	1
ABMA003 Révision ou changement d'élément d'une dérivation interne du liquide cérebrospinal, par craniotomie	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	262,33	300	1
Avec ou sans : révision ou changement d'élément extracrânien d'une dérivation interne du liquide cérebrospinal	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	104,50	73	1
Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGQC001) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)							

01.02.04.04 Fermeture de fistule de liquide cérebrospinal [LCS] et de méningocèle crâniens

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ABSA012 Fermeture d'une brèche ostéodurale ou d'une méningocèle de l'étage antérieur de la base du crâne, par endoscopie	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	418,00	399	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	229,90	108	1
ABSA010 Fermeture d'une brèche ostéodurale ou d'une méningocèle de l'étage antérieur de la base du crâne, par abord paralatéronasal	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	518,55	557	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	254,54	159	1
ABSA011 Fermeture d'une brèche ostéodurale ou d'une méningocèle de l'étage antérieur de la base du crâne, par abord nasosphénoïdal	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	455,84	427	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	229,90	147	1
ABSA005 Fermeture d'une brèche ostéodurale ou d'une méningocèle de l'étage antérieur de la base du crâne, par abord orbitaire	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	470,32	470	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,P,S,U	229,90	132	1
ABSA007 Fermeture d'une brèche ostéodurale ou d'une méningocèle de l'étage antérieur de la base du crâne, par craniotomie	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	517,57	529	1
À l'exclusion de : fermeture d'une brèche ostéodurale du sinus frontal, par abord coronal (ABSA003)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	267,01	162	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
ABSA003 Fermeture d'une brèche ostéodurale du sinus frontal, par abord coronal	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	501,58	529	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	229,90	182	1
ABSA001 Fermeture d'une brèche ostéodurale de l'étage moyen de la base du crâne, par craniotomie	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	419,02	473	1
À l'exclusion de : fermeture d'une brèche ostéodurale de l'étage moyen de la base du crâne, - par abord translabyrinthique (ABSA002) - par abord suprapétreux (ABSA006) - par abord mastoïdoattical (ABSA004)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	259,68	163	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
ABSA002 Fermeture d'une brèche ostéodurale de l'étage moyen de la base du crâne, par abord translabyrinthique	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	589,82	668	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	276,18	196	1
ABSA006 Fermeture d'une brèche ostéodurale de l'étage moyen de la base du crâne, par abord suprapétreux	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	589,82	668	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	276,18	196	1
ABSA004 Fermeture d'une brèche ostéodurale de l'étage moyen de la base du crâne, par abord mastoïdoattical	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	418,00	347	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	229,90	91	1
ABSA008 Fermeture d'une fistule postopératoire de liquide cérebrospinal de la base du crâne	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	418,00	384	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	229,90	137	1
ABSA009 Fermeture d'une fistule de liquide cérebrospinal ou d'une méningocèle postopératoire de la voûte crânienne, par craniotomie	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	418,00	279	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	229,90	107	1
ABFA007 Exérèse d'une fistule dermique avec prolongement intradural occipital	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	244,87	364	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,P,S,U	169,42	120	1

01.02.04.05 Exérèse et fermeture de méningoencéphalocèle

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ABFA003 Exérèse et/ou fermeture de méningoencéphalocèle de la voûte crânienne	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	282,29	284	1
Coder éventuellement 14 : (LAF A008, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,P,S,U	171,11	99	1
ABFA001 Exérèse et/ou fermeture de méningoencéphalocèle de la base du crâne, sans rapprochement orbitaire	0	1	Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	617,54	556	1
Coder éventuellement 14 : (LAF A008, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,P,S,U	225,72	188	1
ABFA004 Exérèse et/ou fermeture de méningoencéphalocèle de la base du crâne, avec rapprochement orbitaire	0	1	Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	891,92	746	1
Coder éventuellement 14 : (LAF A008, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,P,S,U	302,99	258	1

01.02.04.06 Évacuation de collection intracrânienne extraencéphalique

Avec ou sans : drainage

ABJA005	Évacuation d'un hématome extradural supratentorial, par craniotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	268	1
	Coder éventuellement 14 : (EAMA001, EAMA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	201,86	103	1
ABJA004	Évacuation d'un hématome extradural infratentorial, par craniotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	313,50	284	1
	Coder éventuellement 14 : (EAMA001, EAMA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	201,86	114	1
ABJA007	Évacuation d'un hématome extradural plurifocal supratentorial et/ou infratentorial, par craniotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	324,72	342	1
	Coder éventuellement 14 : (EAMA001, EAMA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	230,08	136	1
ABJA002	Évacuation d'un hématome subdural aigu, par craniotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	250,80	293	1
	Coder éventuellement 14 : (AGMA001, EAMA001, EAMA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	173,26	111	1
ABJA003	Évacuation d'un hématome subdural chronique unilatéral, par craniotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	194,27	174	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	138,49	84	1
ABJA006	Évacuation d'un hématome subdural chronique bilatéral, par craniotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	250,80	212	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	156,78	86	1
ABJA008	Évacuation d'un empyème intracrânien extracérébral, par craniotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	254,53	276	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	188,33	160	1
ABJC900	Évacuation d'une hémorragie intraventriculaire cérébrale non traumatique, par vidéochirurgie	0 1 Y	F,U	0,00	250	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001)	0 4 Y	A,F,U	0,00	129	1
ABJA001	Évacuation d'une hémorragie intraventriculaire cérébrale, par craniotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	259,96	372	1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGQC001) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	273,64	129	1

01.02.05 Exérèse de tumeur intracrânienne extraencéphalique

Comprend : exérèse de tumeur intracrânienne extraencéphalique d'origine

- nerveuse [neurinome]
- méningée [méningiome]
- osseuse

ACFA001	Exérèse de tumeur de l'étage antérieur de la base du crâne, par craniotomie frontale unilatérale	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	699,07	697	1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, LAFA008, PAFA010, YYYY188, ZZHA001, ZZQL010) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	341,39	193	1
ACFA015	Exérèse de tumeur de l'étage antérieur de la base du crâne, par craniotomie frontale bilatérale	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	787,70	779	1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, LAFA008, PAFA010, YYYY188, ZZHA001, ZZQL010) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	348,35	213	1
ACFA026	Exérèse de tumeur de l'étage antérieur de la base du crâne, par craniotomie frontale bilatérale et abord ethmoïdal	0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	991,89	968	1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, LAFA008, PAFA010, YYYY188, ZZHA001, ZZQL010) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	355,31	270	1
ACFA022	Exérèse de tumeur de la région optochiasmatique et/ou hypothalamique, par craniotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1046,48	885	1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGQC001, AGQP004, AGQP005, AGQP006, ZZHA001, ZZQL010) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	441,05	245	1
ACFA011	Exérèse de tumeur de l'étage moyen de la base du crâne, par craniotomie	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	706,16	690	1
	À l'exclusion de : exérèse de tumeur - du tiers interne de l'étage moyen de la base du crâne intéressant l'angle sphénoorbitaire, par craniotomie (ACFA013) - du clivus, par craniotomie (ACFA004) - de la région pétroclivale (ACFA016, ACFA025)	0 4 Y	A,F,P,S,U	352,74	259	1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, LAFA008, ZZHA001, ZZQL010) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
ACFA013	Exérèse de tumeur du tiers interne de l'étage moyen de la base du crâne intéressant l'angle sphénoorbitaire, par craniotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1177,65	902	1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, LAFA008, ZZHA001, ZZQL010) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	369,61	251	1
ACFA006	Exérèse de tumeur de la pointe du rocher sans déroutement du nerf facial, par abord transpétreux	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U,X	741,51	690	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP006, ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	245,02	209	1
ACFA029	Exérèse de tumeur de la pointe du rocher avec déroutement du nerf facial, par abord transpétreux	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	944,79	809	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP006, ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	258,58	243	1
ACFA003	Exérèse de tumeur de la pointe du rocher, par abord translabrynthique	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	715,05	809	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP006, ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	258,58	313	1
ACFA009	Exérèse de tumeur de la pointe du rocher, par abord suprapétreux	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	963,27	737	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP006, ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	250,15	222	1
ACFA016	Exérèse de tumeur de la région pétroclivale sans déroutement du nerf facial, par abord transpétreux	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1214,52	118	3
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	445,81	337	1
ACFA025	Exérèse de tumeur de la région pétroclivale avec déroutement du nerf facial, par abord transpétreux	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	1238,54	167	8
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	529,75	487	1
ACFA004	Exérèse de tumeur du clivus, par craniotomie	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	1159,22	115	6
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, AGQC001, ZZHA001, ZZQL010) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	431,15	328	1
ACFA020	Exérèse de tumeur du clivus, par abord transoral ou nasosphénoïdal	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	942,26	103	4
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, AGQC001, ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	396,69	290	1
ACFA012	Exérèse de tumeur de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne], par abord suprapétreux	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	940,50	744	1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, AGQP004, AGQP005, AGQP006, EAMA001, EAMA002, ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	454,55	263	1

ACFA007	Exérèse de tumeur de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne], par abord translabirynthique	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	1256,64	100 8
	Coder éventuellement 14 : (AGMA001, AGQP006, EAMA001, EAMA002, ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	395,17	413 1
ACFA005	Exérèse de tumeur de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne], par abord rétrolabyrinthique présigmoïdien	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	1228,92	104 1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, AGQP004, AGQP005, AGQP006, EAMA001, EAMA002, ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	471,78	293 1
ACFA010	Exérèse de tumeur de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne], par abord infraoccipital rétrosigmoïdien	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	1228,92	104 1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, AGQP004, AGQP005, AGQP006, ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	515,77	293 1
ACFA027	Exérèse de tumeur de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne], par abord transotique	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1370,60	105 9
	Coder éventuellement 14 : (AGQP006, ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	540,32	314 1
ACFA014	Exérèse de tumeur de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne], par deux abord	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	1205,14	117 3
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, AGQP006, ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	563,79	394 1
ACFA024	Exérèse de tumeur du foramen magnum sans déroutement de l'artère vertébrale, par craniotomie <i>Avec ou sans : laminectomie cervicale</i>	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	808,97	829 1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, ZZHA001, ZZQL010) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	383,90	229 1
ACFA019	Exérèse de tumeur du foramen magnum avec déroutement de l'artère vertébrale, par craniotomie <i>Avec ou sans : laminectomie cervicale</i>	0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	989,76	925 1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, ZZHA001, ZZQL010) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	418,00	258 1
ACFA023	Exérèse de tumeur du foramen jugulaire, par craniotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	1041,52	994 1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, ZZHA001, ZZQL010) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	443,29	279 1
ACFA002	Exérèse de tumeur extraparenchymateuse de la convexité du cerveau sans atteinte de sinus veineux dural, par craniotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	621,08	621 1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, ZZHA001, ZZQL010) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	376,94	191 1
ACFA028	Exérèse de tumeur extraparenchymateuse de la convexité du cerveau envahissant un sinus veineux dural, par craniotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	773,52	750 1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, ZZHA001, ZZQL010) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	386,84	227 1
ACFA008	Exérèse de tumeur extraparenchymateuse de la convexité du cervelet sans atteinte de sinus veineux dural, par craniotomie	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	571,45	614 1
	Coder éventuellement 14 : (AGMA001, ZZHA001, ZZQL010) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	395,61	196 1
ACFA018	Exérèse de tumeur extraparenchymateuse de la convexité du cervelet envahissant un sinus veineux dural, par craniotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	761,47	730 1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, ZZHA001, ZZQL010) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	445,10	228 1
ABFA010	Exérèse de tumeur de la faux du cerveau, par craniotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	725,31	693 1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, EAMA001, EAMA002, ZZHA001, ZZQL010) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	355,66	189 1
ABFA008	Exérèse de tumeur de la tente du cervelet, par craniotomie sous-tentorielle	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	792,66	773 1
	Coder éventuellement 14 : (AGMA001, EAMA001, EAMA002, ZZHA001, ZZQL010) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	385,37	273 1
ABFA009	Exérèse de tumeur de l'incisure de la tente, par craniotomie sustentorielle	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	1006,78	855 1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGQP004, AGQP005, AGQP006, ZZHA001, ZZQL010) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	375,80	236 1

01.02.06 Exérèse de lésion des ventricules encéphaliques

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ABFC002	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	627,00	465	1
	0	4	Y	A,F,P,S,U	337,33	154	1
ABFA005	0	1	Y	F,I,J,K,P,S,T,U	811,10	658	1
	0	4	Y	A,F,P,S,U	378,39	209	1
ABFC001	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	651,57	513	1
	0	4	Y	A,F,P,S,U	358,59	163	1
ABFA002	0	1	Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1000,40	762	1
	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	382,78	234	1
ABFA006	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U,X	884,83	670	1
	0	4	Y	A,F,P,S,U	435,21	227	1

01.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL SPINAL [RACHIDIEN]

Facturation : ne peuvent pas être facturés avec des actes du paragraphe 12.02.01 (Actes thérapeutiques sur les vertèbres)

01.03.01 Actes thérapeutiques sur la moelle épinière et la portion intrarachidienne des nerfs spinaux [rachidiens]

01.03.01.01 Destruction de tissu spinal [médullaire]

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AENA001	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	550,59	644	1
	0	4	Y	A,F,P,S,U	208,82	213	1
	<i>Drézotomie</i>						
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

01.03.01.02 Section et libération de la moelle épinière et des racines nerveuses

Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
----	---	----	--------------	-------	-----	----

AEPB001	Cordotomie spinale, par voie transcutanée	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	366,07	336	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	152,39	101	1
AEPA002	Myélotomie, commissurotomie ou cordotomie spinale, par abord postérieur	0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	521,82	431	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	171,82	135	1
AHPA025	Radicotomie spinale, par abord postérieur	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	386,41	378	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	160,83	116	1
AEPA001	Libération de moelle attachée, par abord postérieur	0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	541,68	479	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	181,71	153	1

01.03.01.03 Exérèse de tissu de la moelle épinière et des racines nerveuses

Par étage de la colonne vertébrale, on entend : hauteur occupée par deux vertèbres adjacentes, et le disque intervertébral et les formations capsuloligamentaires intermédiaires.

AEFA001	Exérèse de lésion de la moelle épinière sur un étage vertébral, par abord postérieur	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	733,11	591	1
	Coder éventuellement 14 : (AGMA001, AGQP005, AGQP006, ZZHA001) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	287,50	244	1
AEFA002	Exérèse de lésion de la moelle épinière sur plusieurs étages vertébraux, par abord postérieur	0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	1046,4	106	1
	Coder éventuellement 14 : (AGMA001, AGQP004, AGQP005, AGQP006, ZZHA001) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	397,06	461	1
AEFA003	Exérèse de lésion du cône médullaire, par abord postérieur	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	737,36	630	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, ZZHA001) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	287,50	207	1
AHFA007	Exérèse de lésion de la queue de cheval sur un étage vertébral, par abord postérieur	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	704,04	507	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	243,60	209	1
AHFA003	Exérèse de lésion de la queue de cheval étendue sur plusieurs étages vertébraux [lésion géante de la queue de cheval], par abord postérieur	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	836,00	692	1
	Coder éventuellement 14 : (AGMA001, ZZHA001) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	329,28	231	1
AHFA012	Exérèse de lipome de la queue de cheval avec fermeture de méningocèle ou de myéломéningocèle, par abord postérieur	0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	813,93	669	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	324,15	283	1

01.03.01.04 Parage et fermeture de plaie pénétrante vertébrospinale [du rachis et de la moelle épinière], [vertébro-médullaire]

AEJA004	Parage et fermeture de plaie pénétrante vertébrospinale, par abord postérieur	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	395,62	423	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	211,41	152	1
AEJA001	Parage et fermeture de plaie pénétrante vertébrospinale, par abord antérieur ou antérolatéral	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	476,45	490	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	238,53	176	1
AEJA005	Parage et fermeture de plaie pénétrante vertébrospinale avec ostéosynthèse vertébrale, par abord postérieur	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	428,99	560	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	283,95	201	1
AEJA002	Parage et fermeture de plaie pénétrante vertébrospinale avec ostéosynthèse vertébrale, par abord antérieur ou antérolatéral	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	494,67	616	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	306,31	221	1

01.03.01.05 Correction des malformations congénitales de la moelle épinière

AFFA002	Fermeture d'un spina bifida avec méningocèle, par abord postérieur	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	313,50	308	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	188,10	127	1
AFFA001	Fermeture d'un spina bifida avec myéломéningocèle, par abord postérieur	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	359,48	392	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	215,46	131	1
AEPA004	Libération d'une diastématomyélie, par abord postérieur	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	458,58	504	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP005, AGQP006) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	226,90	171	1
AFFA006	Exérèse d'une fistule dermique avec prolongement intradural rachidien	0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U,X	270,84	364	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	141,88	120	1

01.03.01.06 Autres actes thérapeutiques sur la moelle épinière

AEJA003	Évacuation d'hématome intraspinal [hématomyélie]	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	453,05	451	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	183,53	162	1

01.03.02 Actes thérapeutiques sur les méninges, les ventricules et le liquide cébrospinal [LCS] spinaux

01.03.02.01 Pose de cathéter d'accès aux espaces méningés spinaux

AFLB008	Pose d'un cathéter péri-dural [épidural], avec pose d'un système diffuseur ou d'une pompe implantable souscutané	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	9,F,P,S,U	183,63	265	1
AFLA003	Pose d'un cathéter intrathécal ou intrakystique spinal, avec pose d'un système diffuseur ou d'une pompe implantable souscutané	0 1 Y	9,F,O,P,S,U	184,34	168	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
AFGA001	Ablation d'un système diffuseur ou d'une pompe implanté souscutané et du cathéter péri-dural [épidural] ou intrathécal spinal	0 1 Y	9,F,I,P,S,U	65,23	71	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
AFKB002	Changement d'un cathéter péri-dural [épidural] relié à un système diffuseur ou à une pompe implanté souscutané	0 1 Y	F,P,S,U	104,50	144	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
AFKB001	Changement d'un cathéter intrathécal spinal relié à un système diffuseur ou une pompe implanté souscutané	0 1 Y	F,P,S,U	125,40	141	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					

QZKA001	Changement d'un système diffuseur ou d'une pompe implanté sous-cutané sans changement du cathéter péridural [épidural] ou intrathécal spinal	0 1 Y	9,F,P,S,U	82,95	188	1
---------	---	-------	-----------	-------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

01.03.02.02 Injection épidurale et intrathécale spinale

À l'exclusion de :

- anesthésie peropératoire
- analgésie postopératoire

L'administration d'agent pharmacologique au long cours inclut la pose du cathéter d'accès au site d'injection avec ou sans tunnellisation, sans pose de système diffuseur ni de pompe à infusion continue sous-cutané.

AFLB007	Injection thérapeutique péridurale [épidurale] d'agent pharmacologique, sans guidage	0 1 Y	F,P,S,U	44,90	28	1
<i>Injection péridurale par le hiatus sacral</i>						
AFLB001	Injection péridurale [épidurale] de sang autologue [Blood patch]	0 1	F,I,P,S,U,X	50,56	52	1
AFLH001	Injection thérapeutique péridurale [épidurale] d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0 1 Y	F,P,S,U,X	68,26	147	1
<i>Injection péridurale de substances neurolytiques</i>						
AFLB006	Injection thérapeutique intrathécale d'agent pharmacologique, par voie transcutanée sans guidage	0 1 Y	F,I,P,S,U	35,39	23	1
À l'exclusion de :						
- rachianesthésie						
- séance d'injection intrathécale d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie transcutanée (AFLB003)						
AFLH002	Injection thérapeutique intrathécale d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0 1 Y	F,P,S,U,X	47,40	75	1
<i>Injection intrathécale de substances neurolytiques</i>						
AFLB003	Séance d'injection intrathécale d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie transcutanée	0 1		0,00	43	1
<i>Avec ou sans : pose de cathéter intrathécal</i>						
AFLB013	Séance d'administration intrathécale d'agent pharmacologique anticancéreux, par un dispositif implanté	0 1		0,00	20	1
AFLB017	Administration péridurale [épidurale] d'agent pharmacologique au long cours	0 1	9,F,P,S,U	106,81	20	1
<i>Indications : douleurs rebelles en dehors de toute intervention</i>						
<i>Facturation : facturation une seule fois pour une période maximale de 5 jours</i>						
AFLB016	Administration intrathécale ou intrakystique spinale d'agent pharmacologique au long cours	0 1	9,F,P,S,U	106,81	41	1
<i>Indications : douleurs rebelles en dehors de toute intervention</i>						
<i>Facturation : facturation une seule fois pour une période maximale de 5 jours</i>						
QZMP004	Remplissage secondaire ou reprogrammation d'une pompe sous-cutanée à infusion continue du système nerveux central	0 1	F,I,O,P,S,U	28,44	30	1

01.03.02.03 Évacuation de collection des méninges spinales

Avec ou sans : drainage

AFJB002	Évacuation de liquide cérébrospinal, par voie transcutanée lombale	0 1	F,I,P,S,U,X	52,70	16	1
<i>Ponction lombaire évacuatrice</i>						
AFJA001	Évacuation d'hématome péridural [épidural] rachidien, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	314,09	342	1
À l'exclusion de : évacuation d'hématome péridural [épidural] rachidien postopératoire, par abord direct (AFJA004)						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
AFJA004	Évacuation d'hématome péridural [épidural] rachidien postopératoire, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	210	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
AFJA003	Évacuation d'hématome intradural rachidien, par abord direct	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	361,59	401	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
AFPA001	Mise à plat de lésion infectieuse péridurale rachidienne et/ou paravertébrale postopératoire [sepsis], par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	250,80	223	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
0 4 Y 7,A,F,O,P,S,U 149,44 99 1						

01.03.02.04 Dérivation du liquide cérébrospinal [LCS] rachidien

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
AFCA004	Dérivation externe du liquide cérébrospinal subarachnoïdien rachidien	0 1 Y			F,I,J,K,O,P,S,T,U	116,99	54	1	
AFCA002	Dérivation lombopéritonéale du liquide cérébrospinal subarachnoïdien rachidien, par abord direct	0 1 Y			F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	248,86	188	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							89,44	65	1
AFCA001	Dérivation d'une cavité liquidiennne intraspinale [syringomyélique] ou périspinale dans l'espace subarachnoïdien rachidien, par abord direct	0 1 Y			F,I,J,K,O,P,S,T,U	470,78	398	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							177,30	124	1
AFCA003	Dérivation d'une cavité liquidiennne intraspinale [syringomyélique] ou périspinale en dehors de l'espace subarachnoïdien rachidien, par abord direct	0 1 Y			9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	523,24	451	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							186,83	143	1
AFGA002	Ablation d'une dérivation interne intraspinale du liquide cérébrospinal rachidien, par abord direct	0 1 Y			F,I,P,S,U,X	126,20	119	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							67,08	39	1

01.03.02.05 Autres actes thérapeutiques sur les méninges et le liquide cérébrospinal [LCS] rachidiens

Avec ou sans : drainage

AFJA002	Parage d'une épidurite et/ou d'une spondylodiscite sans reconstruction vertébrale, par abord direct	0 1 Y			F,I,J,K,P,S,T,U	348,12	311	1	
À l'exclusion de : mise à plat de lésion infectieuse péridurale rachidienne et/ou paravertébrale postopératoire [sepsis], par abord direct (AFPA001)									
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							159,36	114	1
AFJA005	Parage d'une épidurite et/ou d'une spondylodiscite avec reconstruction vertébrale par greffe et/ou ostéosynthèse, par abord direct	0 1 Y			9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	516,86	471	1	
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							205,51	217	1
AFFA004	Exérèse de kyste méningé intracanalair vertébral, par abord postérieur	0 1 Y			F,J,K,P,S,T,U	376,20	334	1	
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							172,86	109	1
AFSA003	Fermeture d'une fistule de liquide cérébrospinal ou d'une méningocèle postopératoire spinale	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U	258,79	248	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							131,13	96	1

01.03.03 Exérèse de tumeur extraspinale [extramédullaire] du canal vertébral

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AFFA007 Exérèse de tumeur intradurale extraspinale, par abord postérieur ou postérolatéral	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	635,26	562	1
Coder éventuellement 14 : (AGMA001, AGQP004, AGQP005, AGQP006, ZZHA001, ZZQL010) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	207,32	181	1
AFFA001 Exérèse de tumeur intradurale extraspinale sans reconstruction vertébrale, par abord antérieur ou antérolatéral	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U,X	705,46	701	1
Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, ZZHA001, ZZQL010) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	230,77	226	1
AFFA009 Exérèse de tumeur intradurale extraspinale avec reconstruction vertébrale, par abord antérieur ou antérolatéral	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	806,84	781	1
Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010, YYYY188, ZZHA001, ZZQL010) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	267,37	253	1
AFFA010 Exérèse de tumeur épidurale rachidienne, par abord postérieur	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	417,60	378	1
<i>Avec ou sans : exérèse de lésion osseuse vertébrale</i>	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	210,98	162	1
Coder éventuellement 14 : (AGQP005, AGQP006, YYYY188, ZZHA001) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
AFFA005 Exérèse de tumeur épidurale rachidienne avec ostéosynthèse vertébrale, par abord postérieur	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	504,10	515	1
<i>Avec ou sans : exérèse de lésion osseuse vertébrale</i>	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	238,05	230	1
Coder éventuellement 14 : (AGQP005, AGQP006, YYYY188, ZZHA001) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
AFFA003 Exérèse de tumeur en sablier extracanalair et intracanalair vertébrale sans reconstruction vertébrale, par abord postérieur ou postérolatéral	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	657,95	684	1
Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, ZZHA001) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	229,90	184	1
AFFA008 Exérèse de tumeur en sablier extracanalair et intracanalair vertébrale sans reconstruction vertébrale, par abord antérieur ou antérolatéral	0	1	Y	F,I,J,K,P,S,T,U	742,32	750	1
Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, ZZHA001) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	229,90	205	1
AFFA002 Exérèse de tumeur en sablier extracanalair et intracanalair vertébrale avec reconstruction vertébrale, par abord postérieur ou postérolatéral	0	1	Y	9,F,J,K,P,S,T,U	752,25	816	1
Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010, YYYY188, ZZHA001) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	292,60	225	1
AFFA011 Exérèse de tumeur en sablier extracanalair et intracanalair vertébrale avec reconstruction vertébrale, par abord antérieur ou antérolatéral	0	1	Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	871,36	842	1
Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010, YYYY188, ZZHA001) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	235,49	233	1

01.03.04 Autres actes thérapeutiques sur le système nerveux central et le liquide cébrospinal

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ABMP001 Contrôle et/ou réglage secondaire transcutané d'une valve de dérivation de liquide cébrospinal à pression d'ouverture réglable	0	1			0,00	11	1
ABMA002 Révision ou changement d'élément d'une dérivation interne du liquide cébrospinal, par abord direct	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	255,24	200	1
<i>À l'exclusion de : révision ou changement d'élément d'une dérivation interne du liquide cébrospinal, par craniotomie (ABMA003)</i>	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	79,54	40	1
Coder éventuellement 14 : (AGQC001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
ABGA002 Ablation d'une dérivation interne du liquide cébrospinal intracrânien, par abord direct	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	91,46	98	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	64,15	31	1

01.04 STIMULATION DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL**01.04.01 Implantation d'électrode ou de générateur de stimulation du système nerveux central**

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AALB001 Implantation d'électrode de stimulation intracérébrale à visée thérapeutique, par voie stéréotaxique	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	916,03	107	1
<i>Indication : maladie de Parkinson; tremblement invalidant sévère; dystonie primaire chronique généralisée pharmaco résistante chez des patients âgés de 7 ans ou plus</i>	0	4	Y	A,F,P,S,U	272,87	279	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>							
<i>Environnement : spécifique</i>							
Coder éventuellement 14 : (ACQP002) - 1 : (YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
AALA900 Implantation d'électrode de stimulation corticale cérébrale à visée thérapeutique, par craniotomie	0	1	Y		0,00	717	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY146, YYYY189)	0	4	Y	A	0,00	175	1
AELB002 Implantation d'électrode de stimulation de la moelle épinière à visée thérapeutique, par voie transcutanée	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	168,74	174	1
<i>Indication : douleurs neuropathiques</i>							
<i>Formation : compétences neurochirurgicales et équipe pluridisciplinaire</i>							
<i>Environnement : spécifique</i>							
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>							
Coder éventuellement 1 : (YYYY146, ZZLP025)							
AELB001 Implantation d'électrode de stimulation de la moelle épinière à visée thérapeutique par voie transcutanée, avec implantation souscutanée d'un générateur de stimulation neurologique	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	167,20	228	1
<i>Indication : douleurs neuropathiques</i>	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	104,50	200	1
<i>Formation : compétences neurochirurgicales et équipe pluridisciplinaire</i>							
<i>Environnement : spécifique</i>							
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>							
Coder éventuellement 1 : (YYYY146) - 4 : (YYYY041)							
AELA001 Implantation d'électrode de stimulation de la moelle épinière à visée thérapeutique, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	265,17	269	1
<i>Indication : douleurs neuropathiques</i>	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	149,09	103	1
<i>Formation : compétences neurochirurgicales et équipe pluridisciplinaire</i>							
<i>Environnement : spécifique</i>							
Coder éventuellement 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)							

AALA004 Implantation souscutanée d'un générateur de stimulation cérébrale	0	1	Y	F,P,S,U	104,50	120	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé dans le cadre de la stimulation corticale cérébrale</i>							
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

AELA002 Implantation souscutanée d'un générateur de stimulation de la moelle épinière	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	104,50	100	1
<i>Indication : douleurs neuropathiques</i>							
<i>Formation : compétences neurochirurgicales et équipe pluridisciplinaire</i>							
<i>Environnement : spécifique</i>							
Coder éventuellement 4 : (YYYY041)							

01.04.02 Réglage et reprogrammation d'un système de stimulation du système nerveux central

Par paramètre de stimulation cérébrale profonde on entend : la fréquence, l'intensité ou la durée d'impulsion

AAMP387 Réglage secondaire d'un paramètre de système de stimulation cérébrale profonde	0	1			60,48	14	1
<i>Indication :</i>							
- maladie de Parkinson							
- tremblements invalidants sévères							
- dystonie primaire chronique généralisée pharmacorésistante, chez des patients âgés de 7 ans ou plus							
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>							

AAMP173 Réglage secondaire de plusieurs paramètres de système de stimulation cérébrale profonde	0	1			102,81	29	1
<i>Avec ou sans : activation de plot</i>							
<i>Indication :</i>							
- maladie de Parkinson							
- tremblements invalidants sévères							
- dystonie primaire chronique généralisée pharmacorésistante, chez des patients âgés de 7 ans ou plus							
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>							
<i>Environnement : spécifique</i>							
<i>Forfait : liste SE3</i>							

AAMP003 Réglage secondaire des paramètres de chaque plot de système de stimulation cérébrale profonde [cartographie]	0	1			0,00	97	1
<i>Indication :</i>							
- maladie de Parkinson							
- tremblements invalidants sévères							
- dystonie primaire chronique généralisée pharmacorésistante, chez des patients âgés de 7 ans ou plus							
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>							
<i>Environnement : spécifique</i>							

AEMP491 Réglage secondaire ou reprogrammation d'un générateur souscutané de stimulation de la moelle épinière	0	1			0,00	13	1
<i>Indication : douleurs neuropathiques</i>							
<i>Formation : compétences neurochirurgicales et équipe pluridisciplinaire</i>							

01.04.03 Ablation ou changement d'électrode ou de générateur de stimulation du système nerveux central

AAGB001 Ablation d'électrode intracérébrale	0	1		F,I,P,S,U,X	131,17	38	1
--	---	---	--	-------------	--------	----	---

AAGA900 Ablation d'électrode corticale cérébrale, par craniotomie	0	1	Y	F,U	0,00	187	1
	0	4	Y	A,F,U	0,00	94	1

AEGB001 Ablation d'électrode de stimulation de la moelle épinière, par voie transcutanée	0	1		F,I,O,P,S,U	63,10	13	1
---	---	---	--	-------------	-------	----	---

AEGA001 Ablation d'électrode de stimulation de la moelle épinière, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	182,92	182	1
	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	112,90	77	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

AZGA001 Ablation d'un générateur souscutané de stimulation du système nerveux central	0	1	Y	9,F,O,P,S,U	49,63	50	1
<i>Avec ou sans : ablation d'électrodes spinales</i>							
<i>Facturation : ne peut pas être facturé dans le cadre de la stimulation corticale cérébrale</i>							
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

AAKA001 Changement d'un générateur souscutané de stimulation cérébrale	0	1	Y	F,P,S,U	104,50	95	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé dans le cadre de la stimulation corticale cérébrale</i>							
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

AEKA001 Changement d'un générateur souscutané de stimulation de la moelle épinière	0	1	Y	F,P,S,U	104,50	85	1
	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	104,50	110	1

Coder éventuellement 4 : (YYYY041)

AZMP002 Réglage secondaire ou reprogrammation transcutané d'un générateur souscutané de stimulation du système nerveux central	0	±			0,00	13	±
<i>Indication : douleurs neuropathiques</i>							
<i>Formation : compétences neurochirurgicales et équipe pluridisciplinaire</i>							
<i>Environnement : spécifique</i>							

01.05 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES NERFS CRÂNIENS ET LES NERFS SPINAUX

01.05.01 Actes thérapeutiques sur les nerfs crâniens

01.05.01.01 Actes thérapeutiques sur le nerf optique [II]

ADPA020 Décompression du nerf optique, par abord orbitaire	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	227,59	174	1
	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	86,43	72	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

ADPA001 Décompression du nerf optique, par craniotomie	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	522,50	250	1
	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	271,70	100	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

ADPA023 Décompression du nerf optique, par abord transsinusien [transethmoïdal]	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	468,72	200	1
	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	229,90	124	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

01.05.01.02 Actes thérapeutiques sur le nerf trijumeau [V] et ses branches

ADLB001 Infiltration thérapeutique de branche terminale du nerf trijumeau	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	0	1	Y	F,P,S,U,X	35,45	14	1

ADNB001	Destruction sélective de branche terminale du nerf trijumeau, par voie transcutanée ou transmuqueuse sans guidage <i>Destruction du nerf alvéolaire inférieur, sans guidage</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	F,P,S,U,X	34,03	29	1
ADNH002	Destruction sélective de branche terminale du nerf trijumeau, par voie transcutanée avec guidage radiologique <i>Thermocoagulation, microcompression, alcoolisation du nerf trijumeau, par voie transcutanée avec guidage radiologique</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP042)	0 1	F,J,K,P,S,T,U	209,00	159	1
ADPA016	Décompression du nerf infraorbitaire, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	113,44 61,22	161 44	1 1
ADPA004	Décompression du nerf alvéolaire inférieur [dentaire inférieur], par abord intrabuccal Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	134,00 65,98	167 57	1 1
ADCA004	Déroutement du nerf alvéolaire inférieur [dentaire inférieur], par abord intrabuccal <i>Indication :</i> <i>- douleur chez la personne édentée</i> <i>- chirurgie orthognatique, agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare chez l'adulte</i> <i>- traitement implanta prothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	104,50 58,28	103 57	1 1
ADPA003	Section d'une branche extracrânienne du nerf trijumeau, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	83,60 56,08	69 28	1 1
01.05.01.03 Actes thérapeutiques sur le nerf facial [VII]						
ADCA002	Suture de plaie du nerf facial extrapétreux <i>À l'exclusion de : au cours d'une parotidectomie totale (HCFA010)</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,T,U	343,42 115,08	319 129	1 1
ADEA001	Autogreffe du nerf facial, par abord transmastoiïdien Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	481,23 172,15	487 200	1 1
ADEA004	Autogreffe du nerf facial, par abord suprapétreux et/ou par abord rétrosgmoïdien Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	654,51 175,44	583 240	1 1
ADEA003	Autogreffe du nerf facial avec déroutement, par abord translabyrinthique Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U,X 7,A,F,P,S,U	990,99 176,17	588 243	1 1
ADEA002	Autogreffe du nerf facial extrapétreux <i>À l'exclusion de : au cours d'une parotidectomie totale (HCFA010)</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,T,U	349,93 155,89	355 144	1 1
ADPA008	Décompression du nerf facial, par abord transmastoiïdien Coder éventuellement 14 : (AGQP005, AGQP006) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	410,41 155,89	372 152	1 1
ADPA011	Décompression du nerf facial, par abord suprapétreux Coder éventuellement 14 : (AGQP005, AGQP006) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U,X 7,A,F,P,S,U	773,08 229,90	439 179	1 1
ADPA021	Décompression du nerf facial, par abord transmastoiïdien et par abord suprapétreux Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	702,55 229,90	552 227	1 1
ADCA001	Déroutement et suture du nerf facial, par abord transmastoiïdien Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	440,58 176,17	516 213	1 1
ADCA003	Déroutement et suture du nerf facial, par abord suprapétreux Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	672,66 207,28	552 227	1 1
ADCA007	Déroutement et suture du nerf facial, par abord translabyrinthique Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	707,49 207,28	552 227	1 1
ADPA015	Section du nerf du canal ptérygoïdien [Neurotomie vidienne] Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	121,76 59,74	108 40	1 1
ADPA009	Section des nerfs pétreux, par abord suprapétreux Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	347,73 108,87	372 152	1 1
ADFA004	Exérèse de lésion du nerf facial intrapétreux avec réparation immédiate Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	746,79 207,28	588 243	1 1
ADFA003	Exérèse de lésion du nerf facial extrapétreux sans réparation immédiate Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	257,66 107,02	276 152	1 1
ADFA006	Exérèse de lésion du nerf facial extrapétreux avec réparation immédiate Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	443,27 155,89	408 207	1 1
01.05.01.04 Actes thérapeutiques sur le nerf vestibulocochléaire [VIII]						
ADPA007	Neurotomie vestibulaire, par abord suprapétreux Coder éventuellement 14 : (AGQP005, AGQP006) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	614,60 283,05	410 209	1 1
ADPA005	Neurotomie vestibulaire, par abord translabyrinthique Coder éventuellement 14 : (AGQP005, AGQP006) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	634,69 292,43	461 230	1 1
ADPA010	Neurotomie vestibulaire, par abord rétrolabyrinthique Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X 7,A,F,P,S,U	909,37 298,07	492 243	1 1
ADPA017	Section du nerf tympanique [de Jacobson] dans le cavum tympanique Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	92,72 61,58	120 45	1 1
ADPA012	Section du nerf ampullaire postérieur Coder éventuellement 14 : (AGQP006) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	202,59 69,65	170 67	1 1
01.05.01.05 Actes thérapeutiques sur le nerf vague [X]						
Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex						

ADPC004	Vagotomie tronculaire, par thoracoscopie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	313,50	324	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	206,57	91	1
ADPA014	Vagotomie tronculaire, par thoracotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	313,50	331	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	226,73	122	1
ADPC001	Vagotomie tronculaire, par coelioscopie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	403,28	334	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	252,18	120	1
ADPA022	Vagotomie tronculaire, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	374,48	320	1
	Avec ou sans : pyloroplastie ou duodénoplastie	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	228,18	105	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
ADPA018	Vagotomie tronculaire avec gastrojéjunostomie, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	374,48	340	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	228,18	114	1
ADPA024	Vagotomie tronculaire avec antrectomie gastrique, par laparotomie	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	423,98	417	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	228,18	140	1
ADPC003	Vagotomie tronculaire postérieure avec séromyotomie oesogastrique antérieure, par coelioscopie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	404,18	457	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	252,18	176	1
ADPA002	Vagotomie tronculaire postérieure avec séromyotomie oesogastrique antérieure, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	374,48	367	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	228,18	127	1
ADPC002	Vagotomie suprasélective, par coelioscopie	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	448,09	553	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	269,77	216	1
ADPA019	Vagotomie suprasélective, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	393,50	394	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	228,18	130	1
ADLA001	Implantation d'un stimulateur du nerf vague, par abord direct	0 1 Y	J,K,T	226,88	196	1
	Indication : traitement de deuxième intention de l'enfant ou de l'adulte atteint d'épilepsie avérée, invalidante et pharmacorésistante, pour laquelle l'indication d'un traitement chirurgical intracrânien n'a pas été retenue	0 4 Y	A	128,93	103	1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale					
	Environnement : équipe multidisciplinaire					
	Recueil prospectif de données : nécessaire					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
ADKA001	Changement d'un générateur de stimulation du nerf vague, par abord direct	0 1 Y		63,81	95	1
	Avec ou sans : changement d'électrode					
	Indication : traitement de deuxième intention de l'enfant ou de l'adulte atteint d'épilepsie avérée, invalidante et pharmacorésistante, pour laquelle l'indication d'un traitement chirurgical intracrânien n'a pas été retenue					
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale					
	Environnement : équipe multidisciplinaire					
	Recueil prospectif de données : nécessaire					
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP008)					
ADGA001	Ablation d'un générateur de stimulation du nerf vague, par abord direct	0 1 Y		56,72	50	1
	Avec ou sans : ablation d'électrode					
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP042)					
	01.05.01.06 Actes thérapeutiques sur les autres nerfs crâniens	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ADNH001	Destruction sélective du nerf glossopharyngien, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0 1	F,J,K,P,S,T,U	209,00	130	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP042)					
	01.05.01.07 Autres actes thérapeutiques sur les nerfs crâniens	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ADCA006	Suture de plaie d'un nerf crânien, par craniotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	497,70	637	1
	À l'exclusion de : suture du nerf facial intrapétreux (cf 01.05.01.03)	0 4 Y	A,F,P,S,U	263,56	227	1
	Indication : acte de sauvetage en cas de lésion d'un nerf par section lors de l'exérèse d'une tumeur intracrânienne					
	Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
ACPA001	Libération d'un conflit vasculonerveux intracrânien, par craniotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	596,27	476	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP005, AGQP006) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	231,81	179	1
ADEA005	Autogreffe de nerf crânien, par craniotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	573,36	685	1
	À l'exclusion de : autogreffe du nerf facial intrapétreux (cf 01.05.01.03)	0 4 Y	A,F,P,S,U	275,11	247	1
	Indication : acte de sauvetage en cas de lésion d'un nerf par section avec perte de substance (nécessité d'une greffe) lors de l'exérèse d'une tumeur intracrânienne					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
ADPC900	Section de nerf crânien, par vidéochirurgie intracrânienne	0 1 Y		0,00	380	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y	A	0,00	180	1
ADPA013	Section de nerf crânien, par abord infraoccipital rétrosigmoidien	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	570,75	538	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	177,34	165	1
ADCA005	Anastomose extracrânienne entre deux nerfs crâniens	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	374,48	345	1
	Anastomose hypoglossofaciale ou spinofaciale	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	186,38	141	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
ADFA005	Exérèse de lésion extracrânienne d'un nerf crânien sans réparation immédiate	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	248,15	390	1
	À l'exclusion de : exérèse	0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	105,54	146	1
	- de paragangliome du nerf vague (KFFA001)					
	- de lésion du nerf facial extrapétreux sans réparation immédiate (ADFA003)					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
ADFA002	Exérèse de lésion extracrânienne d'un nerf crânien avec réparation immédiate par autogreffe	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	420,55	562	1
	À l'exclusion de : exérèse de lésion du nerf facial extrapétreux avec réparation immédiate (ADFA006)	0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	184,69	202	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
KFFA001	Exérèse de tumeur parapharyngienne, par cervicotomie	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	512,61	475	1
	À l'exclusion de : parotidectomie totale avec exérèse du prolongement [processus] parapharyngien, par abord cervicofacial (HCFA005)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	111,78	172	1
	Exérèse de paragangliome du nerf vague					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

01.05.02 Actes thérapeutiques sur les nerfs du cou**01.05.02.01 Infiltration thérapeutique et destruction de nerf du cou par voie transcutanée**

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AHLB003 Infiltration thérapeutique unilatérale ou bilatérale du nerf grand occipital [grand nerf occipital d'Arnold]	0	1	Y	X	34,13	13	1
AHNB002 Destruction sélective unilatérale ou bilatérale du nerf grand occipital [grand nerf occipital d'Arnold], par voie transcutanée	0	1			83,60	20	1

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

01.05.02.02 Exérèse de tumeur nerveuse du cou

À l'exclusion de : exérèse de tumeur de nerf crânien

AHFA002 Exérèse de tumeur nerveuse cervicale superficielle, par cervicotomie	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	197,69	169	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	88,09	61	1
AHFA010 Exérèse de tumeur nerveuse cervicale profonde, par cervicotomie	0	1	Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	572,87	483	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	117,27	152	1
AHFA011 Exérèse de tumeur nerveuse cervicale profonde, par cervicotomie et par thoracotomie	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	444,08	719	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,P,S,U	226,87	201	1

01.05.02.03 Réparation de plaie de nerf du cou

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AHCA007 Suture de plaie d'un nerf cervicofacial, par abord direct	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	179,38	273	1
À l'exclusion de : suture de plaie du nerf facial extrapétreux (ADCA002)	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	101,88	91	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
AHEA012 Autogreffe d'un nerf cervicofacial, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	281,29	406	1
À l'exclusion de : autogreffe du nerf facial extrapétreux (ADEA002)	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	155,89	136	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

01.05.03 Actes thérapeutiques sur le plexus brachial**01.05.03.01 Infiltration thérapeutique et bloc anesthésique du plexus brachial**

À l'exclusion de : analgésie postopératoire

L'infiltration thérapeutique du plexus brachial inclut la stimulodétection électrique.

Le bloc anesthésique continu du plexus brachial inclut la stimulodétection électrique.

AHLB016 Infiltration thérapeutique du plexus brachial	0	1	Y	F,P,S,U	57,60	48	1
Forfait : liste SE3							
AHLB001 Bloc anesthésique continu du plexus brachial	0	1		F,P,S,U	83,60	64	1
Indications : douleurs rebelles en dehors de toute intervention							
Facturation : facturation une seule fois pour une période maximale de 5 jours							

01.05.03.02 Suture, autogreffe et neurotisation du plexus brachial

Avec ou sans : libération de nerf

AHCA001 Suture, autogreffe non pédiculée et/ou neurotisation du plexus brachial, par abord supraclaviculaire	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	737,77	735	1
Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,T,U	276,93	250	1
Environnement : spécifique. Décision opératoire et prise en charge du patient obligatoirement multidisciplinaire. Nécessité de disposer d'une unité d'électrophysiologie pour contrôle électrophysiologique préopératoire et peropératoire.							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
AHCA022 Suture, autogreffe non pédiculée et/ou neurotisation du plexus brachial, par abord infraclaviculaire	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	737,77	794	1
Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,T,U	276,93	271	1
Environnement : spécifique. Décision opératoire et prise en charge du patient obligatoirement multidisciplinaire. Nécessité de disposer d'une unité d'électrophysiologie pour contrôle électrophysiologique préopératoire et peropératoire.							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
AHCA020 Suture, autogreffe non pédiculée et/ou neurotisation du plexus brachial, par abord supraclaviculaire et par abord infraclaviculaire	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	828,11	942	1
Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,T,U	276,93	325	1
Environnement : spécifique. Décision opératoire et prise en charge du patient obligatoirement multidisciplinaire. Nécessité de disposer d'une unité d'électrophysiologie pour contrôle électrophysiologique préopératoire et peropératoire.							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
AHEA018 Autogreffe pédiculée du plexus brachial, par abord supraclaviculaire et par abord infraclaviculaire	0	1	Y	9,F,J,K,P,S,T,U	954,31	108	1
Indication : paralysie du plexus brachial						6	
Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale : diplôme de chirurgie de la main ou de neurochirurgie et diplôme de microchirurgie	0	4	Y	7,A,F,P,S,T,U	276,93	369	1
Environnement : spécifique ; milieu hospitalier spécialisé, plateau technique de microchirurgie ; hospitalisation							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

01.05.03.03 Libération du plexus brachial

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AHPA020 Libération du plexus brachial, par abord infraclaviculaire	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	415,47	430	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,T,U	127,08	141	1
AHPA004 Libération du plexus brachial avec scalénotomie, par abord supraclaviculaire	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	437,45	416	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,P,S,T,U	149,40	137	1
AHPA005 Libération du plexus brachial avec scalénotomie et ablation de côte cervicale, par abord supraclaviculaire	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U,X	531,04	506	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,P,S,T,U	154,20	165	1
AHPA006 Libération du plexus brachial, par abord supraclaviculaire et par abord infraclaviculaire	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	544,51	584	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,T,U	139,91	198	1

01.05.03.04 Autres actes thérapeutiques sur le plexus brachial

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AHFA008 Exérèse de tumeur du plexus brachial ou du plexus lombosacral avec réparation immédiate, par abord direct	0	1	Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	617,54	653	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	115,07	226	1

01.05.04 Actes thérapeutiques sur les nerfs du membre supérieur

01.05.04.01 Infiltration thérapeutique de nerf du membre supérieur

Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex

AHLB006	Infiltration thérapeutique du nerf médian dans le canal carpien	0	1	Y	T	29,48	10	1
01.05.04.02 Suture de plaie de nerf du membre supérieur								
<i>Avec ou sans : libération de nerf</i>								
<i>Voir aussi :</i>								
<i>- 13.04.03.02 Réparation de lésion traumatique multilaminarale palmaire du poignet et de la main</i>								
<i>- 13.04.03.03 Réparation de lésion traumatique multilaminarale dorsale du poignet et de la main</i>								
AHCA019	Suture de plaie du nerf circonflexe, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	323,72	452	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	87,58	160	1
AHCA005	Suture de plaie du nerf musculocutané, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	164,49	264	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	80,25	89	1
AHCA009	Suture de plaie du nerf radial au bras ou au coude, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	294,94	300	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	79,16	106	1
AHCA016	Suture de plaie de nerf profond du membre supérieur en amont du poignet, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	287,85	325	1
	<i>À l'exclusion de : suture de plaie</i>	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	79,88	110	1
	<i>- du nerf circonflexe, par abord direct (AHCA019)</i>							
	<i>- du nerf musculocutané, par abord direct (AHCA005)</i>							
	<i>- du nerf radial au bras ou au coude, par abord direct (AHCA009)</i>							
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
AHCA018	Suture de plaie du nerf médian ou du nerf ulnaire au poignet, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	287,15	273	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	79,88	98	1
AHCA012	Suture de plaie du nerf médian ou du nerf ulnaire au poignet avec suture de plaie de l'artère radiale ou de l'artère ulnaire, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	387,11	402	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	142,29	130	1
AHCA006	Suture de plaies du nerf médian et du nerf ulnaire au poignet, par abord direct	0	1	Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	370,81	364	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	114,49	124	1
AHCA008	Suture de plaies du nerf médian et du nerf ulnaire au poignet avec suture de plaie de l'artère radiale ou de l'artère ulnaire, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	514,73	507	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	143,94	167	1
AHCA017	Suture de plaies du nerf médian et du nerf ulnaire au poignet avec suture de plaies de l'artère radiale et de l'artère ulnaire, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	554,44	559	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	148,70	185	1
AHCA023	Suture de plaie d'un nerf digital palmaire, sur un rayon de la main	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	158,11	164	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	78,49	69	1
AHCA015	Suture de plaies d'un nerf digital palmaire et d'une artère digitale palmaire, sur un rayon de la main	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	333,54	222	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	170,99	84	1
AHCA013	Suture de plaies de 2 nerfs digitaux palmaires, sur un rayon de la main	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	249,94	207	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	114,49	90	1
AHCA002	Suture de plaies de 2 nerfs digitaux palmaires et d'une artère digitale palmaire, sur un rayon de la main	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	396,24	334	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	194,99	104	1

01.05.04.03 Autogreffe de nerf du membre supérieur

Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex

AHEA010	Autogreffe du nerf circonflexe, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,M,P,S,T,U,X	516,86	515	1
	Coder éventuellement 14 : (AHFA009) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,P,S,U	155,89	228	1
AHEA002	Autogreffe du nerf musculocutané, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,M,P,S,T,U	387,08	547	1
	Coder éventuellement 14 : (AHFA009) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,P,S,U	155,89	204	1
AHEA014	Autogreffe du nerf radial, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	433,91	443	1
	Coder éventuellement 14 : (AHFA009) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	155,89	167	1
AHEA004	Autogreffe du nerf médian à l'avant-bras, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,M,P,S,T,U,X	443,83	507	1
	Coder éventuellement 14 : (AHFA009) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,P,S,U	155,89	190	1
AHEA011	Autogreffe du nerf ulnaire à l'avant-bras, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	443,83	507	1
	Coder éventuellement 14 : (AHFA009) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	155,89	190	1
AHEA008	Autogreffe du nerf médian ou du nerf ulnaire au poignet, par abord direct	0	1	Y	9,F,J,K,M,O,P,S,T,U	379,32	431	1
	Coder éventuellement 14 : (AHFA009) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	155,89	163	1
AHEA005	Autogreffe du nerf médian et du nerf ulnaire au poignet, par abord direct	0	1	Y	9,F,J,K,M,P,S,T,U	521,12	556	1
	Coder éventuellement 14 : (AHFA009) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,P,S,U	218,59	206	1
AHEA016	Autogreffe nerveuse à la main, par abord direct	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	372,23	480	1
	Coder éventuellement 14 : (AHFA009) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	155,89	180	1

01.05.04.04 Libération de nerf du membre supérieur

Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex

AHPA016	Libération du nerf circonflexe, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	402,00	411	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	101,17	142	1
AHPA012	Libération du nerf supraclaviculaire et/ou de ses branches, par abord direct	0	1	Y	F,I,J,K,M,P,S,T,U,X	331,81	360	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,P,S,U	93,84	123	1
AHPA013	Libération du nerf musculocutané, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	113,44	170	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	62,68	61	1
AHPA027	Libération du nerf radial au bras, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	172,29	160	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	67,08	72	1
AHPA023	Libération du nerf radial au coude, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	172,29	197	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	67,08	72	1

AHPA022	Libération du nerf ulnaire au coude, par abord direct	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	138,96	149	1		
	<i>Avec ou sans :</i> - résection partielle ou totale de l'épicondyle médial [épitrochlée] - transposition antérieure du nerf	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	59,74	53	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
AHPA021	Libération du nerf ulnaire au poignet et/ou à la main, par abord direct	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	120,53	132	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	61,58	58	1		
AHPC001	Libération du nerf médian au canal carpien, par vidéochirurgie	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	113,44	112	1		
	<i>Avec ou sans : synovectomie partielle de la gaine synoviale des tendons des muscles fléchisseurs des doigts</i>	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	55,35	38	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
AHPA009	Libération du nerf médian au canal carpien, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	104,50	108	1		
	<i>Avec ou sans : synovectomie partielle de la gaine synoviale des tendons des muscles fléchisseurs des doigts</i>	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	57,55	46	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
AHPA028	Libération de nerf digital par abord direct, sur un rayon de la main	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	104,50	85	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	53,52	40	1		
	01.05.04.05 Autres actes thérapeutiques sur les nerfs du membre supérieur	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AHPA007	Neurotomie ou neurectomie intrafasciculaire ou extrafasciculaire des troncs et/ou des rameaux moteurs au membre supérieur, pour hyponeurotisation	0 1 Y	I,J,K,T,X	220,50	196	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	73,31	116	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
AHPA026	Dénervation complète du poignet, par abord direct	0 1 Y	I,J,K,T	297,07	246	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	89,63	134	1		
AHLA001	Implantation d'un stimulateur électrique pour restauration de la motricité du membre supérieur	0 1 Y		0,00	230	1		
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
AHGA002	Ablation d'un stimulateur électrique de restauration de la motricité du membre supérieur	0 1 Y	F,U	0,00	70	1		
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
AHKA003	Changement du générateur d'un stimulateur électrique de restauration de la motricité du membre supérieur	0 1 Y	F,U	0,00	200	1		
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
AHKA002	Changement d'électrode d'un stimulateur électrique de restauration de la motricité du membre supérieur	0 1 Y	F,U	0,00	150	1		
	<i>Avec ou sans : changement du générateur</i>							
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
	01.05.05 Actes thérapeutiques sur les nerfs du tronc							
	01.05.05.01 Actes thérapeutiques sur les nerfs de la paroi du tronc	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AHLB015	Infiltration thérapeutique de nerf de la paroi du tronc, sans stimulodétection	0 1 Y	9	22,12	16	1		
	<i>Forfait : liste SE3</i>							
AHLB010	Infiltration thérapeutique de nerf de la paroi du tronc, avec stimulodétection	0 1 Y	9,X	39,18	41	1		
AHNB001	Destruction de nerf de la paroi du tronc, par voie transcutanée	0 1	I,X	61,30	25	1		
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
AHPA014	Libération de nerf de la paroi du tronc, par abord direct	0 1 Y	J,K,T,X	182,92	205	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	69,65	89	1		
	01.05.05.02 Actes thérapeutiques sur le nerf phrénique	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AHLA002	Implantation d'électrode de stimulation du nerf phrénique par thoracotomie, avec pose d'un stimulateur externe	0 1 Y	J,K	0,00	365	1		
	<i>Descriptif : AHLA002-01 Implantation d'électrode de stimulation du nerf phrénique par thoracotomie, avec pose d'un générateur externe</i>	0 4 Y	A	0,00	200	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)							
AHGA001	Ablation d'électrode de stimulation du nerf phrénique, par thoracotomie	0 1 Y	F,J,K,U	0,00	200	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y	A,F,U	0,00	200	1		
AHKA001	Changement d'électrode de stimulation du nerf phrénique, par thoracotomie	0 1 Y	F,J,K,U	0,00	200	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y	A,F,U	0,00	220	1		
AHLC802	Acte CCAM descriptif sans code père							
	<i>Descriptif : AHLC802-01 Implantation d'électrode de stimulation du nerf phrénique par thoracoscopie, ou par thoracotomie vidéoassistée, avec pose d'un générateur externe</i>							
AHLA802	Acte CCAM descriptif sans code père							
	<i>Descriptif : AHLA802-02 Implantation d'électrode de stimulation du nerf phrénique par coelioscopie ou par laparotomie, avec pose d'un générateur externe</i>							
AHGC801	Acte CCAM descriptif sans code père							
	<i>Descriptif : AHGC801-01 Ablation d'électrode de stimulation du nerf phrénique par thoracoscopie, ou par thoracotomie vidéoassistée</i>							
AHGA801	Acte CCAM descriptif sans code père							
	<i>Descriptif : AHGA801-02 Ablation d'électrode de stimulation du nerf phrénique par coelioscopie ou par laparotomie</i>							
	01.05.05.03 Actes thérapeutiques sur les nerfs abdominopelvien							
	<i>L'infiltration thérapeutique d'un nerf pelvien profond inclut la stimulodétection électrique.</i>							
AHLH010	Infiltration thérapeutique de nerf pelvien profond, avec guidage radiologique	0 1 Y	9,F,P,S,U	32,23	85	1		
AHLH004	Infiltration thérapeutique de nerf pelvien profond, avec guidage scanographique	0 1 Y		28,80	114	1		
	<i>À l'exclusion de : infiltration du nerf pudendal [honteux] dans le canal honteux [d'Alcock], avec guidage scanographique (AHLH015)</i>							
	01.05.06 Actes thérapeutiques sur le plexus lombosacral et les nerfs du membre inférieur							
	01.05.06.01 Infiltration thérapeutique et bloc anesthésique du plexus lombosacral	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AHLH002	Infiltration thérapeutique du plexus lombosacral, avec guidage radiologique	0 1 Y	F,P,S,U,X	42,34	123	1		
AHLH003	Infiltration thérapeutique du plexus lombosacral, avec guidage scanographique	0 1 Y	X	29,76	175	1		

AHLB013	Bloc anesthésique continu du plexus lombosacral, sans guidage	0 1	F,P,S,U	83,60	75 1
	<i>Indications : douleurs rebelles en dehors de toute intervention</i> <i>Facturation : facturation une seule fois pour une période maximale de 5 jours</i>				
AHLH019	Bloc anesthésique continu du plexus lombosacral, avec guidage scanographique	0 1		83,60	245 1
	<i>Indications : douleurs rebelles en dehors de toute intervention</i> <i>Facturation : facturation une seule fois pour une période maximale de 5 jours</i>				
01.05.06.02 Suture du plexus lombosacral et de nerf du membre inférieur					
	<i>Avec ou sans : libération de nerf</i>				
AHCA014	Suture, greffe et/ou neurotisation du plexus lombosacral, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	787,70	106 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	276,93	315 1
AHCA004	Suture de plaie du nerf fémoral [crural], par abord direct	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	288,56	421 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	79,16	109 1
AHCA010	Suture de plaie du nerf sciatique à la cuisse, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	340,17	643 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	87,22	172 1
AHCA011	Suture de plaie du nerf tibial [sciatique poplité interne], par abord direct	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	288,56	421 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	79,16	109 1
AHCA021	Suture de plaie du nerf fibulaire commun [sciatique poplité externe], par abord direct	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	288,56	421 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	79,16	109 1
AHCA003	Suture de plaie de nerf à la cheville ou au pied, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	286,44	421 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	79,16	109 1
01.05.06.03 Autogreffe de nerf du membre inférieur					
AHEA013	Autogreffe du nerf fémoral [crural], par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
	Coder éventuellement 14 : (AHFA009) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,M,P,S,T,U	387,90	643 1
		0 4 Y	7,A,F,M,P,S,U	155,89	179 1
AHEA017	Autogreffe du nerf sciatique à la fesse, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	431,08	780 1
	Coder éventuellement 14 : (AHFA009) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	161,15	218 1
AHEA006	Autogreffe du nerf sciatique à la cuisse, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,M,P,S,T,U	387,49	658 1
	Coder éventuellement 14 : (AHFA009) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,M,P,S,U	155,89	182 1
AHEA009	Autogreffe du nerf tibial [sciatique poplité interne] ou du nerf fibulaire commun [sciatique poplité externe], par abord direct	0 1 Y	9,F,I,J,K,M,P,S,T,U	460,85	669 1
	Coder éventuellement 14 : (AHFA009) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,M,P,S,U	155,89	186 1
AHEA003	Autogreffe nerveuse à la cheville ou au pied, par abord direct	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	383,57	595 1
	Coder éventuellement 14 : (AHFA009) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	155,89	164 1
01.05.06.04 Libération du plexus lombosacral et de nerf du membre inférieur					
AHPA002	Libération du plexus lombosacral, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	455,18	577 1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	113,45	193 1
AHPA017	Libération du nerf fémoral [crural], du nerf sciatique et/ou de leurs branches à la racine du membre inférieur ou à la cuisse, par abord direct	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U,X	334,65	384 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	89,80	134 1
AHPA010	Libération du nerf fibulaire commun [sciatique poplité externe] au genou, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	197,10	221 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	65,98	83 1
AHPA008	Libération du nerf tibial [sciatique poplité interne] à la jambe et/ou au canal calcanéen, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	125,40	111 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	61,59	52 1
AHPA001	Libération de nerf à la cheville et/ou au pied, par abord direct <i>À l'exclusion de : libération du nerf tibial au canal calcanéen, par abord direct (AHPA008)</i>	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	125,40	152 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	67,44	75 1
AHPA011	Libération ou résection d'un nerf digital plantaire, par abord direct <i>Résection d'un névrome de Morton</i>	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	116,99	131 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	60,11	61 1
01.05.06.05 Autres actes thérapeutiques sur le plexus lombosacral et les nerfs du membre inférieur					
AHFA005	Résection du nerf présacral, par laparotomie <i>Opération selon Cotte</i>	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	250,80	234 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	162,27	96 1
AHLB018	Implantation d'une électrode test sur une racine nerveuse sacrale pour neuromodulation, par voie transcutanée <i>Descriptif : AHLB018-01 Implantation d'une électrode sur une racine nerveuse sacrale par voie transcutanée, pour neuromodulation</i> <i>Indication : incontinence par impériosité, pollakiurie sans incontinence, rétention urinaire chronique</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 1 Y	J,K,O,T,X	163,07	160 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
AHLA003	Implantation d'une électrode définitive sur une racine nerveuse sacrale par abord direct, avec implantation souscutanée d'un générateur de neuromodulation <i>Indication : incontinence par impériosité, pollakiurie sans incontinence, rétention urinaire chronique</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 1 Y	9,J,K,O,T	205,61	200 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP008)				
AHPA015	Neurotomie ou neurectomie intrafasciculaire ou extrafasciculaire des troncs ou des rameaux moteurs au membre inférieur, pour hyponeurotisation	0 1 Y	I,J,K,T	117,69	126 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	64,52	83 1

AHLA804 Acte CCAM descriptif sans code père						
Descriptif : AHLA804-01 Implantation sous-cutanée d'un générateur de neuromodulation sacrale						
AHGB801 Acte CCAM descriptif sans code père						
Descriptif : AHGB801-01 Ablation d'électrode sur une racine nerveuse sacrale pour neuromodulation						
AHGA812 Acte CCAM descriptif sans code père						
Descriptif : AHGA812-01 Ablation de générateur de neuromodulation						
01.05.07 Autres actes thérapeutiques sur les nerfs spinaux						
Par nerf superficiel, on entend : nerf susfascial [susaponévrotique].						
Par nerf profond, on entend : nerf sousfascial [sousaponévrotique].						
01.05.07.01 Infiltration thérapeutique de nerf spinal à son émergence rachidienne						
À l'exclusion de : infiltration thérapeutique unilatérale ou bilatérale du nerf grand occipital [grand nerf occipital d'Arnold] (AHLB003)						
AHLB011	Infiltration thérapeutique de nerf spinal à l'émergence rachidienne, sans guidage	0	1	Y	F,O,P,S,U,X	37,29 22 1
Bloc paravertébral sans guidage						
AHLH014	Infiltration thérapeutique de nerf spinal à l'émergence rachidienne, avec guidage radiologique	0	1	Y	9,F,I,P,S,U	34,76 47 1
AHLH007	Infiltration thérapeutique de nerf spinal à l'émergence rachidienne, avec guidage scanographique	0	1	Y		28,80 49 1
AHLH018	Infiltration thérapeutique de rameau dorsal de nerf spinal, avec guidage radiologique	0	1	Y	F,P,S,U,X	44,87 133 1
AHLH017	Infiltration thérapeutique de rameau dorsal de nerf spinal, avec guidage scanographique	0	1	Y		28,80 232 1
01.05.07.02 Destruction du rameau dorsal d'un nerf spinal						
À l'exclusion de : destruction du nerf grand occipital (AHNB002)						
AHNNH001	Destruction du rameau dorsal d'un nerf spinal, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0	1		X	59,41 159 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
AHNNH002	Destruction du rameau dorsal d'un nerf spinal, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0	1			28,80 232 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
01.05.07.03 Bloc anesthésique continu de nerf spinal à son émergence rachidienne						
AHLH012	Bloc anesthésique continu d'un nerf spinal à son émergence rachidienne, avec guidage radiologique	0	1		F,P,S,U	83,60 148 1
Indications : douleurs rebelles en dehors de toute intervention						
Facturation : facturation une seule fois pour une période maximale de 5 jours						
AHLH013	Bloc anesthésique continu d'un nerf spinal à son émergence rachidienne, avec guidage scanographique	0	1			83,60 182 1
Indications : douleurs rebelles en dehors de toute intervention						
Facturation : facturation une seule fois pour une période maximale de 5 jours						
01.05.07.04 Infiltration thérapeutique de nerf des membres						
L'infiltration thérapeutique d'un nerf profond d'un membre inclut la stimulodétection électrique.						
Le bloc anesthésique continu d'un nerf profond d'un membre inclut la stimulodétection électrique.						
AHLB014	Infiltration thérapeutique de nerf superficiel d'un membre, sans stimulodétection électrique	0	1	Y	F,P,S,U	19,20 32 1
AHLB002	Infiltration thérapeutique de nerf superficiel d'un membre, avec stimulodétection électrique	0	1	Y		28,80 43 1
AHLB012	Infiltration thérapeutique de nerf profond d'un membre, sans guidage	0	1	Y	F,I,P,S,U,X	61,30 64 1
À l'exclusion de : infiltration thérapeutique						
- du nerf médian dans le canal carpien (AHLB006)						
- d'un nerf profond dans un canal ostéofibreux, sans guidage (AHLB004)						
AHLH006	Infiltration thérapeutique de nerf profond d'un membre, avec guidage radiologique	0	1	Y	F,P,S,U,X	28,44 82 1
AHLB009	Bloc anesthésique continu d'un nerf profond d'un membre	0	1		F,P,S,U	83,60 60 1
Indications : douleurs rebelles en dehors de toute intervention						
Facturation : facturation une seule fois pour une période maximale de 5 jours						
01.05.07.05 Réparation de nerf spinal						
AHEA007	Neurotisation d'un nerf spinal profond sans libération nerveuse, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	281,29 242 1
À l'exclusion de : neurotisation						
- du plexus brachial (AHCA001, AHCA022, AHCA020)						
- du plexus lombosacral (AHCA014)						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
AHEA015	Neurotisation d'un nerf spinal profond avec libération nerveuse, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	333,54 286 1
À l'exclusion de : neurotisation						
- du plexus brachial (AHCA001, AHCA022, AHCA020)						
- du plexus lombosacral (AHCA014)						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
AHEA001	Autogreffe pédiculée d'un nerf spinal profond, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	281,29 780 1
À l'exclusion de : autogreffe						
- pédiculée du plexus brachial, par abord supraclaviculaire et par abord infraclaviculaire (AHEA018)						
- d'un nerf cervicofacial, par abord direct (AHEA012)						
- de nerf du membre supérieur (cf 01.05.04.03)						
- de nerf du membre inférieur (cf 01.05.06.03)						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
01.05.07.06 Exérèse de tumeur de nerf spinal						
À l'exclusion de : exérèse de tumeur nerveuse du cou (cf 01.05.02.02)						
AHFA004	Exérèse de tumeur d'un nerf spinal sans réparation immédiate, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	197,69 221 1
À l'exclusion de : résection						
- d'un nerf digital plantaire, par abord direct (AHPA011)						
- de nerf spinal superficiel, par abord direct (AHPA019)						
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
AHFA001	Exérèse de tumeur d'un nerf spinal avec réparation immédiate, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	392,79 499 1
À l'exclusion de : exérèse de tumeur du plexus brachial ou du plexus lombosacral avec réparation immédiate, par abord direct (AHFA008)						
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

01.05.07.07 Autres actes thérapeutiques sur les nerfs spinaux

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AHLB004 Infiltration thérapeutique d'un nerf profond dans un canal ostéofibreux, sans guidage <i>À l'exclusion de : infiltration thérapeutique du nerf médian dans le canal carpien (AHLB006) Infiltration du nerf tibial dans le canal calcanéen Infiltration du nerf pudendal [honteux] dans le canal honteux [d'Alcock], sans guidage</i>	0	1	Y	F,I,O,P,S,U	28,44	25	1
AHLH015 Infiltration thérapeutique d'un nerf profond dans un canal ostéofibreux, avec guidage scanographique <i>Infiltration du nerf pudendal [honteux] dans le canal honteux [d'Alcock], avec guidage scanographique</i>	0	1	Y		28,80	100	1
AHPA024 Libération de nerf spinal superficiel des membres, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	104,50	145	1
	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	61,95	55	1
AHPA019 Section, résection ou destruction de nerf spinal superficiel, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	117,69	159	1
	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	65,98	98	1
AHPA018 Section de nerf spinal superficiel avec déroutement, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	102,81	170	1
	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	66,72	102	1
AHPA003 Section de nerf spinal profond avec déroutement, par abord direct <i>Avec ou sans : libération de nerf</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	102,81	173	1
	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	67,08	90	1

01.06 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE SYSTÈME NERVEUX AUTONOME
01.06.01 Infiltration thérapeutique du système nerveux autonome

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AJLH019 Infiltration thérapeutique du ganglion ptérygopalatin, avec guidage radiologique	0	1	Y	F,P,S,U	28,80	56	1
AJLB001 Infiltration thérapeutique du ganglion cervicothoracique [stellaire], sans guidage	0	1	Y	F,I,O,P,S,U	43,61	66	1
AJLH020 Infiltration thérapeutique du ganglion cervicothoracique [stellaire], avec guidage radiologique	0	1	Y	F,I,P,S,U	32,86	136	1
AJLJ002 Infiltration thérapeutique transgastrique des nerfs splanchniques, avec guidage échodopographique Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1			186,20	196	1
	0	4		7,A	48,00	50	1
AJLH017 Infiltration thérapeutique du plexus coeliaque et/ou de la chaîne splanchnique, avec guidage scanographique	0	1	Y		57,60	212	1
AJLH016 Infiltration thérapeutique de la chaîne sympathique lombale, avec guidage radiologique	0	1	Y	F,P,S,U,X	70,15	111	1
AJLH009 Infiltration thérapeutique de la chaîne sympathique lombale, avec guidage scanographique	0	1	Y		57,60	193	1
AJLH003 Infiltration thérapeutique du plexus hypogastrique ou sacral, avec guidage radiologique	0	1	Y	F,P,S,U,X	60,67	100	1
AJLH008 Infiltration thérapeutique du plexus hypogastrique ou sacral, avec guidage scanographique	0	1	Y	X	44,16	169	1

01.06.02 Bloc anesthésique continu du système nerveux autonome

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AJLH011 Bloc anesthésique continu du plexus coeliaque et/ou de la chaîne splanchnique, avec guidage scanographique <i>Indications : douleurs rebelles en dehors de toute intervention Facturation : facturation une seule fois pour une période maximale de 5 jours</i>	0	1			83,60	260	1
AJLH005 Bloc anesthésique continu de la chaîne sympathique lombale, avec guidage radiologique <i>Indications : douleurs rebelles en dehors de toute intervention Facturation : facturation une seule fois pour une période maximale de 5 jours</i>	0	1		F,P,S,U	83,60	204	1
AJLH013 Bloc anesthésique continu de la chaîne sympathique lombale, avec guidage scanographique <i>Indications : douleurs rebelles en dehors de toute intervention Facturation : facturation une seule fois pour une période maximale de 5 jours</i>	0	1			83,60	266	1
AJLF001 Bloc sympathique médicamenteux périphérique, par injection intraveineuse transcutanée sous garrot ischémique <i>Indication : syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie), syndrome de Raynaud. Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : spécifique ; la pratique de cet acte nécessite le respect de certaines conditions de bonne pratique, notamment des conditions de sécurité anesthésique, avec limitation du nombre de blocs (maximum 6) et la mobilisation éventuelle pendant le geste par une personne formée</i>	0	1	Y		57,60	81	1

01.06.03 Destruction de nerf du système autonome

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AJNH005 Destruction chimique du ganglion ptérygopalatin, par voie transcutanée avec guidage radiologique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1			19,20	125	1
AJNH002 Destruction chimique de la chaîne sympathique cervicale ou thoracique, par voie transcutanée avec guidage radiologique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1			19,20	119	1
AJNH001 Destruction chimique de la chaîne sympathique cervicale ou thoracique, par voie transcutanée avec guidage scanographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		X	42,24	232	1
AJNH009 Thermocoagulation du ganglion cervicothoracique [stellaire], par voie transcutanée avec guidage radiologique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		X	42,34	199	1
AJNJ001 Destruction chimique du plexus coeliaque et/ou de la chaîne splanchnique, par voie transcutanée avec guidage échographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		X	61,94	187	1
AJNH008 Destruction chimique du plexus coeliaque et/ou de la chaîne splanchnique, par voie transcutanée avec guidage scanographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		X	53,76	231	1
AJNC002 Destruction chimique unilatérale ou bilatérale de la chaîne splanchnique, par thoracoscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	9,J,K,T	467,94	260	1
	0	4	Y	A	314,52	116	1
AJNC001 Destruction chimique unilatérale ou bilatérale de la chaîne splanchnique, par coelioscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	J,K,T	359,23	270	1
	0	4	Y	7,A	248,60	100	1
AJNA001 Destruction chimique unilatérale ou bilatérale de la chaîne splanchnique, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	9,I,J,K,T	387,11	260	1
	0	4	Y	7,A	163,73	73	1

AJNH003	Destruction chimique de la chaîne ganglionnaire sympathique lombale, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0	1				94,05	162	1
<i>Indication : technique alternative à la sympathectomie chirurgicale qui conserve quelques indications chez les patients ayant une artériopathie de stade IV, certaines hyperhidroses</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY140, YYYY300, ZZLP025)									
AJNH004	Destruction chimique de la chaîne ganglionnaire sympathique lombale, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0	1				94,05	184	1
<i>Indication : technique alternative à la sympathectomie chirurgicale qui conserve quelques indications chez les patients ayant une artériopathie de stade IV, certaines hyperhidroses</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY140, YYYY300, ZZLP025)									
AJNH006	Destruction chimique du plexus hypogastrique ou sacral, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0	1			X	87,85	107	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
AJNH007	Destruction chimique du plexus hypogastrique ou sacral, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0	1			X	64,80	231	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									

01.06.04 Sympathectomie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AJFC002	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	289,20	262	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
AJFA003	0	1	Y	9,F,J,K,P,S,T,U	285,73	236	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
AJFC001	0	1	Y	9,F,J,K,P,S,T,U	322,60	277	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
AJFA001	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	250,80	200	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
AJFA002	0	1	Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	202,07	176	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
AJNF800	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	71,48	74	1
Acte CCAM descriptif sans code père Descriptif : AJNF800-01 Dénervation rénale par radiofréquence, par voie vasculaire transcutanée							

01.07 AUTRES ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE SYSTÈME NERVEUX

ANMP001	Mise en place et surveillance d'une analgésie contrôlée par le patient [ACP] [PAC]	0	1				83,60	146	1
<i>À l'exclusion de : analgésie postopératoire</i> <i>Facturation : une seule fois pendant le séjour</i>									
ANLP002	Pose d'un stimulateur électrique externe à visée antalgique	0	1	Y			0,00	15	1
<i>À l'exclusion de : analgésie postopératoire</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>									
AZRP001	Séance d'électroconvulsivothérapie [sismothérapie]	0	1			I,X	39,18	25	1
<i>Facturation : 12 séances maximum au cours d'un même épisode à raison de 2 à 4 séances par semaine</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
ANRP001	Séance d'hypnose à visée antalgique	0	1				0,00	47	1
ANLB003	Séance de mésothérapie à visée antalgique	0	1				0,00	9	1

02 OEIL ET ANNEXES

02.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'OEIL ET SES ANNEXES

02.01.01 Explorations électrophysiologiques de l'oeil

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ADQP002 Électrooculographie sensorielle [EOG sensorielle]	0	1			53,76	72	2
ADQP003 Électrooculographie motrice [EOG motrice] <i>Examen fonctionnel de la motricité oculopalpébrale</i>	0	1			56,24	77	2
BGQP010 Électrorétinographie [ERG] par flash lumineux, avec mesure des amplitudes et latences des réponses	0	1			53,76	53	2
ADQP007 Électrorétinographie [ERG] par flash lumineux, avec mesure des amplitudes et latences des réponses, et étude des potentiels évoqués visuels [PEV]	0	1			80,64	88	2
BGQP012 Électrorétinographie [ERG] avec adaptation à l'obscurité <i>ERG selon le protocole ISCEV</i>	0	1			54,94	85	2
BGQP011 Électrorétinographie [ERG] avec enregistrement des potentiels évoqués visuels [PEV] et électrooculographie [EOG]	0	1			102,26	144	2
BLQP014 Détermination objective de l'acuité visuelle par étude des potentiels évoqués visuels [PEV]	0	1			55,80	77	2
ADQB002 Électromyographie [EMG] unilatérale ou bilatérale de détection du muscle releveur de la paupière supérieure et/ou des muscles oculomoteurs, par électrode aiguille	0	1			44,58	53	2

02.01.02 Échographie de l'oeil

Comprend : échographie unilatérale ou bilatérale de l'oeil.

A l'exclusion de : échographie et/ou échographie-doppler de contrôle ou surveillance de pathologie (chapitre 19)

BZQM001 Échographie de l'oeil et/ou de l'orbite en mode B <i>Avec ou sans :</i> - échographie en mode A sans biométrie - recherche de corps étranger Coder éventuellement 1 : (ZZQM005)	0	1		F,P,S,U	47,88	52	2
BZQM002 Échographie de l'oeil et/ou de l'orbite avec biométrie <i>À l'exclusion de : biométrie oculaire par échographie avec mesure des différents paramètres oculaires pour détermination de la puissance d'un implant (BFQM001)</i> Coder éventuellement 1 : (ZZQM005)	0	1		F,P,S,U	36,66	52	2
BFQM001 Biométrie oculaire par échographie avec mesure des différents paramètres oculaires pour détermination de la puissance d'un implant	0	1			33,22	41	2
BZQP003 Biomicroscopie de l'oeil aux ultrasons <i>Indication : diagnostic de l'iris-plateau ; situation clinique où il est nécessaire d'obtenir des éléments de dynamique lors de l'évaluation du risque de glaucome</i> <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec l'acte Gonioscopie oculaire (BHQP002)</i>	0	1			46,58	46	2

02.01.03 Radiographie de l'oeil

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BBQH001 Lacrymo-dacryo-cystographie unilatérale ou bilatérale Coder éventuellement 1 : (YYYY065)	0	1		F,P,S,U,Y,Z	39,90	20	2

02.01.04 Photographie de l'oeil

Comprend : photographies unilatérales ou bilatérales de l'oeil

BEQP007 Photographies diagnostiques du segment antérieur de l'oeil	0	1			0,00	25	2
BEQP002 Photographies diagnostiques du segment antérieur de l'oeil après instillation de colorants vitaux	0	1			0,00	32	2
BEQP004 Photographies diagnostiques du segment antérieur de l'oeil en biomicroscopie	0	1			24,96	27	2
BJQP001 Photographies diagnostiques du regard dans ses différentes positions et au cours d'épreuves de duction	0	1			0,00	31	2
BJQP003 Enregistrement de la cinétique du regard [motricité oculopalpébrale]	0	1			23,66	38	2
BGQP006 Rétinographie par stéréophotographie, clichés composés de la périphérie rétinienne ou cliché grand champ supérieur à 60°	0	1			0,00	37	2
BGQP007 Rétinographie en couleur ou en lumière monochromatique, sans injection [Photographie du segment postérieur de l'oeil, sans injection] <i>À l'exclusion de : rétinographie en lumière bleue avec analyse des fibres optiques (BGQP009)</i>	0	1			19,34	31	2
BGQP140 Lecture différée d'une rétinographie en couleur, sans la présence du patient <i>À l'exclusion de :</i> - rétinographie en couleur ou en lumière monochromatique, sans injection (BGQP007) - rétinographie en lumière bleue avec analyse des fibres optiques (BGQP009) <i>Indication : dépistage de la rétinopathie diabétique d'un patient diabétique de moins de 70 ans</i> <i>Facturation : Cet acte de lecture s'intégrant dans un dispositif de dépistage de la rétinopathie diabétique, il ne peut pas être facturé avec une autre prestation d'ophtalmologie dans le même temps, sauf urgence</i> <i>Condition de prise en charge : Environnement spécifique</i> <i>Conditions de réalisation :</i> <i>rythme de réalisation :</i> - tous les 2 ans, chez les diabétiques non insulino-traités, avec hémoglobine glyquée et pression artérielle équilibrées - au début de la grossesse puis tous les 3 mois et en post-partum pour la femme enceinte diabétique, hors diabète gestationnel - annuel dans les autres situations <i>source : Recommandations de la Haute autorité de santé [HAS] de décembre 2010 sur le dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'oeil</i> <i>modalités techniques :</i> - lecture d'au moins 500 rétinographies de patients diabétiques par an - lecture dans un délai de 7 jours ouvrables, après réalisation - transmission du compte rendu au médecin prescripteur, au médecin traitant et au patient indiquant, le cas échéant, la nécessité d'orientation à un ophtalmologiste : - dans un délai inférieur à 2 mois pour les patients ayant une rétinopathie diabétique non proliférante modérée ou sévère ou une maculopathie - dans un délai inférieur à 2 semaines pour une rétinopathie diabétique proliférante. <i>source : Rapport d'évaluation de la Haute autorité de santé [HAS] sur l'acte de lecture différée de photographie du fond d'oeil de juillet 2007</i>	0	1			11,30	25	2

BGQP009	Rétinographie en lumière bleue avec analyse des fibres optiques	0	1				22,80	31	2
02.01.05 Autres actes d'imagerie de l'oeil									
BZQK001	Tomographie unilatérale ou bilatérale de l'oeil par scanographie à cohérence optique	Ph	A	Cl	modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1		F,P,S,U		47,88	51	2
BBQL001	Scintigraphie unilatérale ou bilatérale des voies lacrymales	0	1		G		176,85	61	2
02.01.06 Épreuves fonctionnelles sur l'oeil									
<i>Comprend : épreuves fonctionnelles unilatérales ou bilatérales sur l'oeil</i>									
02.01.06.01 Étude des angles et des pressions oculaires									
BHQP002	Gonioscopie oculaire	Ph	A	Cl	modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1				17,28	12	2
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec l'acte Biomicroscopie de l'oeil aux ultrasons (BZQP003)</i>									
BHQB001	Mesure de la pression [tension] intraoculaire [Tonométrie intraoculaire], sous anesthésie générale	0	1				0,00	16	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001)</i>									
		0	4		A		0,00	18	1
BHQP001	Mesure de la pression [tension] intraoculaire avec courbe nycthémeraie comportant au moins 6 mesures	0	1				34,65	41	2
BHRP001	Épreuve de provocation du glaucome	0	1		F,P,S,U		41,65	47	2
02.01.06.02 Examen de la vision									
BLQP010	Examen de la vision binoculaire	Ph	A	Cl	modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1		F,P,S,U		25,32	34	2
BLQP011	Mesure de l'acuité visuelle potentielle par interférométrie au laser	0	1				0,00	19	2
BLQP003	Mesure de l'acuité visuelle, par étude de la sensibilité au contraste	0	1				0,00	24	2
BLQP012	Évaluation de l'acuité visuelle par la technique du regard préférentiel, avant l'âge de 2 ans	0	1		9		25,30	23	2
BLQP015	Mesure de la fonction visuelle centrale et scotométrie par ophtalmoscope à balayage laser	0	1				0,00	72	2
BLQP005	Mesure de l'adaptation visuelle à l'obscurité avec courbe d'adaptation	0	1				33,36	54	2
BLQP002	Campimétrie ou périmétrie manuelle ou automatisée, sans programme spécifique de mesure de seuils	0	1				31,20	40	2
BLQP004	Campimétrie ou périmétrie manuelle ou automatisée, avec programmes spécifiques de mesure de seuils	0	1				33,36	43	2
BLQP008	Exploration du sens chromatique [vision des couleurs] par épreuves pseudo-isochromatiques	0	1				18,05	17	2
BLQP007	Exploration du sens chromatique [vision des couleurs] par assortiment	0	1				42,21	57	2
BLQP016	Exploration du sens chromatique [vision des couleurs] assistée par ordinateur avec enregistrement et mesures	0	1				38,53	36	2
BJQP004	Nystagmographie optocinétique sans étude des poursuites et des saccades	0	1				0,00	18	2
<i>Détermination objective de l'acuité visuelle par nystagmographie optocinétique</i>									
BJQP006	Nystagmographie optocinétique avec étude des poursuites et des saccades	0	1				0,00	19	2
BJQP005	Vidéonystagmoscopie	0	1		F,P,S,U		57,60	26	2
<i>Avec ou sans : épreuve calorique</i>									
02.01.06.03 Autres épreuves fonctionnelles sur l'oeil									
BGQP004	Examen du fond d'oeil par ophtalmoscopie indirecte à image inversée, chez le prématuré ou le nouveau-né	Ph	A	Cl	modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1		F,P,S,U		36,92	38	2
BGQP002	Examen du fond d'oeil par biomicroscopie avec verre de contact	0	1				28,29	36	2
<i>Avec ou sans : gonioscopie oculaire</i>									
BGQP003	Examen du fond d'oeil, au lit du malade	0	1		F,P,S,U		21,12	26	2
BAQP001	Examen fonctionnel de la motricité palpébrale avec épreuves pharmacologiques	0	1				24,52	40	2
BJQP002	Examen fonctionnel de la motricité oculaire	0	1				26,24	29	2
<i>Épreuve de Lancaster</i>									
<i>Exploration des hétérophories, diplopies, strabismes, amblyopies</i>									
BBQP001	Exploration fonctionnelle des flux lacrymaux	0	1				19,20	26	2
<i>Tests de Schirmer, épreuves aux colorants vitaux</i>									
BCQP001	Capillaroscopie conjonctivale	0	1				14,33	22	2
BZQP002	Fluoroscopie de l'oeil	0	1				27,54	36	2
BEQP001	Fluorométrie de la chambre antérieure de l'oeil	0	1				62,28	114	2
BGQP008	Fluorométrie du corps vitré et du segment postérieur de l'oeil	0	1				68,32	114	2
BEQP900	Tyndallométrie oculaire [Laser cell flare meter]	0	1				0,00	44	2
BDQP002	Vidéo-photo-kératographie topographique	0	1				21,87	41	2
BDQP003	Pachymétrie cornéenne	0	1				19,77	29	2
BDQP004	Microscopie spéculaire de la cornée, avec analyse morphométrique et/ou quantitative numérisée de l'endothélium cornéen	0	1				35,51	47	2
BDQP001	Kératoesthésiométrie topographique et quantitative [kératésie quantitative]	0	1				17,28	24	2
02.01.07 Endoscopie des voies lacrymales									
BBQE900	Endoscopie des voies lacrymales	Ph	A	Cl	modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1				0,00	73	2
<i>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</i>									
02.01.08 Ponction et prélèvement de l'oeil et de l'orbite									
BCHP001	Empreintes diagnostiques sur la conjonctive oculaire	Ph	A	Cl	modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1				19,20	27	2
BDHP001	Prélèvement superficiel unilatéral ou bilatéral de la cornée pour frottis et/ou culture	0	1	Y			13,10	26	2
BEHB001	Ponction de la chambre antérieure de l'oeil [humeur aqueuse]	0	1	Y			36,04	34	1
<i>Avec ou sans : injection</i>									
<i>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</i>									
BGHB002	Ponction de la choroïde	0	1	Y			48,12	63	1
<i>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</i>									
BGHB001	Ponction du corps vitré à l'aiguille	0	1	Y			43,81	40	1
<i>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</i>									
BGHB003	Ponction du corps vitré par aspiration-section automatisée	0	1	Y			106,31	88	1
<i>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</i>									
02.01.09 Biopsie de l'oeil et de l'orbite									
		Ph	A	Cl	modificateur		Tarif	ICR	Ex

BAHA001	Biopsie unilatérale ou bilatérale de paupière	0	1	Y	I,O	29,02	60	2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
BBHA001	Biopsie de glande lacrymale	0	1	Y		31,72	64	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
BBHA002	Biopsie de sac lacrymal	0	1	Y		31,72	64	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
BCHA001	Biopsie de la conjonctive	0	1	Y		16,98	30	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
BDHA001	Biopsie de la cornée	0	1	Y		31,35	43	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
BGHA002	Biopsie de la sclère [sclérotique]	0	1	Y		43,81	64	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
BGHA001	Biopsie rétinohorodienne	0	1			251,32	233	1
	Avec ou sans : vitrectomie							
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP042)							
BKHB003	Biopsie des organes accessoires de l'oeil, par voie orbitaire sans guidage	0	1			52,58	49	1
	Biopsie du contenu de l'orbite							
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
BKHB002	Biopsie des organes accessoires de l'oeil, par voie orbitaire avec guidage échographique	0	1			31,35	80	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
BKHB004	Biopsie des organes accessoires de l'oeil, par voie orbitaire avec guidage radiologique	0	1			31,35	89	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
BKHA002	Biopsie de lésion de l'orbite, par abord conjonctivopalpebral	0	1	Y		70,20	88	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	74,41	35	1
BKHA003	Biopsie de lésion de l'orbite, par abord latéral ou par abord ethmoïdal	0	1	Y	I,O	154,01	120	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	75,51	50	1

02.01.10 Examen anatomopathologique de l'oeil et ses annexes

Par structure anatomique, on entend : élément du corps humain, unitissulaire ou pluritissulaire, topographiquement délimité, constituant un ensemble organisé destiné à remplir un rôle déterminé ou une fonction. Il peut s'agir par exemple :

- d'un organe : estomac, peau, muscle,
- d'une entité concourant à une finalité caractéristique : méninge, séreuse,
- d'une région anatomique : médiastin, région rétropéritonéale

Par pièce d'exérèse, on entend : exérèse partielle ou totale, monobloc ou en plusieurs fragments non différenciés par le préleveur, pour chaque structure anatomique

Par berge, on entend : limite de la résection [incision].

Par recoupe, on entend : exérèse supplémentaire effectuée par le préleveur, au-delà des berges de l'exérèse initiale

Avec ou sans : examen de berge

Par groupe lymphonodal [ganglionnaire lymphatique], on entend : ensemble de noeuds [ganglions] lymphatiques non différenciés par le préleveur au cours d'un curage lymphonodal [ganglionnaire]

L'examen anatomopathologique, inclut : l'examen macroscopique et microscopique de pièce d'exérèse

L'examen anatomopathologique d'un organe inclut : l'examen du feuillet viscéral de son éventuelle séreuse

L'examen anatomopathologique de pièce d'exérèse inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalun ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans :

- coloration spéciale
- coupes sériées
- empreinte par apposition cellulaire
- écrasis cellulaire

Facturation :

- un seul acte peut être facturé que l'exérèse soit monobloc ou en fragments non différenciés par le préleveur, partielle ou totale, pour chaque structure anatomique

La pièce d'exérèse pour examen anatomopathologique à visée carcinologique inclut :

- les structures anatomiques ayant un rapport de continuité ou de contiguïté [organes de voisinage] quel qu'en soit le nombre
- les éventuelles recoupes
- les noeuds [ganglions] lymphatiques ou groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] satellites non différenciés par le préleveur

Par examen anatomopathologique à visée carcinologique, on entend : examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de lésion présumée cancéreuse ou précancéreuse

L'examen anatomopathologique à visée carcinologique, inclut : l'examen anatomopathologique de lésion cancéreuse de découverte fortuite lors de l'intervention ou de l'examen anatomopathologique

À l'exclusion de : examen anatomopathologique de lésion précancéreuse de découverte fortuite lors de l'examen anatomopathologique

Coder éventuellement :

- examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une autre structure anatomique différenciée par le préleveur
- examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] différenciés par le préleveur ou de pièce de curage lymphonodal [ganglionnaire]

BZQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse d'organe accessoire de l'oeil	0	1			51,28	51	5
BHQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'énucléation du bulbe [globe] oculaire	0	1			92,09	107	5
BKQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exentération de l'orbite	0	1			89,44	133	5

02.01.11 Autres actes diagnostiques sur l'oeil et ses annexes

BGQP001	Transillumination transsclérale de lésion du segment postérieur de l'oeil, sans désinsertion conjonctivale	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0	1			0,00	29	2
BGQP005	Transillumination transsclérale de lésion du segment postérieur de l'oeil, avec désinsertion conjonctivale	0	1	Y		0,00	55	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

BELA001	Pose de repère radioopaque du segment antérieur de l'oeil	0 1		104,50	30 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	7,A	57,60	15 1
BGLA001	Pose de repère radioopaque du segment postérieur de l'oeil	0 1		209,00	81 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	7,A	83,60	30 1
BGLA002	Pose d'un système de repérage d'une lésion chorioretinienne préalable à sa destruction par radiothérapie externe ou protonthérapie	0 1		313,50	105 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	7,A	104,50	45 1

02.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES SOURCILS ET LES PAUPIÈRES

02.02.01 Suture de plaie du sourcil et de la paupière

Avec ou sans : ablation de corps étranger récent

BACA008	Suture de plaie du sourcil	0 1 Y	F,I,M,P,S,T,U	29,07	60 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
BACA002	Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, sans atteinte du bord libre	0 1 Y	F,I,M,P,S,U	29,07	60 1
	Avec ou sans : suture de plaie du sourcil homolatéral				
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
BACA005	Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, avec atteinte du bord libre	0 1 Y	F,M,P,S,U	62,70	79 1
	Avec ou sans : suture de plaie du sourcil homolatéral				
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
BACA007	Suture de plaies cutanées multiples unilatérales ou bilatérales des paupières, sans atteinte du bord libre	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X 7,A,F,O,P,S,U	104,90 61,22	103 1 50 1
	Avec ou sans : suture de plaie de sourcil				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
BACA006	Suture de plaies cutanées multiples unilatérales ou bilatérales des paupières avec atteinte du bord libre, du tarse et/ou du muscle releveur de la paupière supérieure, sans repositionnement du ligament palpébral	0 1 Y 0 4 Y	F,O,P,S,U 7,A,F,O,P,S,U	125,37 80,09	152 1 78 1
	Avec ou sans : suture de plaie de sourcil				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
BACA001	Suture de plaies cutanées multiples unilatérales ou bilatérales des paupières avec atteinte du bord libre, du tarse et/ou du muscle releveur de la paupière supérieure, avec repositionnement du ligament palpébral	0 1 Y 0 4 Y	F,O,P,S,U 7,A,F,O,P,S,U	117,60 76,43	145 1 74 1
	Avec ou sans : suture de plaie de sourcil				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
BAGA001	Ablation secondaire de corps étranger de la paupière	0 1 Y	F,P,S,T,U	31,72	62 1
	Forfait : liste SE2				
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				

02.02.02 Destruction de lésion de paupière

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BANP003	Destruction d'une lésion d'une paupière avec laser	0 1 Y				41,80	42 1	
	Destruction d'un xanthélasma par laser							
	Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés							
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
BANP001	Destruction de lésions multiples unilatérales ou bilatérales des paupières avec laser	0 1 Y				49,76	52 1	
	Destruction de xanthélasmas multiples par laser							
	Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés							
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
BANP004	Séance d'épilation ciliaire électrique unilatérale ou bilatérale	0 1 Y				18,84	21 1	
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

02.02.03 Exérèse de lésion du sourcil et de la paupière

Avec ou sans : suture immédiate

Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 02.02.05)

BAFA012	Exérèse de lésion cutanée du sourcil	0 1 Y		9,T	34,97	38 1
	Forfait : liste FSD					
	Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)					
BAFA010	Exérèse de lésion souscutanée du sourcil	0 1 Y		9,T	42,41	48 1
	À l'exclusion de : exérèse d'un kyste de la queue du sourcil (BAFA019)					
	Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)					
BAFA013	Exérèse de chalazion	0 1 Y		T	32,16	37 1
	Forfait : liste SE2					
	Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)					
BAFA006	Exérèse non transfixiante d'une lésion d'une paupière	0 1 Y		9,T	53,57	45 1
	À l'exclusion de : exérèse de chalazion (BAFA013)					
	Exérèse d'un xanthélasma					
	Forfait : liste FSD					
	Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)					
BAFA005	Exérèse non transfixiante de lésions multiples unilatérales de paupière	0 1 Y 0 4 Y		I,O,T 7,A,T	94,49 64,88	92 1 40 1
	À l'exclusion de : exérèse de chalazion (BAFA013)					
	Exérèse de xanthélasmas multiples					
	Forfait : liste FSD					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
BAFA014	Exérèse transfixiante de lésion d'une paupière, sans libération du canthus latéral	0 1 Y 0 4 Y		T 7,A,T	54,24 61,95	70 1 50 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

BAFA002	Exérèse transfixiante de lésion d'une paupière, avec libération du canthus latéral	0 1 Y	T	135,52	108	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,T	71,48	66	1

02.02.04 Résection de paupière

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BAFA015					125,40	103	1
	0	1	Y				
	0	4	Y	7,A	60,85	47	1
<i>Blépharoplastie supérieure ou inférieure unilatérale</i> <i>Indication : dermatochalasis avec amputation supérieure du champ visuel, asthénopie, blépharocconjunctivite, ou associé à un vrai blépharoptosis, épiblépharon, entropion, ophtalmopathie de Graves et autres maladies métaboliques, blépharochalasis, larmolement, fracture de l'orbite et après greffe de peau ou reconstruction de la paupière</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

BAFA007	Résection unilatérale cutanée, musculaire et/ou grasseuse au niveau des paupières, par abord cutané	0 1 Y		125,40	130	1
	<i>Blépharoplasties supérieure et inférieure unilatérales</i> <i>Indication : dermatochalasis avec amputation supérieure du champ visuel, asthénopie, blépharocconjunctivite, ou associé à un vrai blépharoptosis, épiblépharon, entropion, ophtalmopathie de Graves et autres maladies métaboliques, blépharochalasis, larmolement, fracture de l'orbite et après greffe de peau ou reconstruction de la paupière</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	63,05	58	1

BAFA008	Résection bilatérale cutanée, musculaire et/ou grasseuse au niveau des paupières supérieures, par abord cutané	0 1 Y		188,10	130	1
	<i>Blépharoplastie supérieure bilatérale</i> <i>Indication : dermatochalasis avec amputation supérieure du champ visuel, asthénopie, blépharocconjunctivite, ou associé à un vrai blépharoptosis, épiblépharon, entropion, ophtalmopathie de Graves et autres maladies métaboliques, blépharochalasis, larmolement, fracture de l'orbite et après greffe de peau ou reconstruction de la paupière</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	86,40	58	1

BAFA011	Résection bilatérale cutanée, musculaire et/ou grasseuse au niveau des paupières inférieures, par abord cutané	0 1 Y		188,10	130	1
	<i>Blépharoplastie inférieure bilatérale</i> <i>Indication : dermatochalasis avec amputation supérieure du champ visuel, asthénopie, blépharocconjunctivite, ou associé à un vrai blépharoptosis, épiblépharon, entropion, ophtalmopathie de Graves et autres maladies métaboliques, blépharochalasis, larmolement, fracture de l'orbite et après greffe de peau ou reconstruction de la paupière</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	86,40	58	1

BAFA009	Résection bilatérale cutanée, musculaire et/ou grasseuse au niveau des paupières, par abord cutané	0 1 Y		190,03	239	1
	<i>Blépharoplasties supérieure et inférieure bilatérales</i> <i>Indication : dermatochalasis avec amputation supérieure du champ visuel, asthénopie, blépharocconjunctivite, ou associé à un vrai blépharoptosis, épiblépharon, entropion, ophtalmopathie de Graves et autres maladies métaboliques, blépharochalasis, larmolement, fracture de l'orbite et après greffe de peau ou reconstruction de la paupière</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	88,34	105	1

BAFA016	Résection grasseuse unilatérale des paupières, par abord conjonctival	0 1 Y		0,00	108	1
	<i>Cure de lipoptose unilatérale</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y	7,A	0,00	37	1

BAFA017	Résection grasseuse bilatérale des paupières, par abord conjonctival	0 1 Y		0,00	157	1
	<i>Cure de lipoptose bilatérale</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y	7,A	0,00	58	1

BAFA018	Résection cutanée suprasourcilière unilatérale	0 1 Y		0,00	111	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y	7,A	0,00	50	1

BAFA003	Résection cutanée suprasourcilière bilatérale	0 1 Y		0,00	182	1
	<i>Lifting frontotemporal bilatéral pour réparation d'une ptose des sourcils</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y	7,A	0,00	81	1

BAFA001	Résection du muscle orbiculaire de l'oeil	0 1 Y	T	125,40	125	1
	<i>Cure de blépharospasme</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,T	62,68	56	1

02.02.05 Réparation de perte de substance de la paupière

La réparation de perte de substance de la paupière par autogreffe ou lambeau inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.

BAMA004	Réparation de perte de substance cutanée de la paupière par lambeau local ou autogreffe	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	188,10	108	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	72,21	87	1

BAMA019	Réparation de perte de substance de la paupière par autogreffe composée	0 1 Y	9,F,O,P,S,T,U	217,99	191	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	84,31	114	1

BAMA015	Réparation de perte de substance de la paupière supérieure par lambeau palpébral inférieur, avec réparation de la zone de prélèvement par suture directe	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	256,68	222	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	92,01	132	1

BAMA018	Réparation de perte de substance de la paupière supérieure par lambeau palpébral inférieur, avec réparation de la zone de prélèvement par lambeau cutané	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	270,07	221	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	83,94	111	1

BAMA008	Réparation de perte de substance de la paupière supérieure par lambeau palpébral inférieur, avec réparation de la zone de prélèvement par lambeau cutané et autogreffe muqueuse ou chondromuqueuse	0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	296,86	296	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	90,54	129	1

BAMA010	Réparation de perte de substance de la paupière inférieure par lambeau de rotation temporojugal	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	237,34	187	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	86,51	120	1

BAMA013 Réparation de perte de substance de la paupière inférieure par lambeau régional, avec autogreffe <i>À l'exclusion de : réparation de perte de substance de la paupière inférieure par lambeau frontal, avec autogreffe muqueuse ou chondromuqueuse (BAMA001)</i> <i>Réparation de la paupière inférieure par lambeau tarsoconjunctival, lambeau orbito-naso-génien, lambeau musculocutané de paupière supérieure</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	239,53	232	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	92,01	132	1
BAMA001 Réparation de perte de substance de la paupière inférieure par lambeau frontal, avec autogreffe muqueuse ou chondromuqueuse Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	270,07	257	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	95,67	144	1
BAPA001 Section du pédicule [Sevrage] d'un lambeau hétéropalpébral Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 1 Y	T	0,00	73	1
	0 4 Y	7,A,T	0,00	33	1
02.02.06 Reconstruction du sourcil et de la paupière <i>La reconstruction du sourcil et de la paupière inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.</i>					
BAMB001 Séance de réfection de l'aspect du sourcil par dermopigmentation	0 1	T	0,00	59	1
BAMA005 Reconstruction d'un sourcil par autogreffe de cuir chevelu ou de sourcil opposé Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		218,59	134	1
	0 4 Y	7,A	116,89	85	1
BAMA011 Reconstruction d'un sourcil par lambeau pédiculé de cuir chevelu ou de sourcil opposé Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9	236,81	163	1
	0 4 Y	7,A	101,90	107	1
BAMA012 Reconstruction du bord libre de la paupière avec repositionnement des cils, sans autogreffe ni lambeau <i>Avec ou sans : résection du tarse</i> <i>Traitement du trichiasis ou du distichiasis, sans autogreffe ni lambeau</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	T	83,60	87	1
	0 4 Y	7,A,T	66,35	62	1
BAMA016 Reconstruction du bord libre de la paupière avec repositionnement des cils, avec autogreffe ou lambeau <i>Avec ou sans : résection du tarse</i> <i>Traitement du trichiasis ou du distichiasis, avec autogreffe ou lambeau</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	96,82	120	1
	0 4 Y	7,A,T	78,81	86	1
BAMA017 Reformation du pli palpébral supérieur <i>Indication : acte thérapeutique</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	T	125,40	92	1
	0 4 Y	7,A,T	68,18	56	1
BAEA001 Repositionnement du bord libre de la paupière, sans autogreffe ni lambeau <i>Avec ou sans : résection du tarse</i> <i>Traitement de l'ectropion ou de l'entropion par repositionnement du bord libre de la paupière, sans greffe ni lambeau</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	T	111,92	108	1
	0 4 Y	7,A,T	66,35	62	1
BAEA002 Repositionnement du bord libre de la paupière, avec autogreffe ou lambeau <i>Avec ou sans : résection du tarse</i> <i>Traitement de l'ectropion ou de l'entropion par repositionnement du bord libre de la paupière, avec greffe ou lambeau</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	204,15	175	1
	0 4 Y	7,A,T	82,84	86	1
02.02.07 Canthotomie, canthopexie et canthoplastie					
BAPA004 Canthotomie latérale <i>Indication : acte thérapeutique</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	0 1 Y	T	31,35	36	1
	0 4 Y	7,A,T	60,85	29	1
BADA005 Canthopexie médiale pour dystopie congénitale Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	125,40	141	1
	0 4 Y	7,A,T	60,11	62	1
BADA001 Canthopexie médiale pour dystopie traumatique Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	140,25	174	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	63,42	76	1
BADA003 Canthopexie latérale <i>Indication : acte thérapeutique</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	68,90	89	1
	0 4 Y	7,A,T	61,58	52	1
BAMA020 Canthoplastie médiale sans rétablissement de la continuité des voies lacrymales <i>Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 02.02.05)</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		106,88	166	1
	0 4 Y	7,A	71,85	77	1
BAMA002 Canthoplastie médiale avec rétablissement de la continuité des voies lacrymales <i>Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 02.02.05)</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,P,S,T,U	207,17	226	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	91,82	102	1
BAMA009 Canthoplastie latérale <i>Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 02.02.05)</i> <i>Indication : acte thérapeutique</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	97,39	152	1
	0 4 Y	7,A,T	69,28	73	1
02.02.08 Tarsorrhaphie et blépharorrhaphie					
BACA003 Suture partielle ou totale des bords libres des paupières supérieure et inférieure <i>Blépharorrhaphie partielle ou totale</i> <i>Tarsorrhaphie partielle ou totale</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	0 1 Y	F,P,S,U	58,99	82	1

BCCA001	Suture de plaie de la conjonctive	0 1 Y	F,P,S,T,U	52,25	57	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
02.04.01.04 Exérèse de lésion de la conjonctive						
BCFA008	Exérèse de lésion de la conjonctive, sans autogreffe	0 1 Y	T	52,25	70	1
À l'exclusion de :						
- exérèse primitive de ptérygion, sans autogreffe (BCFA009)						
- exérèse de ptérygion récidivant, sans autogreffe (BCFA006)						
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
BCFA004	Exérèse de lésion de la conjonctive, avec autogreffe de muqueuse	0 1 Y	T	104,50	84	1
À l'exclusion de :						
- exérèse primitive de ptérygion, avec autogreffe de conjonctive ou de muqueuse (BCFA003)						
- exérèse de ptérygion récidivant, avec autogreffe de conjonctive ou de muqueuse (BCFA005)						
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
BCFA009	Exérèse primitive de ptérygion, sans autogreffe	0 1 Y	T	66,40	92	1
Avec ou sans : administration locale d'agent pharmacologique antimétabolique						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
BCFA003	Exérèse primitive de ptérygion, avec autogreffe de conjonctive ou de muqueuse	0 1 Y		105,59	133	1
Avec ou sans :						
- laser						
- administration locale d'agent pharmacologique antimétabolique						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
BCFA007	Exérèse primitive de ptérygion, avec greffe lamellaire de cornée	0 1 Y	6,G	276,93	177	1
Avec ou sans :						
- laser						
- conjonctivoplastie						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
BCFA006	Exérèse de ptérygion récidivant, sans autogreffe	0 1 Y		92,71	149	1
Avec ou sans : administration locale d'agent pharmacologique antimétabolique						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
BCFA005	Exérèse de ptérygion récidivant, avec autogreffe de conjonctive ou de muqueuse	0 1 Y		121,13	185	1
Avec ou sans :						
- laser						
- administration locale d'agent pharmacologique antimétabolique						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
02.04.01.05 Réparation de la conjonctive						
BCPA005	Désinsertion de la conjonctive oculaire au limbe [Péritomie], sans autogreffe	0 1 Y	O,T	33,88	39	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
BCPA003	Désinsertion de la conjonctive oculaire au limbe [Péritomie], avec autogreffe muqueuse	0 1 Y		52,08	103	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
BCMA001	Conjonctivoplastie par autogreffe de conjonctive ou de muqueuse	0 1 Y		104,50	81	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
BCPA004	Libération de symblépharon, sans autogreffe	0 1 Y	T	52,25	58	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
BCPA002	Libération de symblépharon, avec autogreffe de conjonctive ou de muqueuse	0 1 Y	T	104,50	114	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
02.04.02 Actes thérapeutiques sur la cornée						
02.04.02.01 Destruction de lésion de la cornée						
BDNP001	Destruction de lésion superficielle de la cornée par moyen physique	0 1 Y	T	24,89	35	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
BDNP002	Abrasion mécanique de l'épithélium de la cornée sans laser	0 1 Y		25,17	30	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
BDNP003	Abrasion mécanique de l'épithélium de la cornée avec laser	0 1 Y		104,50	66	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
BDCB001	Microponctions [Micropunctures] mécaniques antérieures de la cornée, à visée thérapeutique	0 1 Y		21,87	34	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
02.04.02.02 Suture de la cornée						
Avec ou sans :						
- ablation de corps étranger récent de la cornée						
- résection ou réintégration de hernie de l'iris						
BDCA003	Suture d'une plaie linéaire non transfixiante de la cornée	0 1 Y	F,O,P,S,T,U	104,50	60	1
Forfait : liste SE2						
Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)						
BDCA004	Suture d'une plaie linéaire transfixiante de la cornée	0 1 Y	F,O,P,S,T,U	111,64	65	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
BDCA001	Suture d'une plaie non linéaire de la cornée	0 1 Y	F,O,P,S,T,U	131,06	83	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
BDCA002	Suture de plaies multiples unilatérales ou bilatérales de la cornée	0 1 Y	F,O,P,S,U	165,08	113	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
02.04.02.03 Extraction de corps étranger de la cornée						
À l'exclusion de : extraction de corps étranger récent au cours de suture de plaie de la cornée (cf 02.04.02.02)						

BDGP002	Ablation d'un corps étranger superficiel de la cornée Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	F,P,S,U	20,90	20	1
BDGP003	Ablation de corps étrangers superficiels multiples unilatéraux ou bilatéraux de la cornée Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	F,P,S,U	24,31	20	1
BDGA005	Ablation d'un corps étranger profond [stromal] de la cornée Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	F,P,S,U	52,25	76	1
BDGA002	Ablation de corps étrangers profonds [stromaux] multiples unilatéraux ou bilatéraux de la cornée Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	F,O,P,S,U	78,38	98	1
BDGA004	Ablation de corps étrangers superficiels et profonds multiples unilatéraux ou bilatéraux de la cornée Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	F,O,P,S,U	78,38	98	1
02.04.02.04 Exérèse de lésion de la cornée						
BDFA002	Kératectomie lamellaire <i>Avec ou sans : tatouage</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	104,50 63,42	98 55	1 1
BDFA004	Excision de fistule du limbe de la cornée Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	104,50 63,42	95 54	1 1
BDFA003	Exérèse de tumeur du limbe de la cornée sans greffe de cornée Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	6,F,G,P,S,T,U 7,8,A,F,P,S,T,U	54,74 57,91	81 49	1 1
BDFA001	Exérèse de tumeur du limbe de la cornée avec greffe de cornée Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	6,F,G,P,S,U 7,8,A,F,P,S,U	250,80 104,50	131 70	1 1
BDFL001	Exérèse de tumeur du limbe de la cornée avec implantation de source de rayonnement Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	235,13 73,86	62 70	1 1
02.04.02.05 Kératoplastie et kératoprothèse						
BDMA001	Autokératoplastie par rotation <i>Avec ou sans : iridectomie</i> <i>Indication : en cas de refus de greffe ou en l'absence de greffe disponible</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	 7,A	250,80 116,10	180 81	1 1
BDMA002	Kératoplastie lamellaire profonde [Transplantation cornéenne lamellaire] <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire en concertation avec l'Établissement français des greffes</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	6 7,8,A	250,80 115,01	172 78	1 1
BCBP001	Recouvrement conjonctival partiel ou total de la cornée Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	 7,A	45,17 57,91	78 39	1 1
BDMA006	Conjonctivokératoplastie par greffe de membrane amniotique humaine <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire en concertation avec l'Établissement français des greffes</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	6 7,8,A	250,80 114,64	171 78	1 1
BDMA008	Kératoplastie transfixiante [Transplantation cornéenne transfixiante] <i>Avec ou sans : iridotomie ou iridectomie périphérique</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire en concertation avec l'Établissement français des greffes</i> Coder éventuellement 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	6 7,8,A	271,70 125,77	180 100	1 1
BDMA003	Kératoplastie transfixiante [Transplantation cornéenne transfixiante], avec extraction extracapsulaire du cristallin <i>Avec ou sans : implantation de cristallin artificiel</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	6 7,8,A	355,30 146,30	223 100	1 1
BDMA900	Kératoplastie lamellaire avec conjonctivoplastie [Transplantation cornéoconjonctivale] <i>À l'exclusion de : au cours d'une exérèse de ptérygion (cf 02.04.01.04)</i> <i>Transplantation de cellules souches limbiques</i>	0 1 Y 0 4 Y	 7,A	0,00 0,00	185 83	1 1
BDLA002	Pose de kératoprothèse en un temps <i>Indication : cécité cornéenne ; en cas de contre-indication (brûlures par alcali, certaines maladies auto-immunes (par exemple maladie de Lortat Jacob...)) et les néo-vascularisations de cornée impliquant un risque de rejet) ou en l'absence de greffe de cornée</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	6 7,8,A	250,80 116,10	349 50	1 1
BDLA003	Pose de kératoprothèse biocolonisable <i>Phase 1 : recouvrement de la kératoprothèse par autogreffe de muqueuse buccale</i> <i>Phase 2 : pose de la kératoprothèse</i> <i>Indication : cécité cornéenne ; en cas de contre-indication (brûlures par alcali, certaines maladies auto-immunes (par exemple maladie de Lortat Jacob...)) et les néo-vascularisations de cornée impliquant un risque de rejet) ou en l'absence de greffe de cornée</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	1 1 Y 1 4 Y 2 1 Y 2 4 Y	6 7,8,A 6 7,8,A	296,36 142,15 65,73 79,18	185 133 103 43	1 1 1 1
02.04.02.06 Correction de troubles réfractifs						
BDPA001	Kératotomie relaxante pour correction de l'astigmatisme cornéen induit <i>Avec ou sans : incisions radiaires ou résection cunéiforme</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	T	0,00	65	1
BDFP002	Photokératectomie avec laser excimère <i>À l'exclusion de : photokératectomie réfractive [de confort] avec laser excimère (BDFP001)</i> <i>Facturation : opacité cornéenne superficielle</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)	0 1 Y	T	104,50	70	1
BDFP001	Photokératectomie réfractive [de confort] avec laser excimère Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	T	0,00	100	1

BDEA002	Épikératophakie	0 1 Y	T	0,00	50	1
		0 4 Y	7,A,T	0,00	40	1
BDLA005	Pose d'anneaux intracornéens à but thérapeutique <i>Indication : patients ayant un kératocône et une acuité visuelle non satisfaisante après corrections optique ou par intolérance aux lentilles selon avis de la HAS du 3 juin 2015.</i> <i>Environnement : réalisation en condition de bloc opératoire</i> <i>Facturation : établissement de santé spécialisé répondant aux critères définis par arrêté ministériel dans le cadre de l'article L. 1151-1 du Code de la santé publique</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)	0 1 Y	T	139,13	50	1
BDRP027	Photopolymérisation de la cornée [crosslinking] <i>Indication : kératocône évolutif sans opacité cornéenne ; le caractère évolutif n'est pas requis pour le traitement :</i> <i>- du kératocône de l'enfant,</i> <i>- de l'ectasie secondaire à la chirurgie réfractive.</i> <i>Cette technique n'est pas indiquée pour le traitement préventif du kératocône avant chirurgie réfractive selon avis de la HAS du 3 juin 2015.</i> <i>Environnement : réalisation en condition de bloc opératoire</i> <i>Recueil prospectif de données : tenue d'un registre pour les enfants et les adultes ayant une ectasie post chirurgie réfractive</i> <i>Facturation : établissement de santé spécialisé répondant aux critères définis par arrêté ministériel dans le cadre de l'article L. 1151-1 du Code de la santé publique</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)	0 1 Y		112,34	0	1
BDFP003	Kératomileusis in situ avec laser excimère <i>Laser assisted in situ keratomileusis [Lasik]</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	T	0,00	117	1
BELA002	Pose d'implant à but réfractif dans la chambre antérieure de l'oeil <i>Pose d'implant dans la chambre antérieure sur oeil phake</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	T	0,00	50	1
02.04.02.07 Autres actes thérapeutiques sur la cornée						
BDJP001	Irrigation continue de la cornée et/ou de la conjonctive	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1	T	0,00	30	1
02.04.03 Actes thérapeutiques sur l'iris, le corps ciliaire et la chambre antérieure de l'oeil						
02.04.03.01 Destruction de lésion du segment antérieur de l'oeil						
BENA001	Destruction de lésion de l'iris ou du corps ciliaire Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y		87,76	81	1
BENA002	Destruction partielle du corps ciliaire <i>Cycloaffaiblissement, cyclocoagulation</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)	0 1 Y		125,40	74	1
BEPP001	Section de synéchies et/ou de brides du segment antérieur de l'oeil avec laser Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	T	104,50	31	1
BEPA001	Libération de synéchies et/ou de brides du segment antérieur de l'oeil, par kératotomie <i>Forfait : liste SE2</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	6	83,60	86	1
BENP001	Séance de photocoagulation de l'angle iridocornéen avec laser <i>Trabéculoplastie ou trabéculorétraction au laser</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y		125,40	32	1
02.04.03.02 Évacuation et injection de la chambre antérieure de l'oeil						
BEJB002	Évacuation de collection de la chambre antérieure de l'oeil, par voie transsclérale ou par voie transcornéenne sans irrigation-aspiration automatisée <i>Forfait : liste SE2</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,P,S,U	49,42	57	1
BEJB001	Évacuation de collection de la chambre antérieure de l'oeil, par voie transsclérale ou par voie transcornéenne avec irrigation-aspiration automatisée <i>Forfait : liste SE2</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	F,P,S,U	70,99	79	1
BELB001	Injection de substance inerte ou organique dans la chambre antérieure de l'oeil, par voie transcornéenne [Reformation de la chambre antérieure] <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un acte des sous-paragraphes 02.04.04.01 et 02.04.04.02</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y		49,42	57	1
02.04.03.03 Incision du segment antérieur de l'oeil						
BEPA004	Iridotomie ou iridectomie périphérique ou sectorielle sans laser Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	6,F,G,P,S,U	83,60	70	1
		0 4 Y	7,8,A,F,P,S,U	66,35	29	1
BEPP002	Iridotomie avec laser Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	6,F,P,S,U	83,60	27	1
BEPB001	Goniotomie oculaire, par voie transsclérale <i>Goniotomie ab interno</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6,F,G,P,S,U	154,08	127	1
		0 4 Y	7,8,A,F,P,S,U	79,54	44	1
BEPA003	Trabéculotomie, par sclérotomie <i>Trabéculotomie ab externo</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6,F,G,P,S,U	153,64	127	1
		0 4 Y	7,8,A,F,P,S,U	90,10	44	1
BEPA002	Décollement du corps ciliaire [Cyclodialyse] Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6,G	125,40	106	1
		0 4 Y	7,8,A	75,51	36	1

BEJB004 Drainage de l'humeur aqueuse de l'oeil <i>Pose de valves, de tissu scléral, d'implant relargant infraténionien ou intraoculaire</i> <i>Indication : glaucome réfractaire, après échec de traitement alternatif ou en cas de haut risque d'échec chirurgical</i> <i>Facturation : ne peut pas être facturé pour le drainage de l'humeur aqueuse par voie ab interno</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6,G	227,59	212	1		
	0 4 Y	7,8,A	110,63	76	1		
BEGA002 Ablation de système mécanique de drainage de l'humeur aqueuse <i>Ablation de valves, d'implant relargant infraténionien ou intraoculaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6,G	84,48	114	1		
	0 4 Y	7,8,A	72,94	40	1		
BEMA008 Correction chirurgicale d'une fistule ou d'un drainage de l'humeur aqueuse <i>À l'exclusion de : libération d'adhérence subconjonctivale après opération fistulisante (BCLA001)</i> <i>Réfection d'une fistule hypertrophique ou atrophique</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6,F,G,P,S,U	136,81	144	1		
	0 4 Y	7,8,A,F,P,S,U	82,47	58	1		
02.04.03.04 Extraction, ablation, résection, exérèse du segment antérieur de l'oeil	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BEGA003 Ablation de corps étranger intraoculaire du segment antérieur avec réparation de plaie perforante de l'oeil intéressant au moins 2 des structures suivantes : cornée, iris, cristallin <i>Avec ou sans :</i> <i>- extraction du cristallin</i> <i>- électroaimant</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,O,P,S,T,U	300,28	267	1		
	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	144,52	106	1		
BEGA004 Ablation secondaire de corps étranger du segment antérieur de l'oeil <i>Avec ou sans : électroaimant</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		104,50	117	1		
	0 4 Y	7,A	77,34	46	1		
BEFA007 Résection ou réintégration secondaire de hernie de l'iris <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un acte de vitrectomie antérieure</i> Coder éventuellement 14 : (BGFA008) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6,T	125,40	81	1		
	0 4 Y	7,8,A,T	83,60	31	1		
BEFA001 Exérèse de lésion de l'iris Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		113,22	119	1		
	0 4 Y	7,A	79,55	64	1		
BEFA004 Exérèse de lésion du corps ciliaire Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		232,77	204	1		
	0 4 Y	7,A	84,60	75	1		
BEFA009 Iridocyclectomie pour tumeur du corps ciliaire Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		282,83	266	1		
	0 4 Y	7,A	94,50	100	1		
BEFA003 Exérèse d'une invasion épithéliale de la chambre antérieure de l'oeil, sans autogreffe Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		128,75	127	1		
	0 4 Y	7,A	68,55	44	1		
BEFA005 Exérèse d'une invasion épithéliale de la chambre antérieure de l'oeil, avec autogreffe cornéenne ou cornéosclérale Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6,G	250,80	193	1		
	0 4 Y	7,8,A	104,50	71	1		
BEFA008 Trabéculéctomie [Sclérectomie transfixiante] <i>Avec ou sans : administration locale d'agent pharmacologique antimittotique</i> <i>Indication : reprise chirurgicale, mélanodermie, sujet de moins de 60 ans. Sous réserve de la validation de l'utilisation des antimittotiques dans ces indications par l'Afssaps</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6	209,00	130	1		
	0 4 Y	7,8,A	90,83	51	1		
BGFA014 Sclérectomie profonde non transfixiante ou sclérokératectomie profonde, sans viscocanaliculoplastie <i>Avec ou sans : administration locale d'agent pharmacologique antimittotique</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6	209,00	144	1		
	0 4 Y	7,8,A	93,39	57	1		
BGFA900 Sclérectomie profonde non transfixiante ou sclérokératectomie profonde, avec viscocanaliculoplastie <i>Avec ou sans : administration locale d'agent pharmacologique antimittotique</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 1 Y		0,00	160	1		
	0 4 Y	7,A	0,00	70	1		
02.04.03.05 Réparation du segment antérieur de l'oeil	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BEEA001 Coréopraxie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		83,60	76	1		
	0 4 Y	7,A	66,72	30	1		
BEMA002 Plastie de la pupille ou de l'iris, sans laser Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	T	86,89	92	1		
	0 4 Y	7,A,T	68,91	37	1		
BEMPO01 Plastie de la pupille ou de l'iris, avec laser Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	T	83,60	34	1		
	0 4 Y	7,A,T	63,41	29	1		

BELA340 Implantation d'iris artificiel sur oeil pseudophaque dans le sulcus en arrière d'un résidu irien et en avant de l'implant à support capsulaire	0 1 Y 0 4 Y	7	106 1 43 1
<p><i>Indication : acte thérapeutique, conformément aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la haute autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</i></p> <p><i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i></p> <p><i>Environnement :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - conformément à l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale - conformément à l'arrêté en vigueur limitant la pratique des actes d'implantation d'un iris artificiel à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L.1151-1 du code de la santé publique <p><i>Recueil prospectif de donnees : nécessaire</i></p> <p><i>Facturation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge provisoire conformément aux dispositions des articles L.162-1-7 et D.162-25-1 du code de la sécurité sociale - les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés <p>Coder éventuellement 1 : (BGFA008)</p>			
BELA129 Implantation d'iris artificiel sur oeil pseudophaque dans le sulcus en avant de l'implant à support capsulaire avec fixation de la sclère	0 1 Y 0 4 Y	7	193 1 116 1
<p><i>Indication : acte thérapeutique, conformément aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</i></p> <p><i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i></p> <p><i>Environnement :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - conformément à l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale - conformément à l'arrêté en vigueur limitant la pratique des actes d'implantation d'un iris artificiel à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L.1151-1 du code de la santé publique <p><i>Recueil prospectif de donnees : nécessaire</i></p> <p><i>Facturation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge provisoire conformément aux dispositions des articles L.162-1-7 et D.162-25-1 du code de la sécurité sociale - les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés <p>Coder éventuellement 1 : (BGFA008)</p>			
BELA226 Implantation d'iris artificiel en arrière d'un résidu irien avec extraction du cristallin et mise en place d'un implant à support capsulaire	0 1 Y 0 4 Y	7	159 1 79 1
<p><i>Indication : acte thérapeutique, conformément aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</i></p> <p><i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i></p> <p><i>Environnement :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - conformément à l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale - conformément à l'arrêté en vigueur limitant la pratique des actes d'implantation d'un iris artificiel à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L.1151-1 du code de la santé publique <p><i>Recueil prospectif de donnees : nécessaire</i></p> <p><i>Facturation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge provisoire conformément aux dispositions des articles L.162-1-7 et D.162-25-1 du code de la sécurité sociale - les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés <p>Coder éventuellement 1 : (BFLA002, BGFA008)</p>			
BELA201 Implantation d'iris artificiel dans le sulcus avec fixation à la sclère, avec extraction du cristallin et mise en place d'un implant à support capsulaire	0 1 Y 0 4 Y	7	248 1 134 1
<p><i>Indication : acte thérapeutique, conformément aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la haute autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</i></p> <p><i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i></p> <p><i>Environnement :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - conformément à l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale - conformément à l'arrêté en vigueur limitant la pratique des actes d'implantation d'un iris artificiel à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L.1151-1 du code de la santé publique <p><i>Recueil prospectif de donnees : nécessaire</i></p> <p><i>Facturation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge provisoire conformément aux dispositions des articles L.162-1-7 et D.162-25-1 du code de la sécurité sociale - les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés <p>Coder éventuellement 1 : (BGFA008)</p>			

BELA473 Implantation d'iris artificiel sur oeil aphaque avec fixation à la sclère, avec mise en place d'un implant cristallin suturé	0 1 Y			483	1
	0 4 Y	7		137	1
<i>Indication : acte thérapeutique, conformément aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la haute autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</i>					
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>					
<i>Environnement :</i>					
- conformément à l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale					
- conformément à l'arrêté en vigueur limitant la pratique des actes d'implantation d'un iris artificiel à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L.1151-1 du code de la santé publique					
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>					
<i>Facturation :</i>					
- prise en charge provisoire conformément aux dispositions des articles L.162-1-7 et D.162-25-1 du code de la sécurité sociale					
- les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés					
Coder éventuellement 1 : (BGFA008)					

BEEA670 Repositionnement d'un iris artificiel	0 1 Y			192	1
	0 4 Y	7		105	1
<i>Indication : acte thérapeutique</i>					
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>					
<i>Environnement : conforme aux dernières recommandations de la Haute Autorité de santé [HAS]</i>					
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>					
<i>Facturation :</i>					
- prise en charge provisoire conformément aux dispositions des articles L.162-1-7 et D.162-25-1 du code de la sécurité sociale					
- les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés					
- l'acte initial à visée thérapeutique a été lui-même pris en charge par l'Assurance Maladie					
Coder éventuellement 1 : (BGFA008)					

BEGA607 Ablation d'un iris artificiel	0 1 Y			94	1
	0 4 Y	7		49	1
<i>Indication : acte thérapeutique</i>					
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>					
<i>Environnement : conforme aux dernières recommandations de la Haute Autorité de santé [HAS]</i>					
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>					
<i>Facturation :</i>					
- prise en charge provisoire conformément aux dispositions des articles L.162-1-7 et D.162-25-1 du code de la sécurité sociale					
- les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés					
- l'acte initial à visée thérapeutique a été lui-même pris en charge par l'Assurance Maladie					

BEEA002 Réinsertion de la racine de l'iris	0 1 Y			97,25	103	1
	0 4 Y	7,A		70,74	42	1
<i>Réparation d'une déchirure traumatique de l'iris [Iridodialyse]</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

02.04.04 Actes thérapeutiques sur le cristallin

Facturation : le tarif prend en compte l'antibioprophylaxie par injection d'antibiotique dans la chambre antérieure de l'oeil lorsqu'elle est indiquée, selon les recommandations de bonne pratique en vigueur

02.04.04.01 Extraction du cristallin

Comprend : extraction du cristallin, quelle que soit la voie d'abord
Avec ou sans : suture

BFGA003 Extraction extracapsulaire manuelle du cristallin, sans implantation de cristallin artificiel	0 1 Y	6,F,G,P,S,U	209,00	141	1
	0 4 Y	7,8,A,F,P,S,U	91,56	71	1

Coder éventuellement 14 : (BFLA002, BGFA008) - 4 : (GELE001, YYYY041)

BFGA002 Extraction extracapsulaire manuelle du cristallin, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'oeil	0 1 Y	6,G	271,70	149	1
	0 4 Y	7,8,A	112,60	74	1

Facturation : autorisée uniquement pour le traitement chirurgical de la cataracte

Coder éventuellement 14 : (BFLA002, BFLA900, BGFA008) - 4 : (GELE001, YYYY041)

BFGA008 Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, sans implantation de cristallin artificiel	0 1 Y	6,G	209,00	141	1
	0 4 Y	7,8,A	91,56	71	1

Coder éventuellement 14 : (BFLA002, BGFA008) - 4 : (GELE001, YYYY041)

BFGA427 Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'oeil, sans implantation de dispositif de drainage trabéculaire	0 1 Y	G		152	1
	0 4 Y	7,A		72	1

Environnement : conforme aux préconisations de la Haute Autorité de Santé dans son rapport de juillet 2010 sur les conditions de réalisation de la chirurgie de la cataracte

Facturation : autorisée uniquement pour le traitement chirurgical de la cataracte

Coder éventuellement 14 : (BFLA002, BFLA900, BGFA008) - 4 : (GELE001, YYYY041)

BFGA368 Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'oeil, avec implantation de dispositif de drainage trabéculaire ab interno	0 1 Y			158	1
--	-------	--	--	-----	---

Indication :

- traitement de la cataracte chez le patient présentant un glaucome chronique à angle ouvert, léger à modéré, mal équilibré par les traitements médicamenteux hypotonisants ou y étant intolérant

- conforme aux indications et contre-indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical de drainage trabéculaire émis par la commission de la Haute Autorité de Santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale

Formation : conforme aux préconisations de la Haute Autorité de Santé relatives aux conditions de prescription et d'utilisation du dispositif médical de drainage trabéculaire

Environnement : conforme aux préconisations de la Haute Autorité de Santé dans son rapport de juillet 2010 sur les conditions de réalisation de la chirurgie de la cataracte

Coder éventuellement 1 : (BFLA002, BFLA900, BGFA008, ZZLP030)

BFGA004	Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'oeil <i>Facturation : autorisée uniquement pour le traitement chirurgical de la cataracte</i> Coder éventuellement 14 : (BFLA002, BFLA900, BGFA008) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	6,G 7,8,A	271,70 111,00	152 ± 72 ±
BFGA009	Extraction intracapsulaire du cristallin, sans implantation de cristallin artificiel Coder éventuellement 14 : (BGFA008) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	6,G 7,8,A	209,00 91,93	136 1 67 1
BFGA006	Extraction intracapsulaire ou extracapsulaire du cristallin, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre antérieure de l'œil en cas d'impossibilité d'implantation dans la chambre postérieure <i>Facturation : autorisée uniquement pour le traitement chirurgical de la cataracte</i> Coder éventuellement 14 : (BGFA008) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	6,G 7,8,A	271,70 112,90	152 1 75 1
BFGA010	Extraction du cristallin par sclérotomie postérieure [pars plana] [Phakophagie] <i>Avec ou sans : vitrectomie par sclérotomie postérieure</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	6,G 7,8,A	212,06 98,89	205 1 82 1
BFGA007	Extraction de cristallin subluxé ou ectopique Coder éventuellement 14 : (BFLA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	6,F,G,P,S,U 7,8,A,F,P,S,U	221,99 99,26	208 1 83 1
BFGA001	Extraction de cristallin luxé Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	6,F,G,P,S,U 7,8,A,F,P,S,U	233,64 100,72	217 1 86 1
BFFA001	Capsulotomie cornéenne pour cataracte secondaire, avec laser Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 ±		83,60	27 ±
BFFA002	Capsulotomie ou exérèse partielle ou totale de reliquats de la capsule du cristallin, par kératotomie Coder éventuellement 14 : (BFLA002, BGFA008) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	6,G 7,8,A	94,66 70,38	100 1 54 1
BFFP001	Capsulotomie du cristallin pour cataracte secondaire, avec laser Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y		83,60	27 1
BFGA005	Ablation de matériel implanté dans le segment antérieur de l'œil <i>Explantation de cristallin artificiel ou de lentille intraoculaire</i> Coder éventuellement 14 : (BGFA008) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	7,A	125,40 87,53	114 1 60 1
02.04.04.02 Implantation de cristallin artificiel		Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
BFLA001	Implantation secondaire d'un cristallin artificiel non suturé Coder éventuellement 14 : (BGFA008) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	7,A	125,40 93,76	114 1 56 1
BFLA003	Implantation secondaire d'un cristallin artificiel suturé Coder éventuellement 14 : (BGFA008) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	7,A	145,88 100,00	185 1 96 1
BFLA004	Implantation secondaire de cristallin artificiel sur un oeil pseudophaque Coder éventuellement 14 : (BGFA008) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	7,A	125,40 86,06	108 1 64 1
BFKA001	Changement de matériel implanté dans le segment antérieur de l'oeil <i>Explantation de cristallin artificiel ou de lentille intraoculaire, avec réimplantation</i> Coder éventuellement 14 : (BGFA008) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	7,A	156,75 104,50	144 1 79 1
BFEA001	Repositionnement de cristallin artificiel ou de lentille intraoculaire Coder éventuellement 14 : (BFLA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	125,40 93,76	106 1 54 1
02.04.05 Actes thérapeutiques sur la rétine, la choroïde, le corps vitré, la sclère [sclérotique] et le segment postérieur de l'oeil					
02.04.05.01 Évacuation et injection dans le segment postérieur de l'oeil		Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
BGLB002	Injection de gaz dans le corps vitré <i>Forfait : liste SE2</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y		83,60	57 1
BGLB001	Injection d'agent pharmacologique dans le corps vitré <i>Forfait : liste SE2</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y		83,60	45 1
BGJB001	Évacuation de collection de la choroïde, par voie transclérale <i>Traitement de décollement</i> <i>Évacuation d'hématome choroïdien de la choroïde</i> <i>Forfait : liste SE2</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y		83,60	69 1
02.04.05.02 Photocoagulation, cryoapplication et autres destructions du segment postérieur de l'oeil		Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
BGNP006	Destruction de lésion choriorétinienne par photocoagulation transclérale Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		123,83	65 1
BGNP004	Séance de destruction de lésion choriorétinienne par photocoagulation transpupillaire avec laser <i>À l'exclusion de : séance de photocoagulation transpupillaire pour rétinopathie du prématuré (BGNP005)</i> <i>Facturation : la consultation de contrôle dans le mois qui suit n'est pas facturable qu'elle ait comporté ou non une biomicroscopie du fond d'oeil et/ou une gonioscopie</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		113,36	54 1
BGNP002	Séance de destruction de lésion choriorétinienne par cryoapplication transclérale <i>À l'exclusion de : séance de cryoapplication transclérale pour rétinopathie du prématuré (BGLP001)</i> <i>Destruction de zone d'ischémie de la rétine par cryoapplication</i> <i>Indication : réservé aux contre-indications à la réalisation de coagulation avec laser : comée opaque, pupille non dilatable, cataracte trop dense pour permettre le passage des rayons laser</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		107,33	115 1
BGNP003	Séance de destruction de lésion choriorétinienne par photocoagulation avec laser, à l'aide de verre de contact <i>Facturation : la consultation de contrôle dans le mois qui suit n'est pas facturable, qu'elle ait comporté ou non une biomicroscopie du fond d'oeil et/ou une gonioscopie</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	T	101,16	35 1

BGNP007	Séance de destruction de lésion chorioretinienne par photocoagulation avec laser, à l'aide d'ophtalmoscope indirect	0	1		T		83,60	39	1
<i>Facturation : la consultation de contrôle dans le mois qui suit n'est pas facturable, qu'elle ait comporté ou non une biomicroscopie du fond d'oeil et/ou une gonioscopie</i>									
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
BGNP005	Séance de photocoagulation transpupillaire pour rétinopathie du prématuré	0	1	Y			126,03	72	1
<i>Facturation : la consultation de contrôle dans le mois qui suit n'est pas facturable ; les actes du sous paragraphe 02.04.05.02 "Photocoagulation, cryoapplication et autres destructions du segment postérieur de l'oeil" ne sont pas facturables avec les actes du sous paragraphe 02.04.05.07 "Traitement du décollement de rétine".</i>									
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
BGLP001	Séance de cryoapplication transclérale pour rétinopathie du prématuré	0	1	Y		T	117,68	141	1
<i>Facturation : la consultation de contrôle dans le mois qui suit n'est pas facturable ; les actes du sous paragraphe 02.04.05.02 "Photocoagulation, cryoapplication et autres destructions du segment postérieur de l'oeil" ne sont pas facturables avec les actes du sous paragraphe 02.04.05.07 "Traitement du décollement de rétine".</i>									
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
BGNP008	Séance de photocoagulation chorioretinienne du pôle postérieur, avec laser à argon ou diode	0	1			T	125,40	32	1
<i>Photocoagulation chorioretinienne de la macula au laser à argon ou avec diode</i>									
<i>Facturation : la consultation de contrôle dans le mois qui suit n'est pas facturable, qu'elle ait comporté ou non une biomicroscopie du fond d'oeil et/ou une gonioscopie</i>									
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
BGNP001	Séance de photocoagulation chorioretinienne du pôle postérieur, avec laser monochromatique ou laser à colorants	0	1			T	146,30	32	1
<i>À l'exclusion de : séance de photothérapie dynamique de la région maculaire avec injection de produit photosensibilisant (BGRF001)</i>									
<i>Séance de photocoagulation chorioretinienne de la macula au laser monochromatique ou au laser à colorants</i>									
<i>Facturation : la consultation de contrôle dans le mois qui suit n'est pas facturable, qu'elle ait comporté ou non une biomicroscopie du fond d'oeil et/ou une gonioscopie</i>									
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
BGRF001	Séance de photothérapie dynamique de la région maculaire avec injection de produit photosensibilisant	0	1	Y		T	146,30	20	1
<i>Séance de traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge [DMLA]</i>									
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale pour poser les indications et réaliser le geste</i>									
<i>Environnement : laser de longueur d'onde spécifique</i>									
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>									
BGNA001	Destruction de lésion chorioretinienne par agent physique, par sclérotomie	0	1	Y			233,64	262	1
<i>Avec ou sans : vitrectomie</i>									
<i>Endophotocoagulation au laser</i>									
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
02.04.05.03 Rétinotomie									
BGJA001	Évacuation d'hématome préretinien avec laser	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>									
0 1 Y 125,40 150 1									
0 4 Y 7,A 72,57 30 1									
BGJA002	Évacuation de collection subrétinienne, par rétinotomie	0	1	Y		F,O,P,S,U	330,17	320	1
<i>Coder éventuellement 14 : (BGJA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>									
0 4 Y 7,A,F,O,P,S,U 107,67 91 1									
BGPA001	Rétinotomie relaxante et/ou dissection de membrane rétroretinienne	0	1	Y			333,62	291	1
<i>Avec ou sans : vitrectomie</i>									
Coder éventuellement 14 : (BGJA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
0 4 Y 7,A 107,67 91 1									
02.04.05.04 Exérèse de lésion de la choroïde									
<i>Avec ou sans : vitrectomie</i>									
BGFA002	Exérèse de néovaisseaux choroïdiens de topographie maculaire, par rétinotomie	0	1	Y			333,62	320	1
<i>Avec ou sans : endophotocoagulation laser de lésion chorioretinienne</i>									
Coder éventuellement 14 : (BGJA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
0 4 Y 7,A 107,67 91 1									
BGFA004	Exérèse de tumeur de la choroïde sans iridocyclectomie	0	1	Y			353,47	320	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>									
0 4 Y 7,A 107,67 91 1									
BGFA007	Exérèse de tumeur de la choroïde avec iridocyclectomie	0	1	Y		I,O	462,77	385	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>									
0 4 Y 7,A 116,10 112 1									
02.04.05.05 Vitrectomie									
BGFA001	Vitrectomie par sclérotomie postérieure, sans coagulation de la rétine	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>									
0 1 Y 215,94 224 1									
0 4 Y 7,A 108,79 83 1									
BGFA009	Vitrectomie par sclérotomie postérieure, avec endocoagulation de la rétine avec laser ou par diathermie sans tamponnement	0	1	Y		6	271,70	311	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>									
0 4 Y 7,8,A 117,93 89 1									
BGFA006	Vitrectomie par sclérotomie postérieure, avec coagulation transclérale de la rétine sans tamponnement	0	1	Y		6	271,70	295	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>									
0 4 Y 7,8,A 118,67 91 1									
BGFA010	Vitrectomie par sclérotomie postérieure, avec coagulation de la rétine et tamponnement interne provisoire	0	1	Y		6	289,31	343	1
<i>Avec ou sans :</i>									
<i>- coagulation transclérale</i>									
<i>- endophotocoagulation au laser</i>									
<i>Vitrectomie avec injection de substitut de vitré, de perfluorocarbonate ou échange fluide-gaz</i>									
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
0 4 Y 7,8,A 124,54 107 1									
BGFA011	Vitrectomie par sclérotomie postérieure, avec extraction du cristallin	0	1	Y			305,71	336	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>									
0 4 Y 7,A 125,40 106 1									

BGFA005	Vitrectomie par sclérotomie postérieure, avec dissection du cortex vitréen [pelage] et tamponnement interne par gaz	0 1 Y	6	275,50	285	1		
		0 4 Y	7,8,A	116,47	94	1		
<p>Avec ou sans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - injection de substance biologique ou d'agent pharmacologique - endophotocoagulation laser de lésion chorioretinienne <p>Traitement du trou maculaire</p> <p>Coder éventuellement 14 : (BGBA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>								
BGFA003	Vitrectomie avec dissection des membranes, coagulation et tamponnement intraoculaire ou indentation transsclérale, pour rétinopathie du prématuré	0 1 Y	6	550,86	610	1		
		0 4 Y	7,8,A	172,90	207	1		
<p>Coder éventuellement 14 : (BGBA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>								
02.04.05.06 Ablation de matériel et de corps étranger du segment postérieur de l'oeil		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BGBA003	Ablation de matériel implanté ou de matériel d'indentation du segment postérieur de l'oeil, extériorisé	0 1 Y			6,T	83,60	95	1
		0 4 Y			7,8,A,T	75,88	50	1
<p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>								
BGBA004	Ablation de matériel implanté ou de matériel d'indentation du segment postérieur de l'oeil, non extériorisé	0 1 Y			6,G	83,60	111	1
		0 4 Y			7,8,A	79,18	58	1
<p>À l'exclusion de : ablation d'huile de silicone intravitréenne (BGBA005)</p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>								
BGBA005	Ablation d'huile de silicone intravitréenne	0 1 Y				209,00	147	1
		0 4 Y			7,A	96,33	62	1
<p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>								
BGBA002	Ablation secondaire de corps étranger du segment postérieur de l'oeil sans électroaimant	0 1 Y				240,53	250	1
		0 4 Y			7,A	84,60	77	1
<p>Coder éventuellement 14 : (BGBA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>								
BGBA001	Ablation secondaire de corps étranger du segment postérieur de l'oeil avec électroaimant	0 1 Y				209,00	180	1
		0 4 Y			7,A	83,60	52	1
<p>Coder éventuellement 14 : (BGBA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>								
02.04.05.07 Traitement du décollement de rétine								
<p>Avec ou sans : drainage de collection subrétinienne</p> <p>Facturation : les actes du sous paragraphe 02.04.05.02 Photocoagulation, cryoapplication et autres destructions du segment postérieur de l'oeil ne sont pas facturables avec les actes du sous paragraphe 02.04.05.07 Traitement du décollement de rétine</p>								
BGBA001	Tamponnement interne du segment postérieur de l'oeil par fossette colobomateuse ou par trou maculaire, pour décollement de rétine	0 1 Y			6,F,G,P,S,U	259,09	330	1
		0 4 Y			7,8,A,F,P,S,U	127,49	122	1
<p>Avec ou sans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - vitrectomie - coagulation <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>								
BGDA008	Rétinopexie par coagulation par cryoapplication ou avec laser extraoculaire sans indentation, avec tamponnement interne par gaz	0 1 Y			6,F,G,P,S,U	169,18	158	1
		0 4 Y			7,8,A,F,P,S,U	91,64	79	1
<p>Facturation : la consultation de contrôle dans le mois qui suit n'est pas facturable, qu'elle ait comporté ou non une biomicroscopie du fond d'oeil et/ou une gonioscopie</p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>								
BGDA004	Rétinopexie par coagulation par cryoapplication ou avec laser extraoculaire avec indentation sclérale limitée à un quadrant, sans tamponnement	0 1 Y			6,F,G,P,S,U	209,00	177	1
		0 4 Y			7,8,A,F,P,S,U	109,52	86	1
<p>Facturation : la consultation de contrôle dans le mois qui suit n'est pas facturable, qu'elle ait comporté ou non une biomicroscopie du fond d'oeil et/ou une gonioscopie</p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>								
BGDA003	Rétinopexie par coagulation par cryoapplication ou avec laser extraoculaire avec indentation sclérale limitée à un quadrant, avec tamponnement interne par gaz	0 1 Y			6,F,G,P,S,U	225,43	216	1
		0 4 Y			7,8,A,F,P,S,U	115,39	100	1
<p>Facturation : la consultation de contrôle dans le mois qui suit n'est pas facturable, qu'elle ait comporté ou non une biomicroscopie du fond d'oeil et/ou une gonioscopie</p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>								
BGDA002	Rétinopexie par coagulation par cryoapplication ou avec laser extraoculaire avec indentation sclérale sur plus d'un quadrant, sans tamponnement	0 1 Y			6,F,G,P,S,U	313,50	232	1
		0 4 Y			7,8,A,F,P,S,U	129,67	106	1
<p>À l'exclusion de : rétinopexie par coagulation par cryoapplication ou avec laser extraoculaire avec indentation sclérale sur 360° [cerclage], sans tamponnement (BGDA005)</p> <p>Facturation : la consultation de contrôle dans le mois qui suit n'est pas facturable, qu'elle ait comporté ou non une biomicroscopie du fond d'oeil et/ou une gonioscopie</p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>								
BGDA001	Rétinopexie par coagulation par cryoapplication ou avec laser extraoculaire avec indentation sclérale sur plus d'un quadrant, avec tamponnement interne par gaz	0 1 Y			6,F,G,P,S,U	313,50	257	1
		0 4 Y			7,8,A,F,P,S,U	133,70	116	1
<p>À l'exclusion de : rétinopexie par coagulation par cryoapplication ou avec laser extraoculaire avec indentation sclérale sur 360° [cerclage], avec tamponnement interne par gaz (BGDA006)</p> <p>Facturation : la consultation de contrôle dans le mois qui suit n'est pas facturable, qu'elle ait comporté ou non une biomicroscopie du fond d'oeil et/ou une gonioscopie</p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>								
BGDA005	Rétinopexie par coagulation par cryoapplication ou avec laser extraoculaire avec indentation sclérale sur 360° [cerclage], sans tamponnement	0 1 Y			6,F,G,P,S,U	313,50	284	1
		0 4 Y			7,8,A,F,P,S,U	137,73	125	1
<p>Facturation : la consultation de contrôle dans le mois qui suit n'est pas facturable, qu'elle ait comporté ou non une biomicroscopie du fond d'oeil et/ou une gonioscopie</p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>								
BGDA006	Rétinopexie par coagulation par cryoapplication ou avec laser extraoculaire avec indentation sclérale sur 360° [cerclage], avec tamponnement interne par gaz	0 1 Y			6,F,G,P,S,U	313,50	276	1
		0 4 Y			7,8,A,F,P,S,U	136,63	123	1
<p>Facturation : la consultation de contrôle dans le mois qui suit n'est pas facturable, qu'elle ait comporté ou non une biomicroscopie du fond d'oeil et/ou une gonioscopie</p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>								

BGDA007 Indentation transscclérale par ballonnet <i>Avec ou sans : coagulation par cryoapplication ou par laser extraoculaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		6,F,G,P,S,U	313,50	193	1	
	0 4 Y		7,8,A,F,P,S,U	120,87	92	1	
BGMA003 Modification d'indentation sclérale pour décollement de rétine persistant Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		6,G	391,88	198	1	
	0 4 Y		7,8,A	130,63	80	1	
02.04.05.08 Actes thérapeutiques sur la sclère	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BGFA012 Exérèse de lésion de la sclère Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			104,50	98	1	
	0 4 Y		7,A	74,05	38	1	
BGCA002 Suture de plaie de la sclère Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		F,O,P,S,T,U	104,50	111	1	
	0 4 Y		7,A,F,O,P,S,T,U	76,61	48	1	
BGSA002 Fermeture de fistule de la sclère Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			104,50	111	1	
	0 4 Y		7,A	76,25	47	1	
BGMA900 Renforcement scléral postérieur de l'oeil par autogreffe tissulaire	0 1 Y			0,00	266	1	
	0 4 Y		7,A	0,00	106	1	
BGMA901 Renforcement scléral postérieur de l'oeil par matériau de synthèse	0 1 Y			0,00	185	1	
	0 4 Y		7,A	0,00	72	1	
02.04.05.09 Autres actes thérapeutiques sur la rétine, la choroïde et le corps vitré	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BGPA002 Dissection de la membrane épitrétiennne et/ou de la membrane vitrée [hyaloïde] <i>Avec ou sans :</i> - vitrectomie - endophotocoagulation de lésion choroïdétrétiennne avec laser Coder éventuellement 14 : (BGPA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			271,70	224	1	
	0 4 Y		7,A	108,04	76	1	
BGPA003 Section ou libération de brides, de membranes et/ou d'adhérences vitréorétiennnes postopératoires <i>Avec ou sans :</i> - endophotocoagulation de lésion choroïdétrétiennne avec laser - administration locale d'agent pharmacologique antimitotique Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		6,G	146,42	272	1	
	0 4 Y		7,8,A	75,14	91	1	
BGPP002 Vitréosection avec laser <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1			105,17	39	1	
BGMA002 Opération rétinovitréennne associant au moins 4 des actes suivants : coagulation, vitrectomie, endocoagulation avec laser, rétinotomie, tamponnement interne, échange fluide-gaz, dissection de brides, rétinectomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		6,G	474,17	571	1	
	0 4 Y		7,8,A	167,20	170	1	
BGMA001 Opération rétinovitréennne associant une indentation et au moins 4 des actes suivants : coagulation, vitrectomie, endocoagulation avec laser, rétinotomie, tamponnement interne, échange fluide-gaz, dissection de brides Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		6,G	502,13	610	1	
	0 4 Y		7,8,A	167,20	182	1	
02.04.06 Actes thérapeutiques sur le bulbe oculaire [globe oculaire]							
02.04.06.01 Suture du bulbe oculaire [globe oculaire]	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BHMA001 Réparation de plaie linéaire perforante du bulbe [globe] oculaire, avec suture cornéosclérale <i>À l'exclusion de : réparation de plaie limitée</i> - à la cornée (cf 02.04.02.02) - à la sclère (BGCA002) Coder éventuellement 14 : (BGFA008) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		F,O,P,S,T,U	188,10	160	1	
	0 4 Y		7,A,F,O,P,S,T,U	100,37	85	1	
BHMA002 Réparation de plaie non linéaire perforante du bulbe [globe] oculaire intéressant au moins 3 des structures suivantes : cornée, sclère, iris, corps ciliaire, cristallin, corps vitré, rétine Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		F,O,P,S,T,U	218,38	301	1	
	0 4 Y		7,A,F,O,P,S,T,U	119,43	115	1	
02.04.06.02 Éviscération du bulbe oculaire [globe oculaire] <i>Avec ou sans : amputation du segment antérieur</i>							
BHGA002 Éviscération du bulbe [globe] oculaire, sans comblement de la cavité sclérale Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		F,P,S,U	110,35	119	1	
	0 4 Y		7,A,F,P,S,U	89,07	63	1	
BHGA006 Éviscération du bulbe [globe] oculaire, avec comblement de la cavité sclérale Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		F,P,S,U	167,20	144	1	
	0 4 Y		7,A,F,P,S,U	98,60	65	1	
02.04.06.03 Énucléation du bulbe oculaire [globe oculaire]	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BHGA004 Énucléation du bulbe [globe] oculaire sans mobilisation [no touch] Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		F,P,S,U	125,45	144	1	
	0 4 Y		7,A,F,P,S,U	81,74	83	1	
BHGA001 Énucléation du bulbe [globe] oculaire, sans insertion d'implant ni autogreffe Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		F,P,S,U	106,47	119	1	
	0 4 Y		7,A,F,P,S,U	77,35	72	1	
BHGA005 Énucléation du bulbe [globe] oculaire, avec insertion d'un implant nu dans la gaine du bulbe [capsule de Tenon] Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			167,20	171	1	
	0 4 Y		7,A	93,47	95	1	
BHGA003 Énucléation du bulbe [globe] oculaire, avec insertion d'un implant habillé dans la gaine du bulbe [capsule de Tenon] Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			167,20	171	1	
	0 4 Y		7,A	93,47	95	1	
BHGA007 Énucléation du bulbe [globe] oculaire, avec insertion d'un implant biocolonisable dans la gaine du bulbe [capsule de Tenon] Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			167,20	171	1	
	0 4 Y		7,A	93,47	95	1	
BKGA007 Exentération de l'orbite Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		F,P,S,U	219,68	206	1	
	0 4 Y		7,A,F,P,S,U	95,24	87	1	

BKGA006	Exentération de l'orbite étendue aux structures musculaires adjacentes et/ou aux parois osseuses, sans comblement	0 1 Y	F,P,S,U	269,74	306	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	109,53	129	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
BKGA004	Exentération de l'orbite étendue aux structures musculaires adjacentes et/ou aux parois osseuses, avec comblement par autogreffe cutanée et lambeau musculaire temporal	0 1 Y	F,P,S,U	368,07	385	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	139,55	163	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

02.04.07 Prélèvement de tissu au niveau du bulbe oculaire

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BDFA006	Prélèvement unilatéral ou bilatéral de cornée avec collerette sclérale sur un sujet décédé, avec pose de prothèse	0	1		F,U	0,00	68	1
BDFA007	Prélèvement unilatéral ou bilatéral de cornée avec collerette sclérale au cours d'un prélèvement multiorgane sur un sujet en état de mort encéphalique, avec pose de prothèse	0	1		F,U	0,00	78	1
		0	4		A,F,U	0,00	40	1
BHFA001	Prélèvement unilatéral ou bilatéral du bulbe [globe] oculaire, au cours d'un prélèvement multiorgane sur un sujet en état de mort encéphalique	0	1		F,U	0,00	60	1
		0	4		A,F,U	0,00	30	1

02.05 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'ORBITE ET LES ORGANES ACCESSOIRES DE L'OEIL

À l'exclusion de : actes thérapeutiques sur :
- les parois osseuses de l'orbite (cf chapitre 11)
- le bulbe oculaire (cf 02.04)

02.05.01 Actes thérapeutiques sur les muscles oculomoteurs

02.05.01.01 Suture et réinsertion de muscle oculomoteur

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BJCA001	Suture de plaie des muscles oculomoteurs	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	125,40	117	1
		0	4	Y	7,A,F,O,P,S,T,U	94,93	65	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
BJEA002	Réinsertion posttraumatique de muscle oculomoteur	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	129,48	141	1
		0	4	Y	7,A,F,O,P,S,T,U	100,80	75	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

02.05.01.02 Plastie de muscle oculomoteur

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BJMA002	Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion d'un muscle oculomoteur droit	0	1	Y	J,K,T	155,89	95	1
		0	4	Y	7,A	102,98	58	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
BJMA004	Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion d'un muscle oculomoteur oblique	0	1	Y	J,K,T	155,89	103	1
		0	4	Y	7,A	104,45	61	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
BJMA005	Renforcement, affaiblissement ou déplacement unilatéral de l'insertion de 2 muscles oculomoteurs	0	1	Y	J,K,T	155,89	149	1
		0	4	Y	7,A	104,81	70	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
BJMA003	Renforcement, affaiblissement ou déplacement bilatéral de l'insertion d'un muscle oculomoteur	0	1	Y	J,K,T	218,59	163	1
		0	4	Y	7,A	118,29	76	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
BJMA006	Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion de 2 muscles oculomoteurs d'un côté et d'un muscle oculomoteur de l'autre	0	1	Y	J,K,T	218,59	204	1
		0	4	Y	7,A	130,76	94	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
BJMA007	Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion de 4 muscles oculomoteurs ou plus	0	1	Y	J,K,T	218,59	236	1
	<i>Correction du nystagmus</i>	0	4	Y	7,A	136,99	107	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
BJMA001	Renforcement ou affaiblissement unilatéral ou bilatéral de muscle oculomoteur, avec suture ajustable	0	1	Y	J,K,T	187,24	168	1
		0	4	Y	7,A	118,29	63	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
BJMA009	Renforcement, affaiblissement ou déplacement itératif de l'insertion d'un muscle oculomoteur	0	1	Y	J,K,T	177,65	114	1
		0	4	Y	7,A	110,25	62	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
BJMA008	Renforcement, affaiblissement ou déplacement itératif de l'insertion de 2 muscles oculomoteurs	0	1	Y	J,K,T	188,10	179	1
		0	4	Y	7,A	113,54	83	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
BJEA001	Transposition de muscles oculomoteurs pour suppléance	0	1	Y	J,K,T	188,10	149	1
		0	4	Y	7,A,T	101,46	56	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
BJDA002	Myopexie unilatérale rétroéquatoriale des muscles oculomoteurs	0	1	Y	J,K,T	155,89	122	1
	<i>Myopexie unilatérale selon Cuppers</i>	0	4	Y	7,A	88,09	61	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
BJDA001	Myopexie bilatérale rétroéquatoriale des muscles oculomoteurs	0	1	Y	J,K,T	218,59	171	1
	<i>Myopexie bilatérale selon Cuppers</i>	0	4	Y	7,A	115,37	83	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

02.05.02 Actes thérapeutiques sur le contenu de l'orbite

02.05.02.01 Injection intraorbitaire

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BKLB001	Injection thérapeutique intraorbitaire, rétrobulbaire ou latérobulbaire, d'agent pharmacologique	0	1		T	18,10	24	1
	À l'exclusion de : injection : - unilatérale ou bilatérale de toxine botulique dans les muscles oculomoteurs (BJLB901) - locale d'agent pharmacologique anesthésique Forfait : liste SE2							
BJLB901	Injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique dans les muscles oculomoteurs	0	1	Y		0,00	48	1
	<i>Traitement du strabisme concomitant ou paralytique</i>							
BJLB001	Injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique dans les muscles oculomoteurs	0	1			53,42	48	1
	<i>Traitement du strabisme concomitant ou paralytique</i>							
	<i>Facturation : enfant de plus de 12 ans et adulte. Médecin spécialiste autorisé</i>							

02.05.02.02 Évacuation de collection de l'orbite

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BKJA001	Évacuation de collection de l'orbite	0	1	Y	F,O,P,S,U,X	74,40	87	1
	<i>Avec ou sans : drainage</i>	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	67,08	36	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

02.05.02.03 Extraction de corps étranger de l'orbite

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
--	----	---	----	--------------	-------	-----	----

BKGA005	Ablation de corps étranger de l'orbite sans électroaimant, sans orbitotomie osseuse	0 1 Y	F,P,S,T,U	167,20	144	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	91,19	66	1
BKGA003	Ablation de corps étranger de l'orbite sans électroaimant, avec orbitotomie osseuse	0 1 Y	9,F,I,P,S,T,U	274,54	280	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	122,35	118	1
BKGA008	Ablation de corps étranger de l'orbite avec électroaimant, sans orbitotomie osseuse	0 1 Y	F,P,S,T,U	167,20	148	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	90,46	64	1
BKGA002	Ablation de corps étranger de l'orbite avec électroaimant, avec orbitotomie osseuse	0 1 Y	F,P,S,T,U	217,38	268	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	114,29	107	1

02.05.02.04 Exérèse de lésion de l'orbite

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BKFA002	Exérèse de lésion de l'orbite, par abord conjonctivopalpébral	0 1 Y			F,P,S,T,U	167,20	144	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,T,U	94,13	64	1
BKFA001	Exérèse de lésion de l'orbite, par abord latéral	0 1 Y			F,J,K,P,S,T,U	248,87	394	1
	Avec ou sans : - résection partielle du muscle temporal - ostéotomie de l'orbite Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	134,82	133	1
BKFA003	Exérèse de lésion de l'orbite, par abord coronal	0 1 Y			F,J,K,P,S,T,U	389,84	474	1
	Avec ou sans : - ostéotomie de l'orbite - interposition de matériau inerte et/ou d'autogreffe Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	146,91	158	1

02.05.02.05 Réparation après énucléation et exentération de l'orbite

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BKMA003	Reconstruction partielle de la cavité orbitaire par autogreffe	0 1 Y				257,00	267	1
	Avec ou sans : énucléation du bulbe [globe] oculaire Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A	122,91	112	1
BKMA001	Reconstruction totale de la cavité orbitaire par autogreffe	0 1 Y				294,79	349	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A	131,70	152	1
BKMA002	Reconstruction orbitopalpébrale par matériau inerte et/ou autogreffe, après exentération de l'orbite	0 1 Y				329,24	431	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A	143,25	172	1
BKMA004	Restauration du volume orbitaire par matériau inerte et/ou autogreffe	0 1 Y				230,18	240	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A	107,33	101	1
BKBA001	Comblement de cavité d'exentération de l'orbite par autogreffe cutanée et lambeau musculaire temporal	0 1 Y			9,J,K,O,T	246,26	234	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A	106,59	99	1
BKMP001	Moulage de la cavité de l'orbite pour fabrication de conformateur ou de prothèse d'expansion orbitaire, sous anesthésie générale ou locorégionale	0 1			T	51,09	98	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4			7,A,T	66,72	44	1
BKLP001	Pose ou changement de conformateur ou de prothèse d'expansion orbitaire	0 1			T	23,02	38	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
BKLP002	Pose d'une épithèse orbitopalpébrale	0 1				0,00	666	1

02.05.02.06 Insertion, ablation et changement d'implant intraorbitaire

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BKCP001	Forage secondaire d'un implant intraorbitaire pour fixation d'une prothèse oculaire	0 1 Y				35,60	70	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
BKLA002	Insertion secondaire d'un implant intraorbitaire, après énucléation ou éviscération du bulbe [globe] oculaire	0 1 Y				122,71	157	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A	77,71	55	1
BKGA001	Ablation d'un implant intraorbitaire, après énucléation ou éviscération du bulbe [globe] oculaire	0 1 Y			F,P,S,U	92,07	119	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	70,01	42	1
BKKP003	Changement d'un implant intraorbitaire, après énucléation ou éviscération du bulbe [globe] oculaire	0 1 Y				167,20	153	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A	84,31	60	1

02.05.02.07 Autres actes thérapeutiques sur l'orbite et son contenu

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BKFA004	Résection de graisse orbitaire pour décompression de l'orbite, par voie palpébrale	0 1 Y			J,K,T	245,43	329	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,T	106,96	134	1
BKLA001	Pose de matériau inerte intraorbitaire pour correction d'énophtalmie	0 1 Y			J,K,T	283,39	305	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A	128,22	112	1
BKLA003	Pose d'autogreffe intraorbitaire pour correction d'énophtalmie	0 1 Y			J,K,T	283,39	305	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A	128,22	112	1

02.06 AUTRES ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'OEIL ET L'ORBITE

02.06.01 Rééducation de la vision

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
BLRP001	Séance de stimulation de la vision binoculaire et de l'amblyopie	0 1				23,89	33	1

02.06.02 Adaptation de lentille de contact ou de verre scléral

Par adaptation de lentille de contact, on entend : adaptation de lentille de contact initiale ou secondaire à un changement des paramètres géométriques
Indication : celles mentionnées sur la liste des produits et prestations

BDMPO02	Adaptation unilatérale ou bilatérale de lentille cornéenne thérapeutique ou de lentille-pansement	0 1				44,16	12	1
	Facturation : l'adaptation de lentille de contact n'est facturable qu'une seule fois dans les 6 mois suivant la prescription							

BLMP002 Adaptation unilatérale ou bilatérale de lentille de contact souple	0	1			81,60	31	1
<i>À l'exclusion de : adaptation de lentille de contact pour kératocône ou astigmatisme irrégulier (BLMP001, BLMP003)</i>							
<i>Facturation : l'adaptation de lentille de contact n'est facturable qu'une seule fois dans les 6 mois suivant la prescription</i>							
BLMP005 Adaptation unilatérale ou bilatérale de lentille de contact rigide	0	1			88,32	31	1
<i>À l'exclusion de : adaptation de lentille de contact pour kératocône ou astigmatisme irrégulier (BLMP001, BLMP003)</i>							
<i>Facturation : l'adaptation de lentille de contact n'est facturable qu'une seule fois dans les 6 mois suivant la prescription</i>							
BLMP003 Adaptation unilatérale de lentille de contact pour kératocône ou astigmatisme irrégulier	0	1			71,04	42	1
<i>Facturation : l'adaptation de lentille de contact n'est facturable qu'une seule fois dans les 6 mois suivant la prescription</i>							
BLMP001 Adaptation bilatérale de lentille de contact pour kératocône ou astigmatisme irrégulier	0	1			88,32	52	1
<i>Facturation : l'adaptation de lentille de contact n'est facturable qu'une seule fois dans les 6 mois suivant la prescription</i>							
BLMP007 Adaptation unilatérale de verre scléral obtenu par moulage	0	1			71,04	49	1
<i>Facturation : l'adaptation de lentille de contact n'est facturable qu'une seule fois dans les 6 mois suivant la prescription</i>							
BLMP006 Adaptation bilatérale de verre scléral obtenu par moulage	0	1			88,32	64	1
<i>Facturation : l'adaptation de lentille de contact n'est facturable qu'une seule fois dans les 6 mois suivant la prescription</i>							

03 OREILLE

Les actes diagnostiques et thérapeutiques sur l'oreille incluent l'examen unilatéral ou bilatéral de l'oreille externe et/ou moyenne, sous microscope ou par endoscopie méatale.

03.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'OREILLE

03.01.01 Épreuves fonctionnelles sur l'oreille

Comprend : épreuves fonctionnelles unilatérales ou bilatérales sur l'oreille

03.01.01.01 Audiométrie, impédancemétrie

L'audiométrie inclut le soin instrumental unilatéral ou bilatéral d'oreille externe sous microscope, et l'ablation unilatérale ou bilatérale de bouchon de cérumen ou de corps étranger du méat acoustique externe.

CDQP010	Audiométrie tonale ou vocale À l'exclusion de : audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011)	0 1		F,I,P,S,U	26,18	14 2
CDQP015	Audiométrie tonale avec tympanométrie Avec ou sans : étude du réflexe stapédien	0 1		F,P,S,U	40,81	20 2
CDQP011	Audiométrie vocale dans le bruit	0 1		9	33,11	15 2
CDQP012	Audiométrie tonale et vocale	0 1		F,I,P,S,U	39,27	24 2
CDQP002	Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie Avec ou sans : étude du réflexe stapédien	0 1		O	53,13	28 2
CDQP005	Audiométrie en hautes fréquences	0 1			0,00	15 2
CDQP013	Audiométrie avec tests osmotiques	0 1			0,00	33 2
CDQP016	Audiométrie automatique	0 1			0,00	16 2
CDQP007	Audiométrie en champ libre et en cabine chez l'enfant [tests conditionnés]	0 1		X	53,13	29 2
CDMP001	Conditionnement d'un enfant pour test audiométrique sans mesure	0 1			0,00	25 2
CDRP002	Épreuves de dépistage de surdité avant l'âge de 3 ans Dépistage clinique ou audiométrique des surdités de l'enfant	0 1		9,I	48,51	29 2
CBQD001	Tympanom�trie Avec ou sans : �tude du réflexe stapédien	0 1		9,F,O,P,S,U	22,33	9 2
CDQD001	Tubomanom�trie auditive [Sonotubomanom�trie]	0 1			0,00	13 2
CDQD002	Sonomanom�trie	0 1			0,00	13 2

03.01.01.02 Audiométrie objective

Comprend : audiométrie unilatérale ou bilatérale

CEQP001	�lectrocochl�graphie sans anesthésie générale	0 1			57,60	25 2
CEQP006	�lectrocochl�graphie sous anesthésie générale Coder �ventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		I 7,A	80,85 57,18	103 1 33 1
CDQP009	Enregistrement des otoémissions	0 1			0,00	17 2
CDQP004	Enregistrement des produits de distorsion des otoémissions	0 1			0,00	18 2

03.01.01.03 épreuves d'électrostimulation de l'oreille interne

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
CCRD002	0	1		T	0,00	26	2
CCRD001	0	1 Y 0 4 Y		T 7,A,T	0,00 0,00	118 39	1 1
CCRA001	0	1 Y			0,00	104	1

Coder  ventuellement 4 : (GELE001)
Coder  ventuellement 1 : (ZZLP025)

03.01.01.04 Autres explorations de l'audition

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GKQP002	0	1		9	79,31	60	2
GKQP005	0	1			60,06	40	2
CDRP001	0	1			0,00	30	2

Facturation : ne peut pas être facturé avec un acte inscrit à la 2 me partie, titre IV, chapitre II, article 2 de la nomenclature générale des actes professionnels

03.01.01.05 Examen vestibulaire clinique et instrumental

Comprend : examen vestibulaire unilatéral ou bilatéral

CERP005	épreuve vestibulaire bicalorique calibrée sans enregistrement [clinique]	0 1			0,00	25	2
CERP001	épreuve vestibulaire bicalorique calibrée avec électronystagmographie ou vidéonystagmographie	0 1			57,60	26	2
CERP004	épreuve vestibulaire pendulaire ou rotatoire avec électronystagmographie ou vidéonystagmographie	0 1			57,60	21	2
CERP003	épreuve vestibulaire bicalorique calibrée, pendulaire ou rotatoire avec électronystagmographie ou vidéonystagmographie, et tests oculographiques	0 1			84,48	53	2

03.01.01.06 Examen vestibulaire instrumental

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
CEQP005	0	1			0,00	27	2
CEQP002	0	1			0,00	16	2

Statokin siographie informatisée

03.01.02 Endoscopie de l'oreille

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
CBQE001	0	1 Y		F,U	0,00	7	2
CBQE900	0	1			0,00	33	2

Avec ou sans : biopsie et/ou prélèvement
Coder  ventuellement 1 : (ZZLP025)

03.01.03 Ponction, biopsie et prélèvement de l'oreille

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
CAHA001	0	1		9,I	29,90	18	2

Coder  ventuellement 1 : (ZZLP025)

CAHA002	Biopsie unilatérale ou bilatérale du cartilage de l'oreille externe	0	1			9,I	32,04	20	2
	<i>Avec ou sans : biopsie de la peau de l'oreille externe</i>								
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
03.01.04	Exploration chirurgicale de l'oreille								
CBQA001	Exploration du cavum tympanique [caisse du tympan], avec décollement du lambeau tympanométal	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex
	<i>Avec ou sans : biopsie et/ou prélèvement</i>	0	1	Y		F,J,K,P,S,T,U	167,20	104	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y		7,A,F,P,S,U	72,58	60	1
03.02	ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'OREILLE EXTERNE								
	<i>Comprend : actes thérapeutiques sur</i>								
	<i>- l'auricule [pavillon de l'oreille]</i>								
	<i>- le méat acoustique externe [conduit auditif externe]</i>								
03.02.01	Incision et extraction de l'oreille externe								
CAJD001	Soin instrumental unilatéral ou bilatéral d'oreille externe, sous microscope	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex
	<i>Aspiration, cautérisation, dilatation du méat acoustique externe</i>	0	1	Y		F,U	0,00	23	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
CAJA001	Évacuation de collection de l'auricule	0	1			F,P,S,T,U,X	65,45	38	1
	<i>Avec ou sans : parage</i>								
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
CAFA006	Excision de chondrite de l'auricule	0	1	Y		F,O,P,S,T,U,X	78,54	54	1
	<i>Avec ou sans : parage</i>								
	<i>Forfait : liste SE2</i>								
	Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)								
CAPA001	Incision de collection du méat acoustique externe	0	1			F,I,P,S,T,U,X	33,11	23	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
CAGD001	Ablation unilatérale ou bilatérale de bouchon de cérumen ou de corps étranger du méat acoustique externe	0	1	Y		9,F,P,S,U	19,25	13	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
CAGD002	Extraction unilatérale ou bilatérale de bouchon épidermique du méat acoustique externe	0	1	Y		F,I,P,S,U,X	30,03	15	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
03.02.02	Exérèse de lésion du méat acoustique externe								
CAFA009	Exérèse de lésion osseuse oblitérante du méat acoustique externe	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex
	<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0	1	Y		F,I,J,K,O,P,S,T,U	298,76	180	1
		0	4	Y		7,A,F,O,P,S,U	84,31	112	1
CAFA011	Exérèse partielle du méat acoustique externe	0	1	Y		F,J,K,O,P,S,T,U,X	83,16	96	1
	<i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0	4	Y		7,A,F,P,S,T,U	65,61	68	1
03.02.03	Suture de l'auricule								
CAJA002	Parage et/ou suture de plaie de l'auricule	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex
	<i>Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)</i>	0	1	Y		F,I,M,P,S,T,U,X	46,79	44	1
CASA001	Hémostase secondaire à un acte sur l'oreille externe ou l'oreille moyenne	0	1	Y		F,I,P,S,T,U,X	56,21	55	1
	<i>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</i>								
03.02.04	Exérèse de l'oreille externe								
	<i>Avec ou sans : suture immédiate</i>								
	<i>Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 03.02.05)</i>								
CAFA002	Exérèse partielle non transfixiante de l'auricule	0	1	Y		9,J,K,T	46,79	42	1
	<i>Forfait : liste FSD</i>								
	Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)								
CAFA005	Exérèse partielle transfixiante de l'auricule	0	1	Y		I,J,K,T	95,72	96	1
	<i>Forfait : liste FSD</i>								
	Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)								
CAFA003	Exérèse totale de l'auricule, sans exérèse du cartilage du méat acoustique externe	0	1	Y		J,K,T	125,40	102	1
	<i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0	4	Y		7,A	49,12	51	1
CAFA007	Exérèse totale de l'auricule et du cartilage du méat acoustique externe	0	1	Y		9,J,K,T	166,32	120	1
	<i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0	4	Y		7,A	53,89	68	1
CAFA004	Exérèse de l'oreille externe élargie à l'oreille moyenne	0	1	Y		9,I,J,K,T	364,98	240	1
	<i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0	4	Y		7,A	100,62	121	1
CAFA010	Exérèse de l'oreille externe élargie à la glande parotide et à la fosse infratemporale	0	1	Y		J,K,T,X	786,17	452	1
	<i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0	4	Y		7,A	231,28	229	1
CAFA001	Exérèse de l'oreille externe élargie au rocher	0	1	Y		9,I,J,K,T	770,77	420	1
	<i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0	4	Y		7,A	253,90	213	1
CAFA008	Exérèse de l'oreille externe élargie au rocher, à la glande parotide et à la fosse infratemporale	0	1	Y		I,J,K,O,T	950,18	526	1
	<i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0	4	Y		7,A	364,03	266	1
03.02.05	Réparation de plaie et de perte de substance partielle de l'auricule								
	<i>La réparation de perte de substance de l'auricule par autogreffe ou lambeau inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.</i>								
CAEA002	Repositionnement de tout ou partie de l'auricule, sans anastomose vasculaire	0	1	Y		F,J,K,O,P,S,T,U	125,40	92	1
	<i>Forfait : liste SE2</i>								
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)								
CAEA003	Réimplantation de tout ou partie de l'auricule avec anastomoses vasculaires	0	1	Y		F,J,K,P,S,T,U	380,86	435	1
	<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0	4	Y		7,A,F,P,S,T,U	147,65	212	1

CAMA019	Réparation de perte de substance partielle de l'auricule par puits de bourgeonnement chondrocutané	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	44,67	56	1		
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
CAMA021	Réparation de perte de substance partielle de l'auricule par autogreffe chondrocutanée	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	250,80	157	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	83,60	70	1		
CAMA017	Réparation de perte de substance partielle de l'auricule par autogreffe de cartilage de l'auricule controlatéral ou du septum nasal	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	250,80	161	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	83,60	73	1		
CAMA022	Réparation de perte de substance partielle de l'auricule par lambeau local cutané ou chondrocutané	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	250,80	157	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	83,60	71	1		
CAMA005	Réparation de perte de substance partielle de l'auricule par autogreffe de cartilage costal	0 1 Y	9,J,K,T	333,23	361	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,T	111,35	163	1		
03.02.06 Plastie d'oreille décollée		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
CAMA008	Plastie unilatérale d'oreille décollée	0 1 Y	9,I,J,K,T	143,93	127	1		
	<i>Indication : déformation entraînant une gêne sociale importante</i>	0 4 Y	7,A	67,81	58	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
CAMA013	Plastie bilatérale d'oreille décollée	0 1 Y	J,K,O,T,X	236,81	216	1		
	<i>Indication : déformation entraînant une gêne sociale importante</i>	0 4 Y	7,A	76,97	93	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
03.02.07 Reconstruction de l'auricule								
	<i>Comprend : reconstruction de l'auricule pour absence</i>							
	<i>- congénitale [agénésie ou microtie]</i>							
	<i>- acquise [amputation]</i>							
	<i>La reconstruction de l'auricule inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.</i>							
CAMA004	Reconstruction totale de l'auricule par autogreffe de cartilage costal	0 1 Y	I,J,K,T	601,23	546	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	147,28	244	1		
CAEA001	Transposition du lobule de l'auricule	0 1 Y	9,J,K,T,X	131,87	98	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	61,22	57	1		
CAMA002	Reconstruction du tragus par lambeau cutané et autogreffe de peau	0 1 Y		191,24	146	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	86,40	66	1		
CAMA012	Reconstruction du tragus par autogreffe chondrocutanée de conque controlatérale et autogreffe de peau	0 1 Y		191,24	188	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	87,24	87	1		
CAMA003	Reconstruction du sillon rétroauriculaire par lambeau cutané d'avancement et autogreffe de peau	0 1 Y	O	194,27	213	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	90,53	95	1		
CAMA014	Reconstruction du sillon rétroauriculaire par lambeau de fascia temporal ou occipital, et autogreffe de peau	0 1 Y	I,O	287,85	284	1		
	<i>Coder éventuellement : reconstruction immédiate du méat acoustique externe (cf 03.02.08)</i>	0 4 Y	7,A	102,27	129	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
CAMA006	Reconstruction de l'auricule par lambeau pédiculé de fascia temporal, avec autogreffe chondrocutanée et autogreffe de peau	0 1 Y	J,K,O,T,X	713,96	641	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	157,91	286	1		
CAMA001	Reconstruction totale de l'auricule en un temps	0 1 Y	I,J,K,T,X	665,75	655	1		
	<i>Reconstruction de l'auricule par autogreffe de cartilage costal avec reconstruction du sillon rétroauriculaire, transposition du lobule et reconstruction du tragus</i>	0 4 Y	7,A	145,45	293	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
CAMA007	Correction secondaire du résultat esthétique d'une reconstruction totale de l'auricule	0 1 Y	J,K,T	407,55	100	1		
	Coder éventuellement 4 : (YYYY041)	0 4 Y	7,A	126,80	50	1		
CALP001	Pose d'une épithèse auriculaire	0 1		0,00	616	1		
03.02.08 Reconstruction du méat acoustique externe								
	<i>La reconstruction du méat acoustique externe [canaloplastie] inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.</i>							
CAMA020	Reconstruction du méat acoustique externe par lambeau de fascia temporal et autogreffe de peau, sans temps de caisse	0 1 Y	9,I	318,01	292	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	103,01	130	1		
CAMA010	Reconstruction du méat acoustique externe par lambeau cutané et/ou autogreffe de peau, sans temps de caisse	0 1 Y	9,O	231,77	228	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	91,27	97	1		
CAMA018	Reconstruction du méat acoustique externe par lambeau cutané et/ou autogreffe de peau, avec myringoplastie	0 1 Y	J,K,O,T,X	522,83	368	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	152,12	170	1		
CAMA016	Reconstruction du méat acoustique externe par lambeau cutané et/ou autogreffe de peau, avec myringoplastie et ossiculoplastie, sans ouverture du labyrinthe	0 1 Y	I,J,K,T	560,56	404	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	182,24	191	1		
CAMA015	Reconstruction du méat acoustique externe par lambeau cutané et/ou autogreffe de peau, avec myringoplastie et ossiculoplastie, avec ouverture du labyrinthe, sans laser	0 1 Y	9,J,K,T	539,00	404	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	229,58	191	1		
CAMA009	Reconstruction du méat acoustique externe par lambeau cutané et/ou autogreffe de peau, avec myringoplastie et ossiculoplastie, avec ouverture du labyrinthe, avec laser	0 1 Y	9,J,K,O,T	549,78	415	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	229,58	198	1		

03.02.09 Autres actes thérapeutiques sur l'oreille externe

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
CAMA011 Plastie du pore acoustique externe cartilagineux [Méatoplastie]	0	1	Y	9,J,K,T	166,32	168	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,T	68,55	67	1
CALD001 Pose d'un conformateur du méat acoustique externe	0	1		I,O	91,63	10	1
CASA002 Fermeture de l'oreille externe et de l'oreille moyenne avec suture du pore acoustique externe	0	1	Y	9,I,J,K,T	398,09	240	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	120,16	133	1

03.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'OREILLE MOYENNE**03.03.01 Actes thérapeutiques sur le tympan****03.03.01.01 Myringotomie. Pose et ablation d'aérateur transtympanique**

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
CBPD001 Myringotomie unilatérale ou bilatérale	0	1	Y	9,F,O,P,S,U	35,42	20	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)							
CBLD003 Pose unilatérale d'aérateur transtympanique	0	1	Y		57,60	24	1
Forfait : liste SE2							
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
CBLD001 Pose bilatérale d'aérateur transtympanique	0	1	Y		86,40	32	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)							
CBGD001 Ablation unilatérale ou bilatérale d'aérateur transtympanique en place sur le tympan, sous anesthésie générale	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	62,70	18	1
	0	4	Y	A,F,P,S,U	48,00	12	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

03.03.01.02 Myringoplastie et tympanoplastie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
CBMA008 Myringoplastie sans décollement du lambeau tympanoméatal	0	1	Y	J,K,T	167,20	40	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,T	79,36	37	1
CBMA009 Myringoplastie avec décollement du lambeau tympanoméatal, sans exploration mastoïdoatticale	0	1	Y	J,K,T	167,20	142	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	96,41	90	1
CBMA011 Myringoplastie avec décollement du lambeau tympanoméatal et exploration mastoïdoatticale	0	1	Y	J,K,T	313,50	190	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	138,07	116	1
CBMA005 Myringoplastie avec ossiculoplastie, sans exploration mastoïdoatticale	0	1	Y	J,K,T	313,50	188	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	141,38	119	1
CBMA007 Myringoplastie avec ossiculoplastie et exploration mastoïdoatticale	0	1	Y	J,K,O,T	333,41	228	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	139,55	127	1
CBMD001 Tympanoplastie en technique fermée, avec tympanotomie postérieure	0	1	Y	J,K,T,X	560,56	360	1
À l'exclusion de : tympanoplastie avec exérèse	0	4	Y	7,A	150,90	200	1
- de cholestéatome de l'oreille moyenne (cf 03.03.02.02)							
- de tumeur non cholestéatomateuse de l'oreille moyenne (cf 03.03.02.03)							
Avec ou sans : ossiculoplastie							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
CBMD002 Tympanoplastie secondaire en technique fermée	0	1	Y	J,K,T	313,50	154	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	125,40	106	1
CBMD003 Tympanoplastie secondaire en technique fermée, avec ossiculoplastie	0	1	Y	J,K,T	313,50	204	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	153,10	143	1
CBMA002 Tympanoplastie secondaire sur technique ouverte, sans reconstruction de cadre	0	1	Y	J,K,T	313,50	206	1
Avec ou sans : comblement	0	4	Y	7,A	131,85	134	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
CBMA004 Tympanoplastie secondaire sur technique ouverte, avec reconstruction de cadre	0	1	Y	9,J,K,T	344,19	248	1
Avec ou sans : comblement	0	4	Y	7,A	139,18	157	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

03.03.01.03 Exérèse de tympanosclérose

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
CBFA004 Exérèse de tympanosclérose sans ouverture du labyrinthe	0	1	Y	9,J,K,O,T	199,43	176	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	98,24	98	1
CBFA001 Exérèse de tympanosclérose sans ouverture du labyrinthe, avec ossiculoplastie	0	1	Y	J,K,T	313,50	236	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	139,55	128	1
CBFA013 Exérèse de tympanosclérose avec ouverture du labyrinthe et rétablissement de l'effet columellaire, sans laser	0	1	Y	9,J,K,T	468,93	256	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	186,38	139	1
CBFA012 Exérèse de tympanosclérose avec ouverture du labyrinthe et rétablissement de l'effet columellaire, avec laser	0	1	Y	9,J,K,T	468,93	282	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	186,38	139	1

03.03.02 Actes thérapeutiques sur le cavum tympanique et les cavités de l'oreille moyenne**03.03.02.01 Soins de l'oreille moyenne**

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
CBLD002 Insufflation unilatérale ou bilatérale de trompe auditive	0	1			0,00	10	1
CBJD001 Soin instrumental unilatéral ou bilatéral d'oreille moyenne sous microscope	0	1	Y	O,X	36,19	14	1
Aspiration, cautérisation de l'oreille moyenne							
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
CBGA001 Ablation de corps étranger de l'oreille moyenne avec décollement du lambeau tympanoméatal	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	167,20	116	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,T,U	87,60	76	1

03.03.02.02 Exérèse de cholestéatome de l'oreille moyenne

Comprend : exérèse de poche de rétraction évolutive

CBFA005 Exérèse de cholestéatome limitée au cavum tympanique, sans exploration antroatticale	0	1	Y	J,K,T	281,29	162	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	134,99	91	1

CBFA006	Exérèse de cholestéatome avec tympanoplastie en technique fermée	0 1 Y	J,K,T,X	560,56	296	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	142,48	165	1
CBFA002	Exérèse de cholestéatome avec tympanoplastie en technique fermée et ossiculoplastie	0 1 Y	J,K,O,T,X	597,52	340	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	164,84	189	1
CBFA007	Exérèse de cholestéatome avec tympanoplastie en technique ouverte	0 1 Y	9,I,J,K,T	520,52	300	1
	<i>Avec ou sans : comblement de la mastoïde</i>	0 4 Y	7,A	158,23	167	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP006) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
CBFA003	Exérèse de cholestéatome avec tympanoplastie en technique ouverte et ossiculoplastie	0 1 Y	J,K,T,X	560,56	340	1
	<i>Avec ou sans : comblement de la mastoïde</i>	0 4 Y	7,A	164,84	189	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP006) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

03.03.02.03 Autres exérèses de lésion de l'oreille moyenne

Comprend : exérèse de glomus tympanique

CBFA010	Exérèse de tumeur non cholestéatomateuse de l'oreille moyenne, limitée au cavum tympanique	0 1 Y	J,K,T	281,29	162	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	134,99	91	1
CBFA008	Exérèse de tumeur non cholestéatomateuse de l'oreille moyenne, étendue à l'ensemble des cavités de l'oreille moyenne, sans laser	0 1 Y	9,J,K,T	560,56	360	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	229,90	196	1
CBFA009	Exérèse de tumeur non cholestéatomateuse de l'oreille moyenne, étendue à l'ensemble des cavités de l'oreille moyenne, avec laser	0 1 Y	9,J,K,T	560,56	396	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	229,90	196	1

03.03.02.04 Actes thérapeutiques sur les osselets de l'oreille moyenne

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
CBPA002	Platinotomie sans laser ou platinectomie, avec rétablissement de l'effet columellaire	0 1 Y			J,K,O,T	388,85	144	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A	215,18	121	1
CBPA003	Platinotomie avec laser, avec rétablissement de l'effet columellaire	0 1 Y			J,K,O,T	381,15	148	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A	215,18	124	1
CBMA001	Ossiculoplastie	0 1 Y			J,K,T	313,50	140	1
	<i>À l'exclusion de : ossiculoplastie pour malformation ossiculaire (CBMA003, CBMA006, CBMA010)</i>	0 4 Y			7,A	135,88	106	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
CBMA006	Ossiculoplastie pour malformation ossiculaire sans ouverture du labyrinthe	0 1 Y			J,K,T	313,50	166	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A	145,05	122	1
CBMA010	Ossiculoplastie pour malformation ossiculaire avec ouverture du labyrinthe, sans laser	0 1 Y			J,K,T	374,48	194	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A	186,38	137	1
CBMA003	Ossiculoplastie pour malformation ossiculaire avec ouverture du labyrinthe, avec laser	0 1 Y			J,K,T	374,48	206	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A	186,38	144	1
CBPA001	Déblocage d'une ankylose ossiculaire atticale	0 1 Y			J,K,T	313,50	194	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A	150,54	137	1

03.03.02.05 Pose, ablation et changement d'implant de l'oreille moyenne

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
CBLA001	Pose d'une prothèse auditive implantable dans l'oreille moyenne	0 1 Y			9,J,K,T	248,71	180	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A	111,00	115	1
CBMP001	Séance d'adaptation et de réglage secondaires d'une prothèse auditive implantée dans l'oreille moyenne	0 1				0,00	40	1
CBLA002	Pose d'un appareillage auditif ostéo-intégré dans l'oreille moyenne, en un temps	0 1 Y			J,K,T	250,80	180	1
	<i>Indication : absence congénitale ou acquise d'auricule, impossibilité d'appareillage par voie aérienne, difficultés de pose de prothèse par abord osseux conventionnel</i>	0 4 Y			7,A	114,55	115	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
CBGA003	Ablation d'une prothèse auditive implantée ou d'un appareillage auditif ostéo-intégré	0 1 Y			9,F,J,K,P,S,T,U,X	88,55	84	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	76,98	59	1
CBKA001	Changement ou repositionnement de prothèse ossiculaire après platinotomie ou platinectomie	0 1 Y			J,K,T	374,48	120	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A	186,38	81	1

03.03.02.06 Autres actes thérapeutiques sur l'oreille moyenne

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LAGA008	Évidement pétrormastoidien	0 1 Y			F,P,S,U,X	521,29	300	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP006) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	152,37	167	1
LAFA014	Mastoïdectomie ou atticomastoïdectomie totale	0 1 Y			F,P,S,U	281,29	240	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP006, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	141,74	133	1

03.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'OREILLE INTERNE

03.04.01 Actes thérapeutiques sur le labyrinthe et le vestibule

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
CCPA001	Décompression intralabyrinthique par abord des fenêtres, sans laser	0 1 Y			J,K,T	374,48	146	1
	<i>Platinotomie décompressive, sacculotomie, cochléosacculotomie sans laser</i>	0 4 Y			7,A	186,38	81	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
CCPA002	Décompression intralabyrinthique par abord des fenêtres, avec laser	0 1 Y			J,K,T	374,48	176	1
	<i>Platinotomie décompressive, sacculotomie, cochléosacculotomie avec laser</i>	0 4 Y			7,A	186,38	89	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
CCPA003	Décompression ou dérivation du sac endolymphatique	0 1 Y			J,K,T	374,48	204	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A	186,38	114	1
CCCA002	Ouverture sans laser et occlusion du conduit semicirculaire postérieur	0 1 Y			J,K,T	374,48	214	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A	186,38	119	1
CCCA001	Ouverture avec laser et occlusion du conduit semicirculaire postérieur	0 1 Y			J,K,T	374,48	214	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A	186,38	119	1

CCNB001	Destruction du labyrinthe par injection d'agent pharmacologique, par voie transtympanique	0 1 Y	9,X	41,58	30	1
	<i>Labyrinthectomie chimique, par voie transtympanique</i>	0 4 Y	7,A	67,81	17	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
CCFA001	Labyrinthectomie partielle ou totale, par abord direct	0 1 Y	J,K,T	374,48	180	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	186,38	100	1
CCSA001	Fermeture de fistule de périlymphe	0 1 Y	J,K,T	374,48	160	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	186,38	89	1
	03.04.02 Implants cochléaires					
CDLA004	Pose d'un implant auditif à électrodes extracochléaires	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 1 Y		0,00	480	1
		0 4 Y	7,A	0,00	254	1
CDLA003	Pose d'un implant auditif à électrodes intracochléaires	0 1 Y	J,K,T	497,72	480	1
	<i>Indication : surdité neurosensorielle bilatérale sévère à profonde, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel, lorsque la cause de la surdité ne permet pas l'implantation cochléaire conventionnel</i>	0 4 Y	7,A	123,24	254	1
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>					
	<i>Environnement : spécifique : personnel spécialement formé ; équipe pluridisciplinaire</i>					
	Coder �ventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
CDLA002	Pose d'un implant auditif � électrodes du tronc cérébral	0 1 Y	J,K,T	764,30	600	1
	<i>Indication : surdité neurosensorielle bilatérale sévère à profonde, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel, lorsque la cause de la surdité ne permet pas l'implantation cochléaire</i>	0 4 Y	7,A	139,04	318	1
	<i>Formation : �quipe pluridisciplinaire otoneurochirurgicale expérimentée en chirurgie de la base du c�r�ne</i>					
	<i>Environnement : spécifique : centre r�f�rent en implantation cochléaire intégrant une équipe neurochirurgicale ayant une grande expérience en chirurgie de la base du c�r�ne, disposant d'un équipement otoneurochirurgical</i>					
	Coder �ventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
CCGA001	Ablation d'un implant cochléaire	0 1 Y	F,U	0,00	134	1
	<i>Avec ou sans : ablation des électrodes</i>	0 4 Y	7,A,F,U	0,00	87	1
	Coder �ventuellement 4 : (GELE001)					
CDGA001	Ablation d'un implant auditif � électrodes intracochléaires	0 1 Y	J,K,T	169,45	134	1
	<i>Avec ou sans : ablation des électrodes</i>	0 4 Y	7,A	121,98	87	1
	<i>Environnement : spécifique : personnel spécialement formé ; équipe pluridisciplinaire</i>					
	Coder �ventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
CDMP002	Séance d'adaptation et de réglage secondaires d'implant auditif � électrodes intracochléaires ou à électrodes du tronc cérébral	0 1		91,46	56	1
	<i>Environnement : �quipe multidisciplinaire expérimentée dans le dépistage, l'évaluation, la chirurgie et le suivi à long terme des implants cochléaires ou du tronc cérébral</i>					
	03.04.03 Autres actes thérapeutiques sur l'oreille interne					
CERP002	Séance de r�ducation de la fonction vestibulaire labyrinthique	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1	X	48,51	30	1

04 APPAREIL CIRCULATOIRE

Par thoracotomie, on entend : tout abord de la cavité thoracique - sternotomie, thoracotomie latérale, thoracotomie postérieure.

Par résection-anastomose d'un vaisseau, on entend : résection d'un axe vasculaire avec restauration de la continuité par anastomose.

Par remplacement d'un vaisseau ou d'une structure vasculaire, on entend : résection d'un axe ou d'une structure vasculaire avec reconstruction par greffe ou prothèse.

Par pontage vasculaire, on entend : déviation du flux vasculaire sans exérèse de l'obstacle à contourner.

Par acte sur un vaisseau, par voie transcutanée, on entend : acte réalisé par ponction transcutanée du vaisseau ou par incision du vaisseau

Par acte, par voie vasculaire transcutanée, on entend : acte par cathétérisme intraluminal transcutané guidé d'un vaisseau, que le guide soit introduit par ponction ou par incision du vaisseau.

Par acte, par injection intravasculaire transcutanée, on entend : acte par injection transcutanée directe dans un vaisseau, sans cathétérisme guidé.

Par acte intravasculaire global, on entend : acte par cathétérisme du tronc d'un vaisseau principal - aorte, veine cave - par sonde guidée.

Par acte intravasculaire sélectif ou hypersélectif, on entend : acte par cathétérisme d'une branche d'un vaisseau quel que soit son ordre de division, par sonde guidée.

Par acte intravasculaire suprasélectif, on entend : acte par cathétérisme d'un vaisseau par microcathéter coaxial guidé.

Par endoprothèse vasculaire, on entend : prothèse vasculaire non couverte, posée par voie vasculaire transcutanée.

Par recanalisation intraluminaire d'un vaisseau, on entend : rétablissement de la circulation dans un vaisseau par forage guidé d'une néolumière au travers d'un obstacle totalement obstructif. Elle inclut la dilatation du vaisseau.

Les actes sur le thorax, par thoracoscopie incluent l'évacuation de collection intrathoracique associée, la pose de drain pleural et/ou péricardique.

Les actes sur le thorax, par thoracotomie incluent l'évacuation de collection intrathoracique associée, la pose de drain pleural et/ou péricardique.

Les actes avec dérivation vasculaire [shunt] incluent la pose d'une dérivation inerte ou pulsée, et son ablation.

La circulation extracorporelle [CEC] pour acte intrathoracique inclut, pour le chirurgien, l'installation, la conduite de la circulation extracorporelle, et son ablation. Elle inclut les responsabilités suivantes :

- décision de l'indication et choix de la technique
- pose et ablation des canules
- choix du niveau d'hypothermie
- choix du débit de CEC
- décision d'arrêt circulatoire
- définition des protocoles de remplissage
- décision de cardioplégie
- décision d'assistance circulatoire.

La suture d'un vaisseau inclut l'angioplastie d'élargissement.

Le pontage artériel inclut la thromboendartériectomie de contiguïté.

Facturation : les suppléments de numérisation ou la radioscopie de longue durée sous ampli de brillance (chapitre 19) ne peuvent pas être facturés avec les actes diagnostiques ou thérapeutiques de radiologie vasculaire

04.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL CIRCULATOIRE

04.01.01 Explorations électrophysiologiques de l'appareil circulatoire

04.01.01.01 Électrocardiographie [ECG]

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DEQP003 Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020) Coder éventuellement 1 : (YYYY490)	0	1		9,F,P,S,U	14,26	13	2
DEQP002 Électrocardiographie à haute amplification	0	1		9	14,26	24	2
DEQP006 Vectocardiographie Indication : examen de deuxième intention fait en cas de difficultés d'interprétation dans certains troubles de conduction, certains troubles de la repolarisation, pour l'évaluation de la taille d'un infarctus Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale pour l'interprétation de l'enregistrement	0	1		I,X	42,79	37	2
DEQP005 Électrocardiographie sur au moins 2 dérivations, avec enregistrement continu pendant au moins 24 heures Électrocardiographie continue ambulatoire selon Holter	0	1			77,01	67	2
DEQP001 Électrocardiographie, avec enregistrement événementiel déclenché et télétransmission Indication : évaluation diagnostique et pronostique des troubles du rythme paroxystiques. Événements arythmiques rares et ressentis, difficiles à mettre en évidence par enregistrement ambulatoire [Holter] Facturation : la facturation de cet acte est autorisée dans le cadre d'une consultation au cours de laquelle est réalisée l'interrogation du dispositif sous cutané d'enregistrement continu par télétransmission	0	1		9	14,26	84	2
DEQA001 Électrocardiographie avec implantation souscutanée d'un dispositif d'enregistrement continu Phase 1 : implantation sous cutanée du dispositif Phase 2 : ablation du dispositif Facturation : Dans le cadre du parcours de soins, chaque interrogation du dispositif sous cutané d'enregistrement est réalisée au cours d'une consultation dont le cumul est autorisé avec l'électrocardiographie, avec enregistrement événementiel déclenché et télétransmission (DEQP001). Le nombre de ces consultations de suivi est de 2 à 12 par an Forfait : liste SE7 Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	1	1			56,53	90	2
	2	1			28,27	10	2
	3	1			0,00	66	2
04.01.01.02 Surveillance continue de l'électrocardiogramme	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DEQP004 Surveillance continue de l'électrocardiogramme par oscilloscopie et/ou télésurveillance, par 24 heures	0	1			0,00	14	2
DEQP007 Surveillance continue de l'électrocardiogramme par oscilloscopie et/ou télésurveillance, avec surveillance continue de la pression intraartérielle et/ou de la saturation artérielle en oxygène par méthodes non effractives, par 24 heures	0	1			0,00	17	2
04.01.01.03 Autres explorations électrophysiologiques cardiaques Comprend : étude de l'automatisme sinusal et de la conduction atrioventriculaire Avec ou sans : épreuve pharmacologique L'exploration électrophysiologique cardiaque inclut le guidage radiologique.							
DEQD001 Exploration électrophysiologique de l'oreillette, par voie oesophagienne Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		F,P,S,U	77,68	98	1
DEQF003 Exploration électrophysiologique cardiaque par sonde intracavitaire droite, par voie veineuse transcutanée Coder éventuellement 1 : (DEQP008, YYYY105, YYYY300, ZZLP025)	0	1	Y	F,P,S,U	179,95	203	1

DEQF004	Exploration électrophysiologique cardiaque par sonde intracavitaire droite par voie veineuse transcutanée, avec manoeuvres provocatrices d'une tachycardie à l'étage atrial <i>Avec ou sans : interruption de la tachycardie par injection ou stimulation</i> Coder éventuellement 1 : (DEQP008, YYYY110, YYYY300, ZZLP025)	0 1 Y	F,P,S,U	232,79	266	1
DEQF001	Exploration électrophysiologique cardiaque par sonde intracavitaire droite par voie veineuse transcutanée, avec manoeuvres provocatrices d'une tachycardie à l'étage ventriculaire <i>Avec ou sans : interruption de la tachycardie par injection ou stimulation</i> Coder éventuellement 1 : (DEQP008, YYYY110, YYYY300, ZZLP025)	0 1 Y	F,P,S,U	237,97	338	1
DEQF002	Exploration électrophysiologique cardiaque par sonde intracavitaire droite par voie veineuse transcutanée, avec manoeuvres provocatrices d'une tachycardie à l'étage atrial et à l'étage ventriculaire <i>Avec ou sans : interruption de la tachycardie par injection ou stimulation</i> Coder éventuellement 1 : (DEQP008, YYYY110, YYYY300, ZZLP025)	0 1 Y	F,P,S,U	241,97	358	1
DEQF005	Exploration électrophysiologique cardiaque par sondes intracavitaires droite et gauche par voie vasculaire transcutanée, avec manoeuvres provocatrices d'une tachycardie <i>Avec ou sans : interruption de la tachycardie par injection ou stimulation</i> Coder éventuellement 1 : (DEQP008, YYYY110, YYYY300, ZZLP025)	0 1 Y	F,P,S,U	250,41	462	1
04.01.02 Étude des pressions et des débits de l'appareil circulatoire						
04.01.02.01 Mesure des pressions et débits du coeur et des vaisseaux supracardiaques						
<i>Vaisseaux supracardiaques comprend :</i> - portion ascendante de l'aorte thoracique - tronc et branches de l'artère pulmonaire <i>Avec ou sans :</i> - mesure du débit cardiaque - prélèvements sanguins étagés pour étude gazométrique <i>La mesure de pression et du débit du coeur et des vaisseaux supracardiaques inclut :</i> - le guidage radiologique, - la mesure continue de la saturation du sang artériel en oxygène [SaO2].						
EQQF006	Mesure et enregistrement des pressions du coeur droit et de l'artère pulmonaire, sans injection de produit de contraste, par voie veineuse transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300, ZZLP030)	0 1 Y	F,P,S,U	96,00	115	1
EQQH001	Mesure et enregistrement des pressions du coeur droit et de l'artère pulmonaire, avec injection de produit de contraste, par voie veineuse transcutanée <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP030)	0 1 Y	F,P,S,U	96,00	160	1
EQQF002	Mesure et enregistrement des pressions du coeur gauche et de l'aorte, sans injection de produit de contraste, par voie artérielle transcutanée <i>Environnement : spécifique</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300, ZZLP030)	0 1 Y	F,P,S,U	144,00	142	1
EQQH002	Mesure et enregistrement des pressions du coeur gauche et de l'aorte, avec injection de produit de contraste, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY190, YYYY300, ZZLP030)	0 1 Y	F,P,S,U	144,00	174	1
EQQF001	Mesure et enregistrement des pressions du coeur droit, de l'artère pulmonaire et du coeur gauche, sans injection de produit de contraste, par voie veineuse transcutanée et par voie artérielle transcutanée ou cathétérisme du foramen ovale <i>Avec ou sans : mesure et enregistrement des pressions de l'aorte</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	240,00 94,05	198 54	1 1
EQQH005	Mesure et enregistrement des pressions du coeur droit, de l'artère pulmonaire et du coeur gauche, avec injection de produit de contraste, par voie veineuse transcutanée et par voie artérielle transcutanée ou cathétérisme du foramen ovale, avant l'âge de 24 mois <i>Avec ou sans : mesure et enregistrement des pressions de l'aorte</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY230, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U A,F,P,S,U	288,00 104,50	280 60	1 1
EQQH006	Mesure et enregistrement des pressions du coeur droit, de l'artère pulmonaire et du coeur gauche, avec injection de produit de contraste, par voie veineuse transcutanée et par voie artérielle transcutanée ou cathétérisme du foramen ovale, à l'âge de 24 mois ou plus <i>Avec ou sans : mesure et enregistrement des pressions de l'aorte</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U A,F,P,S,U	240,00 94,05	224 50	1 1
EQQF004	Mesure et enregistrement des pressions du coeur droit, de l'artère pulmonaire et du coeur gauche, sans injection de produit de contraste, par voie veineuse transcutanée avec perforation du septum interatrial Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	240,00 94,05	201 55	1 1
EQQH004	Mesure et enregistrement des pressions du coeur droit, de l'artère pulmonaire et du coeur gauche, avec injection de produit de contraste, par voie veineuse transcutanée avec perforation du septum interatrial Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	240,00 94,05	234 65	1 1
EQQF003	Mesure et enregistrement des pressions intravasculaires pulmonaires et systémiques et des différences artérioveineuses des contenus artériels en oxygène, à l'état basal et après administration d'agent pharmacologique vasodilatateur, par voie vasculaire transcutanée <i>Calcul des débits et des résistances vasculaires</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300, ZZLP008)	0 1 Y	F,P,S,U	240,00	255	1

04.01.02.02 Mesure des pressions intravasculaires périphériques par méthode non effractive

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EQQP008 Enregistrement ambulatoire discontinu de la pression intraartérielle par méthode non effractive pendant au moins 24 heures [MAPA] [Holter tensionnel]	0	1			0,00	34	2
EQQM006 Mesure de la pression intraartérielle d'un membre en au moins 3 points, par doppler transcutané ou pléthysmographie	0	1		F,P,S,U	21,12	35	2
EQQP007 Mesure de la pression intraartérielle digitale à la main et/ou au pied <i>Mesure de la pression artérielle au doigt par pléthysmographie, laser-doppler</i>	0	1			0,00	32	2
EQRP008 Épreuve d'inclinaison [Tilt test] avec étude des variations de la pression intraartérielle et de la fréquence cardiaque <i>Avec ou sans : épreuve pharmacodynamique</i>	0	1		X	62,09	86	2

04.01.02.03 Mesure des pressions intravasculaires périphériques par voie vasculaire

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EQQF007 Mesure directe unilatérale ou bilatérale de la pression intraveineuse, par ponction transcutanée d'une veine du pied <i>Avec ou sans : épreuves dynamiques en orthostatisme</i>	0	1		X	32,25	71	2

04.01.02.04 Surveillance continue des pressions et débits intravasculaires

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ENLF001 Pose de dispositif intraartériel de surveillance de la pression intraartérielle	0	1		F,P,S,U	0,00	40	2
EQLF004 Pose de dispositif de mesure des pressions du coeur droit et du débit cardiaque, par voie veineuse transcutanée <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)</i>	0	1	Y	F,I,P,S,U,X	94,80	127	2
EQQJ001 Surveillance hémodynamique continue par doppler par voie oesophagienne, par 24 heures	0	1			0,00	105	2
EQQM001 Surveillance hémodynamique continue par échocardiographie transthoracique itérative, par 24 heures	0	1			0,00	74	2
EQQP011 Surveillance continue de la pression intraartérielle et/ou de la pression intraveineuse centrale par méthodes effractives, par 24 heures	0	1			0,00	40	2
EQQP012 Surveillance continue des pressions du coeur droit avec mesure du débit cardiaque ou de la fraction d'éjection du ventricule droit, par 24 heures <i>Avec ou sans : mesure continue de la saturation du sang veineux mêlé en oxygène</i>	0	1			0,00	164	2
EQQP014 Surveillance continue des pressions du coeur droit avec mesure du débit cardiaque ou de la fraction d'éjection du ventricule droit, avec surveillance continue de la pression intraartérielle par méthode effractive, par 24 heures <i>Avec ou sans : mesure continue de la saturation du sang veineux mêlé en oxygène</i>	0	1			0,00	200	2

04.01.03 Échographie de l'appareil circulatoire

*Par doppler, on entend : examen hémodynamique par doppler pulsé et/ou doppler couleur.
Avec ou sans : doppler continu*

04.01.03.01 Échographie du coeur et des vaisseaux intrathoraciques [Échocardiographie]

Vaisseaux intrathoraciques comprend :

- aorte thoracique
- artère pulmonaire et ses branches
- artère thoracique interne [mammaire interne]
- veines pulmonaires
- veine cave supérieure
- portion intrathoracique de la veine cave inférieure
- veine azygos.

À l'exclusion de : échographie et hémodynamique doppler du coeur et des vaisseaux intrathoraciques du fœtus (JQQM008)

Par échographie du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, on entend : échographie en mode bidimensionnel et temps mouvement [TM] du coeur et des vaisseaux intrathoraciques.

L'échographie du coeur et des vaisseaux intrathoraciques inclut l'électrocardiographie externe de référence.

Facturation : 3 examens maximum dans un délai de 6 mois, demande motivée au delà

DZQM006 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques <i>Avec ou sans : épreuve pharmacodynamique</i> <i>Facturation : la réalisation de l'électrocardiographie sur au moins 12 dérivations (DEQP003) ne peut pas être facturée en sus de l'échographie du coeur et des vaisseaux intrathoraciques à l'exception de sa réalisation lors des bilans pour traitement par médicament cardiotoxique, conformément aux modalités de suivi cardiologique définies dans le Résumé des Caractéristiques du Produit [RCP] émis par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé</i> <i>Rapport HAS : « Echocardiographie doppler transthoracique : principales indications et conditions de réalisation » - mai 2012</i> Coder éventuellement 1 : (DAQM900, DZQJ900)	0	1		F,P,S,U	96,49	71	2
DZQJ009 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, avec injection intraveineuse de produit de contraste ultrasonore ne franchissant pas le poumon <i>Avec ou sans : effort bloqué d'expiration forcée [manoeuvre de Valsalva]</i> <i>Indication : recherche de communication [shunt] droite-gauche</i> <i>Facturation : transitoirement, la réalisation de l'électrocardiographie sur au moins 12 dérivations (DEQP003) peut être facturée en sus de l'échographie du coeur et des vaisseaux intrathoraciques</i> Coder éventuellement 1 : (DAQM900, DZQJ900)	0	1			107,65	90	2
DZQJ001 Échographie-doppler du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, par voie oesophagienne [Échocardiographie-doppler transoesophagienne] <i>Facturation : transitoirement, la réalisation de l'électrocardiographie sur au moins 12 dérivations (DEQP003) peut être facturée en sus de l'échographie du coeur et des vaisseaux intrathoraciques</i> <i>Forfait : liste SE1</i> Coder éventuellement 1 : (DAQM900, DZQJ900, ZZLP025)	0	1		F,P,S,U	143,08	85	1

DZQJ011	Échographie-doppler du coeur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, avec injection intraveineuse de produit de contraste ultrasonore ne franchissant pas le poumon <i>Avec ou sans : effort bloqué d'expiration forcée [manoeuvre de Valsalva] Indication : recherche de communication [shunt] droite-gauche Facturation : transitoirement, la réalisation de l'électrocardiographie sur au moins 12 dérivations (DEQP003) peut être facturée en sus de l'échographie du coeur et des vaisseaux intrathoraciques Forfait : liste SE1</i> Coder éventuellement 1 : (DAQM900, DZQJ900, ZZLP025)	0	1			152,16	90	1	
DZQJ008	Échographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie oesophagienne du coeur et des vaisseaux intrathoraciques <i>Forfait : liste SE1</i> Coder éventuellement 1 : (DAQM900, DZQJ900, ZZLP025)	0	1		F,P,S,U	160,11	124	1	
DZQJ010	Échographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie oesophagienne du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, avec injection intraveineuse de produit de contraste ultrasonore ne franchissant pas le poumon <i>Avec ou sans : effort bloqué d'expiration forcée [manoeuvre de Valsalva] Indication : recherche de communication [shunt] droite-gauche Facturation : transitoirement, la réalisation de l'électrocardiographie sur au moins 12 dérivations (DEQP003) peut être facturée en sus de l'échographie du coeur et des vaisseaux intrathoraciques Forfait : liste SE1</i> Coder éventuellement 1 : (DAQM900, DZQJ900, ZZLP025)	0	1			168,39	117	1	
DZQM005	Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade <i>Indication : patient en salle d'urgences, réanimation, USI, USIC</i> Coder éventuellement 1 : (DAQM900, DZQJ900)	0	1		F,P,S,U	111,71	71	2	
DZQJ006	Échographie-doppler du coeur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, au lit du malade <i>Avec ou sans : échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques Indication : patient en salle d'urgences, réanimation, USI, USIC Facturation : transitoirement, la réalisation de l'électrocardiographie sur au moins 12 dérivations (DEQP003) peut être facturée en sus de l'échographie du coeur et des vaisseaux intrathoraciques</i> Coder éventuellement 1 : (DAQM900, DZQJ900)	0	1		F,P,S,U	158,16	85	2	
04.01.03.02 Échocardiographie de stress <i>Avec ou sans : étude hémodynamique cardiaque par doppler L'échocardiographie de stress inclut : - la surveillance continue de l'électrocardiographie [ECG] et de la pression intraartérielle, - l'enregistrement événementiel ou à chaque palier de l'électrocardiographie et de l'échographie sur un appareil de numérisation.</i>									
DAQM003	Échocardiographie transthoracique continue avec épreuve pharmacologique de stress, pour étude de la viabilité et/ou de l'ischémie du myocarde <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; apprentissage simple Environnement : spécifique ; identique à celui de l'épreuve d'effort</i> Coder éventuellement 1 : (DAQM900, DZQJ900)	0	1			165,31	163	2	
DZQM002	Échocardiographie transthoracique continue avec épreuve de stress sur lit ergométrique <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; apprentissage simple Environnement : spécifique ; identique à celui de l'épreuve d'effort</i> Coder éventuellement 1 : (DAQM900, DZQJ900)	0	1			170,66	133	2	
DBQM001	Échographie-doppler transthoracique continue du coeur avec épreuve pharmacologique de stress, pour étude de valvopathie [valvulopathie] <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; apprentissage simple Environnement : spécifique ; identique à celui de l'épreuve d'effort</i> Coder éventuellement 1 : (DAQM900, DZQJ900)	0	1			166,28	153	2	
04.01.03.03 Échographie des artères cervicocéphaliques [artères de la tête et du cou] <i>A l'exclusion de : échographie et/ou échographie-doppler de contrôle ou surveillance de pathologie (chapitre 19)</i>									
BZQM003	Échographie-doppler unilatérale ou bilatérale de l'oeil et/ou de l'orbite Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0	1		F,P,S,U	69,93	46	2	
EBQM001	Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, sans mesure de l'épaisseur de l'intima-média <i>À l'exclusion de : échographie-doppler unilatérale ou bilatérale de l'oeil et/ou de l'orbite (BZQM003) Avec ou sans : - exploration des artères ophtalmiques - épreuves dynamiques</i> Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0	1		F,P,S,U	69,93	45	2	
EBQM900	Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, avec mesure de l'épaisseur de l'intima-média Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0	1			0,00	52	2	
EBQM002	Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, avec échographie-doppler des artères des membres inférieurs Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0	1		F,P,S,U	104,90	73	2	

EBQM003	Échographie-doppler des vaisseaux cervicocéphaliques extracrâniens avec échographie-doppler transcrânienne des vaisseaux intracrâniens Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0 1	F,P,S,U	94,16	88 2
EAQM004	Échographie-doppler transcrânienne des vaisseaux intracrâniens, sans épreuve pharmacodynamique À l'exclusion de : échographie-doppler transfontanellaire des vaisseaux intracrâniens (EAQM005) Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0 1	F,P,S,U	54,99	44 2
EAQM003	Échographie-doppler transcrânienne des vaisseaux intracrâniens, avec épreuve pharmacodynamique À l'exclusion de : échographie-doppler transfontanellaire des vaisseaux intracrâniens (EAQM005) Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0 1	F,P,S,U	54,99	45 2
EAQM005	Échographie-doppler transfontanellaire des vaisseaux intracrâniens Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0 1	F,P,S,U	69,93	54 2
EAQM002	Monitoring de la circulation artérielle intracrânienne par doppler pulsé transcrânien À l'exclusion de : monitoring peropératoire de la circulation artérielle intracrânienne Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0 1		43,62	53 2
EAQM001	Surveillance continue de la circulation artérielle intracrânienne par doppler transcrânien, par 24 heures Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0 1		0,00	102 2
04.01.03.04 Échographie des artères du membre supérieur À l'exclusion de : échographie-doppler d'une fistule artérioveineuse pour circulation extracorporelle (EZQM001) A l'exclusion de : échographie et/ou échographie-doppler de contrôle ou surveillance de pathologie (chapitre 19)					
ECQM002	Échographie-doppler des artères des membres supérieurs Avec ou sans : - manoeuvres positionnelles - épreuve dynamique [test d'Allen] Facturation : ne peut pas être facturé avec échodoppler des veines des membres supérieurs Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0 1	F,P,S,U	69,93	41 2
ECQM001	Examen doppler continu des artères des membres supérieurs avec épreuve dynamique [test d'Allen] et manoeuvres positionnelles Facturation : ne peut pas être facturé avec échodoppler des veines des membres supérieurs Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0 1		69,93	27 2
04.01.03.05 Échographie de l'aorte abdominale A l'exclusion de : échographie et/ou échographie-doppler de contrôle ou surveillance de pathologie (chapitre 19)					
DGQM002	Échographie-doppler de l'aorte abdominale, de ses branches viscérales et des artères iliaques Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0 1	F,P,S,U	75,60	48 2
DGQM001	Échographie-doppler de l'aorte abdominale, de ses branches viscérales, des artères iliaques et des artères des membres inférieurs Facturation : ne peut pas être facturé avec échodoppler des veines des membres inférieurs Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0 1	F,P,S,U	76,59	64 2
04.01.03.06 Échographie des artères du membre inférieur A l'exclusion de : échographie et/ou échographie-doppler de contrôle ou surveillance de pathologie (chapitre 19)					
EDQM001	Échographie-doppler des artères iliaques et des artères des membres inférieurs Avec ou sans : échographie-doppler de l'aorte abdominale Facturation : peut être facturé avec échographie-doppler des veines des membres inférieurs et des veines iliaques, sans marquage cutané (EJQM004) lors du diagnostic d'un ulcère de jambe à prédominance veineuse lorsque l'IPS est inférieur à 0,9 ou supérieur à 1,3 et/ou lorsqu'il existe une discordance entre l'examen clinique et l'IPS, selon l'avis du 16 juillet 2014 de la Haute Autorité de Santé [HAS] Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0 1	F,P,S,U	69,93	45 2
04.01.03.07 Échographie des veines A l'exclusion de : échographie et/ou échographie-doppler de contrôle ou surveillance de pathologie (chapitre 19)					
EFQM001	Échographie-doppler des veines des membres supérieurs Avec ou sans : - échographie-doppler des veines brachiocéphaliques - manoeuvres dynamiques Facturation : ne peut pas être facturé avec échodoppler des artères des membres supérieurs Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0 1	F,P,S,U	69,93	39 2
DHQM001	Échographie-doppler transthoracique de la veine cave supérieure et de ses affluents chez l'enfant Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0 1	F,P,S,U	69,93	39 2
EJQM004	Échographie-doppler des veines des membres inférieurs et des veines iliaques, sans marquage cutané À l'exclusion de : échographie-doppler des veines des membres inférieurs et des veines iliaques, pour recherche de thrombose veineuse profonde (EJQM003) Avec ou sans : échographie-doppler de la veine cave inférieure Facturation : peut être facturé avec échographie-doppler des artères iliaques et des artères des membres inférieurs (EDQM001) lors du diagnostic d'un ulcère de jambe à prédominance veineuse lorsque l'IPS est inférieur à 0,9 ou supérieur à 1,3 et/ou lorsqu'il existe une discordance entre l'examen clinique et l'IPS, selon l'avis du 16 juillet 2014 de la Haute autorité de santé [HAS] Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0 1	F,P,S,U	75,60	48 2

EJQM001	Échographie-doppler des veines des membres inférieurs, avec marquage cutané ou cartographie hémodynamique <i>À l'exclusion de : échographie-doppler pour repérage préopératoire de pédicule vasculaire d'un lambeau de réparation (EZQM002) Avec ou sans : échographie-doppler de la veine cave inférieure Facturation : ne peut pas être facturé avec échodoppler des artères des membres inférieurs</i> Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0	1					75,60	54	2
EJQM003	Échographie-doppler des veines des membres inférieurs et des veines iliaques, pour recherche de thrombose veineuse profonde <i>Avec ou sans : échographie-doppler de la veine cave inférieure Facturation : ne peut pas être facturé avec échodoppler des artères des membres inférieurs</i> Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0	1		F,P,S,U			75,60	42	2
DHQM002	Échographie-doppler de la veine cave inférieure et de ses affluents Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0	1		F,P,S,U			69,93	40	2
04.01.03.08 Autres échographies de l'appareil circulatoire <i>A l'exclusion de : échographie et/ou échographie-doppler de contrôle ou surveillance de pathologie (chapitre 19)</i>										
ELQM001	Échographie-doppler des vaisseaux digestifs <i>Avec ou sans : échographie-doppler de l'aorte abdominale</i> Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0	1		F,P,S,U			69,93	47	2
ELQJ002	Échographie-doppler des vaisseaux pelviens et péniens, avec épreuve pharmacodynamique par injection transcutanée intracaverneuse <i>Indication : en milieu spécialisé urologique et/ou andrologique, pour un homme de moins de 60 ans, ayant eu un test oral ou intracaverneux négatif et ayant accepté l'éventualité d'une intervention chirurgicale Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0	1					69,93	55	2
ELQM002	Échographie-doppler unilatérale ou bilatérale des vaisseaux des bourses et du cordon spermatique Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0	1		F,P,S,U			69,93	37	2
EZQM001	Échographie-doppler d'une fistule artérioveineuse pour circulation extracorporelle Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0	1		F,P,S,U			69,93	37	2
EZQM002	Échographie-doppler pour repérage préopératoire de pédicule vasculaire d'un lambeau de réparation Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)	0	1		F,P,S,U			39,45	36	2
04.01.04 Radiographie de l'appareil circulatoire										
04.01.04.01 Artériographie coronaire [Coronarographie] <i>Avec ou sans : artériographie de l'aorte supraorificielle [suprasigmoïdienne] L'artériographie coronaire inclut la mesure des pressions dans les cavités cardiaques gauches et dans l'aorte.</i>										
DDQH009	Artériographie coronaire sans ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (DDQF202, DDQJ001, DDRH001, YYYY260, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U			259,20	240	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U			94,05	48	1
DDQH012	Artériographie coronaire avec ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (DDQF202, DDQJ001, DDRH001, YYYY270, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U			259,20	263	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U			94,05	60	1
DDQH010	Artériographie coronaire avec ventriculographie gauche et artériographie thoracique [mammaire] interne unilatérale ou bilatérale, par voie artérielle transcutanée <i>Indication : l'angiographie sélective de l'artère thoracique interne n'est pas réalisée de manière systématique en préopératoire lorsqu'on envisage un pontage artériel. Elle peut être faite si l'une des artères thoraciques internes a déjà été utilisée ou si un traumatisme thoracique ou une intervention thoracique peut avoir lésé ces vaisseaux. Elle documente le diamètre de l'artère qui sera utilisée pour le montage chirurgical</i> Coder éventuellement 1 : (DDQJ001, DDRH001, YYYY280, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U			259,20	296	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U			94,05	65	1
DDQH006	Angiographie de pontage coronaire, par voie artérielle transcutanée <i>Indication : revascularisation hybride : pontage artériel associé à une angioplastie</i> Coder éventuellement 1 : (DDQJ001, DDRH001, YYYY210, YYYY300, ZZLP030)	0	1	Y	F,P,S,U			172,80	217	1
DDQH014	Artériographie coronaire avec angiographie d'un pontage coronaire sans ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (DDQJ001, DDRH001, YYYY280, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U			259,20	280	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U			94,05	48	1
DDQH011	Artériographie coronaire avec angiographie d'un pontage coronaire et ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (DDQJ001, DDRH001, YYYY280, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U			259,20	290	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U			94,05	60	1
DDQH013	Artériographie coronaire avec angiographie de plusieurs pontages coronaires sans ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (DDQJ001, DDRH001, YYYY280, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U			259,20	303	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U			94,05	50	1
DDQH015	Artériographie coronaire avec angiographie de plusieurs pontages coronaires et ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (DDQJ001, DDRH001, YYYY280, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U			259,20	333	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U			94,05	62	1
04.01.04.02 Artériographie de l'aorte [Aortographie]										
DGQH006	Artériographie globale de l'aorte thoracique, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY190, YYYY300, ZZLP030)	Ph	A	Cl	modificateur		Tarif	ICR	Ex	
		0	1		F,P,S,U		144,00	259	1	
DGQH007	Artériographie globale de la crosse de l'aorte et de ses branches cervicocéphaliques [Gerbe aortique], par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY190, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U		144,00	290	1	
DGQH005	Artériographie globale de l'aorte thoracique et abdominale, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY210, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U		144,00	294	1	

DGQH002	Artériographie globale de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY190, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	144,00	246	1	
DGQH001	Artériographie globale de l'aorte abdominale et des membres inférieurs, par voie artérielle transcutanée <i>Avec ou sans : artériographie des artères rénales</i> Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY220, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	240,00	272	1	
DGQH003	Artériographie de l'aorte abdominale et des membres inférieurs, par injection intraaortique transcutanée lombale <i>Aortographie selon Dos Santos</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	240,00	272	1	
DGQH004	Artériographie de l'aorte et de ses branches, par injection intraveineuse transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY210, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	144,00	192	1	
04.01.04.03 Artériographie pulmonaire <i>Avec ou sans : mesure des pressions dans le coeur droit et l'artère pulmonaire</i>									
DFQH001	Artériographie sélective du tronc et/ou des branches de l'artère pulmonaire, par voie veineuse transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY210, YYYY300, ZZLP030)	0	1	Y	F,P,S,U	192,00	297	1	
DFQH002	Artériographie hypersélective des artères pulmonaires, par voie veineuse transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY210, YYYY300, ZZLP030)	0	1	Y	F,P,S,U	192,00	342	1	
04.01.04.04 Artériographie des artères intrathoraciques à destination pariétale ou viscérale <i>Comprend : artériographie :</i> <i>- de l'artère thoracique interne [mammaire interne] et de ses branches</i> <i>- d'artère intercostale</i> <i>- de branche viscérale de l'aorte thoracique [artères œsophagienne, bronchique, pleuropulmonaire ou médiastinale]</i> <i>- de l'artère phrénique supérieure [diaphragmatique supérieure]</i> <i>A l'exclusion de : artériographie</i> <i>- des artères coronaires (cf 04.01.04.01)</i> <i>- d'un segment de la moelle épinière (cf 04.01.04.07)</i>									
ECQH015	Artériographie sélective ou hypersélective d'artère intrathoracique à destination pariétale et/ou viscérale, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY270, YYYY300, ZZLP030)	0	1	Y	F,P,S,U	288,00	390	1	
ECQH016	Artériographie suprasélective d'artère intrathoracique à destination pariétale et/ou viscérale, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY270, YYYY300, ZZLP030)	0	1	Y	F,P,S,U	288,00	424	1	
04.01.04.05 Artériographie des axes cervicocéphaliques									
EBQH010	Artériographie d'un axe cervicocéphalique, par injection intraartérielle transcutanée unique Coder éventuellement 1 : (YYYY270, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	288,00	226	1	
EBQH008	Artériographie de plusieurs axes cervicocéphaliques, par injections intraartérielles transcutanées multiples Coder éventuellement 1 : (YYYY270, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	288,00	266	1	
EBQH011	Artériographie sélective d'un ou 2 axes cervicocéphaliques, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY245, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	240,00	332	1	
EBQH002	Artériographie sélective de 3 axes cervicocéphaliques ou plus, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY270, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	288,00	379	1	
EBQH005	Artériographie hypersélective cervicocéphalique, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY270, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	288,00	429	1	
EBQH007	Artériographie suprasélective cervicocéphalique, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY270, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	288,00	435	1	
EBQH003	Artériographie cervicocéphalique par voie vasculaire transcutanée, pour diagnostic de mort cérébrale Coder éventuellement 1 : (YYYY270, YYYY300)	0	1		F,P,S,U	288,00	182	2	
EAQH001	Artériographie cérébrale sélective, avec exploration comparative des fonctions cognitives des hémisphères cérébraux par injection intracarotidienne de barbiturique à action rapide [test de Wada] <i>Activité 1 : artériographie cérébrale sélective, par voie artérielle transcutanée</i> <i>Activité 2 : test de Wada avec EEG</i> <i>Indication : étude de la latéralisation du langage et évaluation de la mémoire avant intervention. Reste l'examen de référence par rapport à la remnographie fonctionnelle</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY270, YYYY300, ZZLP030)	0	1			288,00	648	1	
		0	2			0,00	0	1	
04.01.04.06 Artériographie du membre supérieur									
ECQH006	Artériographie du membre supérieur par injection intraartérielle transcutanée, sans manoeuvre positionnelle <i>À l'exclusion de : artériographie de la main, par injection intraartérielle transcutanée</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,T,U	96,00	232	1	
ECQH003	Artériographie unilatérale de la main, par injection intraartérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	96,00	249	1	
ECQH007	Artériographie bilatérale de la main, par injection intraartérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY210, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	240,00	306	1	

ECQH004	Artériographie unilatérale du membre supérieur par voie artérielle ou injection intraartérielle transcutanée, avec manoeuvre positionnelle <i>Indication : recherche et bilan du syndrome de défilé thoracobrachial</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	96,00	296	1				
ECQH001	Artériographie bilatérale du membre supérieur par voie artérielle ou injection intraartérielle transcutanée, avec manoeuvre positionnelle <i>Indication : recherche et bilan du syndrome de défilé thoracobrachial</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY210, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	240,00	342	1				
ECQH005	Artériographie sélective ou hypersélective du membre supérieur, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY190, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,T,U	192,00	299	1				
ECQH002	Artériographie suprasélective du membre supérieur, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY190, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,T,U	192,00	365	1				
04.01.04.07 Artériographie de la moelle épinière						Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ECQH013	Artériographie sélective ou hypersélective d'un segment de la moelle épinière, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY270, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	288,00	395	1				
ECQH012	Artériographie sélective ou hypersélective de la totalité de la moelle épinière, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY270, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	288,00	532	1				
ECQH014	Artériographie suprasélective de la moelle épinière, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY270, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	288,00	582	1				
04.01.04.08 Artériographie des branches de l'aorte abdominale ou de l'artère iliaque interne <i>L'artériographie de branche de l'aorte abdominale inclut l'artériographie de l'aorte abdominale.</i>												
EDQH008	Artériographie sélective ou hypersélective d'une branche digestive de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY210, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	240,00	316	1				
EDQH006	Artériographie sélective et/ou hypersélective de plusieurs branches digestives de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY210, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	240,00	369	1				
EDQH007	Artériographie suprasélective de branche digestive de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY210, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	240,00	382	1				
EDQH003	Artériographie sélective ou hypersélective d'une branche extradiigestive de l'aorte abdominale ou d'une branche de l'artère iliaque interne, par voie artérielle transcutanée <i>Artériographie sélective ou hypersélective d'une artère rénale, par voie artérielle transcutanée</i> Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY210, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	240,00	282	1				
EDQH005	Artériographie sélective et/ou hypersélective de plusieurs branches extradiigestives de l'aorte abdominale ou de plusieurs branches de l'artère iliaque interne, par voie artérielle transcutanée <i>Artériographie sélective et/ou hypersélective des artères rénales, par voie artérielle transcutanée</i> Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY210, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	240,00	362	1				
EDQH001	Artériographie suprasélective de branche extradiigestive de l'aorte abdominale ou de branche de l'artère iliaque interne, par voie artérielle transcutanée <i>Artériographie suprasélective rénale, par voie artérielle transcutanée</i> Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY210, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	240,00	382	1				
04.01.04.09 Artériographie du membre inférieur						Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EEQH006	Artériographie unilatérale du membre inférieur, par injection intraartérielle fémorale transcutanée <i>À l'exclusion de : artériographie du pied, par injection intraartérielle ou voie artérielle transcutanée (EEQH003)</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	57,60	209	1				
EEQH001	Artériographie bilatérale de membre inférieur, par injection intraartérielle fémorale transcutanée bilatérale Coder éventuellement 1 : (YYYY130, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	86,40	256	1				
EEQH005	Artériographie globale du membre inférieur, par voie artérielle transcutanée <i>À l'exclusion de : artériographie du pied, par injection intraartérielle ou voie artérielle transcutanée (EEQH003)</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,U	57,60	256	1				
EEQH002	Artériographie sélective ou hypersélective du membre inférieur, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,T,U	57,60	292	1				
EEQH004	Artériographie suprasélective du membre inférieur, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,T,U	57,60	342	1				
EEQH003	Artériographie du pied, par injection intraartérielle ou voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP030)	0	1		F,P,S,T,U	57,60	272	1				
04.01.04.10 Phlébographie des axes cervicocéphaliques						Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EBQH009	Phlébographie d'un axe cervicocéphalique, par injection intrajugulaire transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY160, YYYY300, ZZLP025)	0	1		F,P,S,U	57,60	216	1				
EBQH001	Phlébographie globale d'un axe cervicocéphalique, par voie veineuse transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY160, YYYY300, ZZLP025)	0	1		F,P,S,U	57,60	260	1				
EFQH002	Phlébographie sélective de la veine brachiocéphalique ou de la veine cave supérieure, par voie veineuse transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY160, YYYY300, ZZLP025)	0	1		F,P,S,U	57,60	272	1				

EFQH007	Phlébographie hypersélective de la veine brachiocéphalique ou de la veine cave supérieure, par voie veineuse transcutanée	0	1		F,P,S,U	57,60	359	1
---------	--	---	---	--	---------	-------	-----	---

Avec ou sans : prélèvements sanguins étagés

Coder éventuellement 1 : (YYYY160, YYYY300, ZZLP025)

04.01.04.11 Phlébographie du membre supérieur

EFQH001	Phlébographie sélective du membre supérieur par voie veineuse transcutanée, sans étude des troncs veineux proximaux	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0	1		F,P,S,U	57,60	239	2

Coder éventuellement 1 : (YYYY160, YYYY300, ZZLP025)

EFQH006	Phlébographie unilatérale du membre supérieur par injection intraveineuse transcutanée, sans étude des troncs veineux proximaux	0	1		F,P,S,U	57,60	186	2
---------	--	---	---	--	---------	-------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY160, YYYY300, ZZLP025)

EFQH005	Phlébographie unilatérale du membre supérieur par injection intraveineuse ou voie veineuse transcutanée, avec étude des troncs veineux proximaux et de la veine cave supérieure	0	1		F,P,S,U	115,20	216	1
---------	--	---	---	--	---------	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY210, YYYY300, ZZLP054)

EFQH004	Phlébographie bilatérale du membre supérieur par injection intraveineuse transcutanée, sans étude des troncs veineux proximaux	0	1		F,P,S,U	86,40	226	2
---------	---	---	---	--	---------	-------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY160, YYYY300, ZZLP025)

EFQH003	Phlébographie bilatérale du membre supérieur par injection intraveineuse transcutanée, avec étude des troncs veineux proximaux et de la veine cave supérieure	0	1		F,P,S,U	129,60	252	2
---------	--	---	---	--	---------	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY210, YYYY300, ZZLP054)

04.01.04.12 Phlébographie de la veine cave supérieure

DHQH003	Phlébographie de la veine cave supérieure [Cavographie supérieure], par injection intraveineuse transcutanée	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0	1		F,P,S,U	86,40	216	2

Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP025)

DHQH006	Phlébographie globale de la veine cave supérieure [Cavographie supérieure], par voie veineuse transcutanée	0	1		F,P,S,U	86,40	216	2
---------	---	---	---	--	---------	-------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP025)

04.01.04.13 Phlébographie du membre inférieur

La phlébographie du membre inférieur inclut l'étude des axes ilio-caves.

EJQH006	Phlébographie unilatérale du membre inférieur, par injection intraveineuse transcutanée au pied	0	1		F,P,S,U	57,60	199	2
---------	--	---	---	--	---------	-------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY160, YYYY300, ZZLP025)

EJQH004	Phlébographie bilatérale du membre inférieur, par injection intraveineuse transcutanée au pied	0	1		F,P,S,U	86,40	236	2
---------	---	---	---	--	---------	-------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY160, YYYY300, ZZLP025)

EJQH002	Phlébographie bilatérale du membre inférieur par injection intraveineuse transcutanée au pied, avec iliocavographie par injection intraveineuse transcutanée fémorale bilatérale	0	1		F,P,S,U	86,40	286	2
---------	---	---	---	--	---------	-------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY160, YYYY300, ZZLP025)

EJQH005	Phlébographie rétrograde du membre inférieur, par injection intraveineuse transcutanée poplitée	0	1		F,P,S,T,U	57,60	232	2
---------	--	---	---	--	-----------	-------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY160, YYYY300, ZZLP025)

EJQH003	Phlébographie rétrograde du membre inférieur, par injection intraveineuse transcutanée fémorale homolatérale ou par voie veineuse fémorale controlatérale	0	1		F,P,S,U	57,60	306	2
---------	--	---	---	--	---------	-------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY160, YYYY300, ZZLP025)

EJQH001	Varicographie du membre inférieur, par injection intraveineuse transcutanée	0	1		T	57,60	182	2
---------	--	---	---	--	---	-------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY160, YYYY300, ZZLP025)

04.01.04.14 Phlébographie de la veine cave inférieure

DHQH005	Phlébographie des veines iliaque et cave inférieure [Iliocavographie], par injection intraveineuse transcutanée fémorale unilatérale ou bilatérale	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0	1		F,P,S,U	86,40	222	2

Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP025)

DHQH002	Phlébographie de la veine cave inférieure [Cavographie inférieure], par voie veineuse transcutanée	0	1		F,P,S,U	86,40	219	1
---------	---	---	---	--	---------	-------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP025)

DHQH004	Phlébographie sélective d'une branche de la veine iliaque commune ou de la veine cave inférieure, par voie veineuse transcutanée	0	1		F,P,S,U	86,40	259	1
---------	---	---	---	--	---------	-------	-----	---

À l'exclusion de : phlébographie sélective de veine hépatique [sushépatique], par voie veineuse transcutanée (EHQH001)

Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP025)

DHQH001	Phlébographie sélective de plusieurs branches des veines iliaques communes et/ou de la veine cave inférieure, par voie veineuse transcutanée	0	1		F,P,S,U	86,40	292	1
---------	---	---	---	--	---------	-------	-----	---

À l'exclusion de : phlébographie sélective de veine hépatique [sushépatique], par voie veineuse transcutanée (EHQH001)

Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP025)

EHQH001	Phlébographie sélective de veine hépatique [sushépatique], par voie veineuse transcutanée	0	1		F,P,S,U	192,00	249	1
---------	--	---	---	--	---------	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP030)

DHQH007	Phlébographie hypersélective d'une branche de la veine iliaque commune ou de la veine cave inférieure, par voie veineuse transcutanée	0	1		F,P,S,U	192,00	309	1
---------	--	---	---	--	---------	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP030)

04.01.04.15 Angiographie de l'oeil

Ce sous-chapitre est vide dans cette version de la CCAM, actes transférés au 04.01.10.

04.01.04.16 Autres angiographies

Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
----	---	----	--------------	-------	-----	----

EZQH003	Angiographie d'un accès vasculaire artérioveineux d'un membre, par injection intravasculaire transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY130, YYYY300, ZZLP025)	0 1	F,P,S,U	57,60	222 1
EZQH002	Angiographie d'un accès vasculaire artérioveineux d'un membre, par voie vasculaire transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY130, YYYY300, ZZLP025)	0 1	F,P,S,U	57,60	259 1
EKQH002	Angiographie d'un accès vasculaire artérioveineux du membre supérieur avec exploration des troncs veineux profonds proximaux et de la veine cave supérieure, par injection intravasculaire transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY034, YYYY300, ZZLP054)	0 1	F,P,S,U	115,20	246 1
EZMH001	Contrôle radiologique secondaire de perméabilité et/ou de position d'un dispositif d'accès vasculaire ou d'une endoprothèse vasculaire, par injection de produit de contraste Coder éventuellement 1 : (YYYY467)	0 1	F,P,S,U,Y,Z	21,28	136 2

04.01.05 Scanographie de l'appareil circulatoire

La scanographie des vaisseaux [angioscanner] inclut l'étude morphologique préalable du segment étudié, la restitution tridimensionnelle par logiciel adapté et sa visualisation.

ECQH010	Scanographie des vaisseaux du thorax et/ou du coeur [Angioscanner thoracique] Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	70 2
ECQH011	Scanographie des vaisseaux du thorax et/ou du coeur, avec scanographie des vaisseaux de l'abdomen et/ou du petit bassin [Angioscanner thoracique avec angioscanner de l'abdomen et/ou du pelvis] Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	E,F,P,S,U,Y,Z	50,54	68 2
EBQH006	Scanographie des vaisseaux cervicaux [Angioscanner cervical] Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	72 2
EAQH002	Scanographie des vaisseaux encéphaliques [Angioscanner cérébral] Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	77 2
EBQH004	Scanographie des vaisseaux cervicocéphaliques [Angioscanner cervicocérébral] Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	89 2
EKQH001	Scanographie des vaisseaux des membres supérieurs [Angioscanner des membres supérieurs] Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	76 2
ELQH002	Scanographie des vaisseaux de l'abdomen et/ou du petit bassin [Angioscanner abdominopelvien] À l'exclusion de : scanographie des vaisseaux du foie pour étude de la vascularisation à au moins 3 temps différents (ELQH001) Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	71 2
ELQH001	Scanographie des vaisseaux du foie pour étude de la vascularisation à au moins 3 temps différents Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	68 2
EMQH001	Scanographie des vaisseaux des membres inférieurs [Angioscanner des membres inférieurs] Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	76 2

04.01.06 Remnographie [IRM] de l'appareil circulatoire

La remnographie des vaisseaux [angio-IRM] inclut l'étude morphologique préalable du segment étudié, la restitution tridimensionnelle par logiciel adapté et sa visualisation.

DZQN001	Remnographie [IRM] morphologique du coeur Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : spécifique Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	F,P,S,U	69,00	119 2
DZQN002	Remnographie [IRM] fonctionnelle du coeur, sans épreuve pharmacologique de stress Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : spécifique Coder éventuellement 1 : (YYYY600)	0 1		69,00	143 2
DZQM008	Remnographie [IRM] fonctionnelle du coeur, avec épreuve pharmacologique de stress Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : spécifique Coder éventuellement 1 : (YYYY600)	0 1		69,00	167 2
ECQJ001	Remnographie des vaisseaux du thorax [Angio-IRM thoracique] Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	F,P,S,U	69,00	119 2
EBQJ002	Remnographie des vaisseaux cervicaux [Angio-IRM cervicale] Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	F,P,S,U	69,00	118 2
EAQJ001	Remnographie des vaisseaux encéphaliques [Angio-IRM cérébrale] Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	F,P,S,U	69,00	116 2
EBQJ001	Remnographie des vaisseaux cervicocéphaliques [Angio-IRM cervicocérébrale] Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	F,P,S,U	69,00	129 2
EKQJ001	Remnographie des vaisseaux des membres supérieurs [Angio-IRM des membres supérieurs] Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	F,P,S,U	69,00	118 2
ELQJ001	Remnographie des vaisseaux de l'abdomen et/ou du petit bassin [Angio-IRM abdominopelvien] Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	F,P,S,U	69,00	117 2
ELQJ003	Remnographie des vaisseaux [Angio-IRM] de l'abdomen et/ou du petit bassin, avec remnographie des vaisseaux [angio-IRM] des membres Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	F,P,S,U	69,00	140 2
EMQJ001	Remnographie des vaisseaux des membres inférieurs [Angio-IRM des membres inférieurs] Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	F,P,S,U	69,00	118 2

04.01.07 Scintigraphie de l'appareil circulatoire

DAQL007	Scintigraphie myocardique sans utilisation de traceur de perfusion <i>Scintigraphie myocardique avec MIBG, anticorps antimyosine, gallium, pyrophosphate</i> Coder éventuellement 1 : (ZZQL018, ZZQL019)	0 1	G	172,32	96 2
DAQL002	Scintigraphie des cavités cardiaques au repos selon 1 incidence <i>À l'exclusion de : scintigraphie des cavités cardiaques à visée rythmologique (DAQL012)</i>	0 1	G	266,19	64 2
DAQL008	Scintigraphie des cavités cardiaques au repos selon plusieurs incidences <i>À l'exclusion de : scintigraphie des cavités cardiaques à visée rythmologique (DAQL012)</i>	0 1	G	266,19	92 2
DAQL012	Scintigraphie des cavités cardiaques à visée rythmologique	0 1	G	395,43	120 2
DAQL004	Scintigraphie des cavités cardiaques pendant une épreuve d'effort ou une épreuve pharmacologique	0 1		395,43	132 2
DAQL005	Recherche radio-isotopique de thrombose intracardiaque	0 1	F,G,P,S,U	268,87	160 2
DAQL003	Tomoscintigraphie de perfusion myocardique de repos, sans synchronisation à l'électrocardiogramme	0 1	F,G,U	256,77	84 2
DAQL014	Tomoscintigraphie de perfusion myocardique de repos, avec synchronisation à l'électrocardiogramme Coder éventuellement 1 : (ZZQL017)	0 1	F,G,U	316,85	120 2
DAQL001	Tomoscintigraphie de perfusion myocardique après épreuve d'effort ou épreuve pharmacologique, sans synchronisation à l'électrocardiogramme	0 1		261,91	92 2
DAQL010	Tomoscintigraphie de perfusion myocardique après épreuve d'effort ou épreuve pharmacologique, avec synchronisation à l'électrocardiogramme Coder éventuellement 1 : (ZZQL017)	0 1		319,42	132 2
DAQL011	Tomoscintigraphie de perfusion myocardique de repos, avec tomoscintigraphie de perfusion myocardique après épreuve d'effort ou épreuve pharmacologique sans synchronisation à l'électrocardiogramme Coder éventuellement 1 : (ZZQL018, ZZQL019)	0 1		390,29	140 2
DAQL009	Tomoscintigraphie de perfusion myocardique de repos, avec tomoscintigraphie de perfusion myocardique après épreuve d'effort ou épreuve pharmacologique avec synchronisation à l'électrocardiogramme Coder éventuellement 1 : (ZZQL017, ZZQL018, ZZQL019)	0 1		472,72	180 2
DAQL015	Tomoscintigraphie des cavités cardiaques au repos, avec synchronisation à l'électrocardiogramme <i>Indication : évaluation de la fonction ventriculaire droite, évaluation des volumes des deux ventricules et analyse de la cinétique régionale</i>	0 1	G	266,19	102 2
DAQL900	Tomoscintigraphie des cavités cardiaques après épreuve d'effort ou épreuve pharmacologique, avec synchronisation à l'électrocardiogramme	0 1		0,00	130 2
DAQL006	Tomoscintigraphie myocardique par émission de positons, avec tépographe [caméra TEP] dédié	0 1	G	0,00	300 2
DFQL001	Recherche d'une thrombose artérielle pulmonaire, par injection de traceur radio-isotopique spécifique Coder éventuellement 1 : (ZZQL007)	0 1	G	180,44	140 2
EZQL001	Phlébographie radio-isotopique des membres	0 1	G	268,87	160 2
EPQL001	Recherche radio-isotopique de thrombose veineuse périphérique Coder éventuellement 1 : (ZZQL017)	0 1	F,G,P,S,U	268,87	120 2
EZQL002	Mesure de la perméabilité capillaire par méthode radio-isotopique <i>Test de Landis avec injection intraveineuse transcutanée de radio-isotope</i>	0 1	G	268,87	84 2
04.01.08 Épreuves fonctionnelles de l'appareil circulatoire <i>Les épreuves fonctionnelles de l'appareil circulatoire incluent les examens de référence : électrocardiographie et/ou examen doppler au repos.</i>					
DKRP004	Épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec électrocardiographie discontinue	0 1		76,80	49 2
EQRP002	Épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec électrocardiographie discontinue et mesure du débit d'oxygène consommé [VO2]	0 1	I	106,55	65 2
EQRM001	Épreuve d'effort sur tapis roulant, avec électrocardiographie discontinue, examen doppler continu des artères des membres inférieurs et mesure de l'index de pression systolique	0 1		0,00	46 2
EQQP001	Mesure de la distance de marche sur tapis roulant ou par enregistrement électromagnétique	0 1		0,00	53 2
EQQM004	Mesure de la distance de marche sur tapis roulant ou par enregistrement électromagnétique, avec mesures de la pression systolique résiduelle de cheville et du temps de récupération [test de Strandness] par doppler continu transcutané ou pléthysmographie	0 1		0,00	54 2
EQQP010	Mesure de la compliance artérielle	0 1		0,00	30 2
EQQP009	Mesure de la pulsatilité artérielle par débitmétrie électromagnétique ou par impédance [irrigraphie]	0 1		0,00	44 2
EQQP005	Capillaroscopie périunguéeale	0 1	I	25,24	19 2
EQQM003	Étude dynamique de la microcirculation digitale, par pléthysmographie, laser-doppler, thermométrie ou mesure transcutanée de la pression partielle en oxygène [TcPO2] <i>Avec ou sans : mesure de la pression intraartérielle digitale à la main et/ou au pied</i> <i>Étude du réflexe veinoartériolaire</i> <i>Test d'hyperhémie réactionnelle postischémique digitale</i> <i>Test de réactivité au froid de la microcirculation digitale</i> <i>Indication : retentissement microcirculatoire d'une maladie vasculaire des membres</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 1	O,X	18,93	43 2
EJQP001	Pléthysmographie veineuse des membres inférieurs	0 1	I,O	23,13	42 2
EQQM005	Étude de la fréquence cardiaque et des vitesses circulatoires par doppler pulsé transcrânien, avec épreuve dynamique	0 1	I	104,54	131 2
04.01.09 Ponction, biopsie et prélèvement de l'appareil circulatoire					
DAHFO01	Biopsie de l'endocarde et du myocarde, par voie vasculaire transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300, ZZLP042)	Ph A Cl 0 1 Y	modificateur	Tarif 158,70	ICR Ex 189 1

EBHA001	Biopsie unilatérale ou bilatérale de l'artère temporale superficielle, par abord direct	0	1			52,25	52	2
	Forfait : liste SE2							
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
EBHA002	Biopsie d'artère des membres ou du cou, par abord direct	0	1		I,J,K,T	116,28	95	1
	À l'exclusion de : biopsie d'une artère, par thoracotomie (ZBQA002)							
	Biopsie de l'artère subclavière, par cervicotomie							
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)							
EZQA001	Exploration d'un axe vasculonerveux des membres ou du cou, par abord direct	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	95,01	200	1
	Avec ou sans : exploration de la peau et des tissus mous	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	67,26	52	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

04.01.10 Examen anatomopathologique de l'appareil cardiovasculaire

Par structure anatomique, on entend : élément du corps humain, unitissulaire ou pluritissulaire, topographiquement délimité, constituant un ensemble organisé destiné à remplir un rôle déterminé ou une fonction. Il peut s'agir par exemple :

- d'un organe : estomac, peau, muscle,
- d'une entité concourant à une finalité caractéristique : méninge, séreuse,
- d'une région anatomique : médiastin, région rétropéritonéale

Par biopsie, on entend : prélèvement sur une structure anatomique d'un fragment biopsique ou de fragments biopsiques multiples non distingués les uns des autres lors du prélèvement.

L'examen histopathologique de biopsie inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalum ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans : - coloration spéciale

- coupes sériées
- empreinte par apposition cellulaire
- écrasis cellulaire

Par pièce d'exérèse, on entend : exérèse partielle ou totale, monobloc ou en plusieurs fragments non différenciés par le préleveur, pour chaque structure anatomique

Par berge, on entend : limite de la résection [incision]

Par recoupe, on entend : exérèse supplémentaire effectuée par le préleveur, au-delà des berges de l'exérèse initiale

Avec ou sans : examen de berge

Par groupe lymphonodal [ganglionnaire lymphatique], on entend : ensemble de noeuds [ganglions] lymphatiques non différenciés par le préleveur au cours d'un curage lymphonodal [ganglionnaire]

L'examen anatomopathologique, inclut : l'examen macroscopique et microscopique de pièce d'exérèse

L'examen anatomopathologique d'un organe inclut : l'examen du feuillet viscéral de son éventuelle séreuse

L'examen anatomopathologique de pièce d'exérèse inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalum ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans : - coloration spéciale

- coupes sériées
- empreinte par apposition cellulaire
- écrasis cellulaire

Facturation :

- un seul acte peut être facturé que l'exérèse soit monobloc ou en fragments non différenciés par le préleveur, partielle ou totale, pour chaque structure anatomique

La pièce d'exérèse pour examen anatomopathologique à visée carcinologique inclut :

- les structures anatomiques ayant un rapport de continuité ou de contiguïté [organes de voisinage] quel qu'en soit le nombre
- les éventuelles recoupes
- les noeuds [ganglions] lymphatiques ou groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] satellites non différenciés par le préleveur

Par examen anatomopathologique à visée carcinologique, on entend : examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de lésion présumée cancéreuse ou précancéreuse

L'examen anatomopathologique à visée carcinologique, inclut : l'examen anatomopathologique de lésion cancéreuse de découverte fortuite lors de l'intervention ou de l'examen anatomopathologique

À l'exclusion de : examen anatomopathologique de lésion précancéreuse de découverte fortuite lors de l'examen anatomopathologique

Coder éventuellement :

- examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une autre structure anatomique différenciée par le préleveur
- examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] différenciés par le préleveur ou de pièce de curage lymphonodal [ganglionnaire]

ENQX011	Examen histopathologique de biopsie d'artère avec coloration spéciale	0	1			28,00	38	5
DZQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de tumeur du coeur	0	1			62,15	64	5

04.01.11 Autres actes diagnostiques sur l'appareil circulatoire

Comprend : examen unilatéral ou bilatéral de l'oeil

EBQF003	Angiographie du segment antérieur de l'oeil, par injection intraveineuse transcutanée de fluorescéine	0	1			61,44	84	2
EBQF004	Angiographie du segment postérieur de l'oeil, par injection intraveineuse transcutanée de fluorescéine	0	1			64,07	80	2
	L'acte de rétinographie en couleur ou en lumière monochromatique sans injection (BGQP007) ne peut pas être facturé en sus de l'acte d'angiographie du segment postérieur de l'oeil.							
EBQF002	Angiographie du segment postérieur de l'oeil, par injection intraveineuse transcutanée de fluorescéine, avec superposition d'images	0	1			72,41	160	2
	L'acte de rétinographie en couleur ou en lumière monochromatique sans injection (BGQP007) ne peut pas être facturé en sus de l'acte d'angiographie du segment postérieur de l'oeil.							
EBQF001	Angiographie du segment postérieur de l'oeil, par injection intraveineuse transcutanée de fluorescéine, avec examen à l'ophtalmoscope à balayage laser	0	1			67,66	80	2
	L'acte de rétinographie en couleur ou en lumière monochromatique sans injection (BGQP007) ne peut pas être facturé en sus de l'acte d'angiographie du segment postérieur de l'oeil.							
EBQF005	Angiographie du segment postérieur de l'oeil, par injection intraveineuse transcutanée de vert d'indocyanine	0	1			72,55	116	2
	L'acte de rétinographie en couleur ou en lumière monochromatique sans injection (BGQP007) ne peut pas être facturé en sus de l'acte d'angiographie du segment postérieur de l'oeil.							

EBQF006	Angiographie du segment postérieur de l'oeil, par injection intraveineuse transcutanée de vert d'indocyanine, avec examen à l'ophtalmoscope à balayage laser	0	1					75,58	140	2
<i>L'acte de rétinographie en couleur ou en lumière monochromatique sans injection (BGQP007) ne peut pas être facturé en sus de l'acte d'angiographie du segment postérieur de l'oeil.</i>										

04.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE COEUR ET SES VAISSEAUX

04.02.01 Actes thérapeutiques sur les parois, les cavités et les cloisons du coeur

04.02.01.01 Dilatation de la voie d'éjection du coeur

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DAAF001 Dilatation intraluminaire de la voie d'éjection du ventricule droit et du tronc de l'artère pulmonaire, par voie veineuse transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U	397,10	324	1
Coder éventuellement 1 : (DZQM003, YYYY190, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0	4	Y	A,F,P,S,U	229,90	81	1
DAAF002 Dilatation intraluminaire de la voie d'éjection infraortique, par voie artérielle transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U	397,10	395	1
Coder éventuellement 1 : (DZQM003, YYYY190, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0	4	Y	A,F,P,S,U	229,90	103	1

04.02.01.02 Ablation de corps étranger et de néoformation intracardiaques ou intravasculaires

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DAGF001 Ablation de corps étranger intracardiaque ou intravasculaire, par voie vasculaire transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U	209,00	353	1
À l'exclusion de : ablation d'un stimulateur cardiaque définitif implanté dans le ventricule droit par voie veineuse transcutanée (DEGF207)	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	94,93	90	1
<i>ablation d'une endoprothèse vasculaire ou d'un filtre cave ayant migré en position intracardiaque ou intravasculaire, par voie vasculaire transcutanée (EZGF001)</i>							
<i>Ablation de fragment de cathéter, de ballon, d'électrode intracardiaque</i>							
Coder éventuellement 1 : (YYYY190, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							
EZGF001 Ablation d'une endoprothèse vasculaire ou d'un filtre cave ayant migré en position intracardiaque ou intravasculaire, par voie vasculaire transcutanée	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	209,00	385	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY190, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	94,93	90	1
DAGA002 Ablation d'électrode intracardiaque de stimulation ou de défibrillation, par thoracotomie sans CEC	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	643,06	721	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,A,F,O,P,S,U	364,11	150	1
DAGA001 Ablation de corps étranger ou exérèse de végétation ou de caillot intracardiaque, par thoracotomie avec CEC	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	755,79	734	1
À l'exclusion de : thrombectomie de prothèse orificielle cardiaque, par thoracotomie avec CEC (DBFA002)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	522,50	217	1
<i>Ablation d'électrode intracavitaire de stimulation ou de défibrillation cardiaque, par thoracotomie avec CEC</i>	0	5	Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)							
DBFA002 Thrombectomie de prothèse orificielle cardiaque, par thoracotomie avec CEC	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	915,32	828	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	559,25	241	1
	0	5	Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1

04.02.01.03 Résection des parois du coeur

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
Dafa002 Résection ou consolidation d'une zone myocardique infarctée, par thoracotomie sans CEC	0	1	Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	844,42	740	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,A,F,O,P,S,U	442,92	244	1
Dafa008 Résection ou consolidation d'une zone myocardique infarctée, par thoracotomie avec CEC	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1090,4	843	1
À l'exclusion de : résection d'un anévrisme de la paroi ventriculaire du coeur, par thoracotomie avec CEC (Dafa003)					4		
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	535,79	267	1
	0	5	Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
Dafa003 Résection d'un anévrisme de la paroi ventriculaire du coeur, par thoracotomie avec CEC	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	989,76	836	1
<i>Avec ou sans : remodelage ventriculaire gauche</i>	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	534,70	250	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0	5	Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DBFA001 Résection d'une fibrose endocardique, par thoracotomie avec CEC	0	1	Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1175,5	980	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)					2		
	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	684,99	306	1
	0	5	Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
Dafa006 Résection d'un bourrelet musculaire infraortique pour cardiomyopathie obstructive, par thoracotomie avec CEC	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	858,60	766	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	548,62	239	1
	0	5	Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
Dafa001 Exérèse d'un diverticule du coeur, par thoracotomie sans CEC	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	566,49	608	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,A,F,O,P,S,U	396,37	171	1
Dafa005 Exérèse d'une tumeur du coeur, par thoracotomie sans CEC	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	704,04	674	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,A,F,O,P,S,U	426,42	189	1
Dafa009 Exérèse d'une tumeur du coeur, par thoracotomie avec CEC	0	1	Y	J,K,T	940,50	766	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, ZZHA001) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0	4	Y	A	551,55	210	1
	0	5	Y		313,50	0	1

04.02.01.04 Plastie ventriculaire cardiaque

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DAMA901 Cardiomyoplastie de substitution ventriculaire, par thoracotomie sans CEC	0	1	Y		0,00	900	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001)	0	4	Y	A	0,00	300	1
DAMA900 Cardiomyoplastie de substitution ventriculaire, par thoracotomie avec CEC	0	1	Y		0,00	106	1
<i>Cardiomyoplastie avec le muscle grand dorsal selon Carpentier</i>						1	
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002)	0	4	Y	A	0,00	314	1
	0	5	Y		0,00	0	1

04.02.01.05 Autres actes thérapeutiques sur les parois du coeur

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DACA001 Suture de plaie du coeur, par thoracotomie sans CEC	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	650,15	586	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,A,F,O,P,S,U	551,42	300	1

DASF002	Fermeture d'une déhiscence d'une prothèse de cloisonnement intraatrial, par voie vasculaire transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	397,10	100	1	
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	229,90	93	1	
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>							
<i>Environnement : spécifique ; établissement avec bloc opératoire</i>							
Coder éventuellement 1 : (DZQM003, YYYY190, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							
DASF074	Fermeture de l'appendice atrial [auricule] gauche par dispositif par voie veineuse transcutanée et voie transeptale avec guidage échographie-doppler par voie transoesophagienne	0 1 Y		1510,2	236	1	
		0 2 Y		1	293,65	120	1
		0 4 Y		410,17	118	1	
<i>Avec ou sans : injection de produit de contraste</i>							
<i>Activité 1 : fermeture de l'appendice atrial gauche par voie veineuse transcutanée et voie transeptale</i>							
<i>Activité 2 : guidage par échographie-doppler par voie transoesophagienne</i>							
<i>Indication :</i>							
<i>- prévention des événements thromboemboliques chez les patients en fibrillation auriculaire non valvulaire à haut risque thromboembolique avec un score CHAD2DS2-VASC >=4 et une contre-indication formelle et permanente aux anticoagulants validée en concertation pluridisciplinaire.</i>							
<i>- le refus des traitements anticoagulants oraux ne constitue pas une indication.</i>							
<i>Avis HAS du 9 juillet 2014</i>							
<i>Contre-indication:</i>							
<i>- enfants</i>							
<i>- thrombus intra cardiaque</i>							
<i>Formation : selon avis de la HAS du 9 juillet 2014</i>							
<i>Environnement : selon avis de la HAS du 9 juillet 2014</i>							
<i>Recueil prospectif de données : sous forme d'un registre</i>							
<i>Facturation: Prise en charge sous réserve de remplir l'ensemble des conditions suivantes:</i>							
<i>- établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité de chirurgie cardiaque et d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie et répondant aux critères définis par arrêté ministériel</i>							
<i>- présence obligatoire pendant la durée de l'intervention de :</i>							
<i>- deux opérateurs qualifiés, hors médecin anesthésiste, dont au moins un cardiologue formé à la ponction transeptale</i>							
<i>- un cardiologue échographiste</i>							
<i>- disponibilité pendant la durée de l'intervention d'un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique. Le tarif prend en compte la mesure des pressions cardio-vasculaires, les angiographies et l'éventuelle pose de sonde d'entraînement électrosystolique</i>							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
DASA006	Fermeture d'une rupture du septum interventriculaire cardiaque, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1693,8	103	1	
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	0	0	1	
		0 5 Y	F,O,P,S,U	601,04	278	1	
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)							

04.02.02 Actes thérapeutiques sur les valves cardiaques

Comprend : actes thérapeutiques sur la valve

- atrioventriculaire droite [tricuspide]
- pulmonaire
- atrioventriculaire gauche [mitrale]
- aortique

04.02.02.01 Dilatation des orifices du cœur

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DBAF003	Dilatation intraluminaire de l'orifice atrioventriculaire droit, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y		F,P,S,U,X	679,73	238	1
		0 4 Y		A,F,P,S,U	229,90	49	1
Coder éventuellement 1 : (DZQM003, YYYY190, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							
DBAF002	Dilatation intraluminaire de l'orifice pulmonaire sans perforation de la valve atrésique, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y		F,P,S,U	397,10	296	1
		0 4 Y		A,F,P,S,U	229,90	65	1
Coder éventuellement 1 : (DZQM003, YYYY190, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							
DBAF005	Dilatation intraluminaire de l'orifice pulmonaire avec perforation de la valve atrésique, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y		F,P,S,U	397,10	369	1
		0 4 Y		A,F,P,S,U	229,90	85	1
Coder éventuellement 1 : (DZQM003, YYYY190, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							
DBAF004	Dilatation intraluminaire de l'orifice atrioventriculaire gauche, par voie veineuse transcutanée avec perforation du septum interatrial	0 1 Y		F,P,S,U	397,10	421	1
		0 4 Y		A,F,P,S,U	229,90	99	1
Coder éventuellement 1 : (DZQM003, YYYY190, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							
DBAF001	Dilatation intraluminaire de l'orifice aortique, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y		F,P,S,U	397,10	362	1
		0 4 Y		A,F,P,S,U	229,90	83	1
Coder éventuellement 1 : (DZQM003, YYYY190, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							
	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
04.02.02.02 Commissurotomie orificielle [Valvulotomie] ou valvectomie [valvulectomie] cardiaque							
DBPA002	Commissurotomie ou valvectomie atrioventriculaire droite, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y		F,J,K,P,S,T,U	731,50	719	1
		0 4 Y		A,F,P,S,U	522,50	201	1
		0 5 Y		F,P,S,U	313,50	0	1
Coder éventuellement 14 : (DELA002, DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)							
DBPA004	Commissurotomie ou valvectomie pulmonaire, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y		F,J,K,O,P,S,T,U	731,50	684	1
		0 4 Y		A,F,O,P,S,U	522,50	194	1
		0 5 Y		F,O,P,S,U	313,50	0	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)							
DBPA005	Commissurotomie de la valve atrioventriculaire gauche, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y		F,J,K,O,P,S,T,U	541,96	604	1
		0 4 Y		4,A,F,O,P,S,U	333,72	175	1
Coder éventuellement 14 : (DELA002) - 1 : (DZQJ002, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
DBPA006	Commissurotomie de la valve atrioventriculaire gauche, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y		F,J,K,O,P,S,T,U	735,23	734	1
		0 4 Y		A,F,O,P,S,U	522,50	207	1
		0 5 Y		F,O,P,S,U	313,50	0	1
Coder éventuellement 14 : (DELA002, DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)							
DBPA007	Commissurotomie de la valve aortique, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y		F,J,K,O,P,S,T,U	750,83	660	1
		0 4 Y		A,F,O,P,S,U	522,50	203	1
		0 5 Y		F,O,P,S,U	313,50	0	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)							

04.02.02.03 Annuloplastie et valvoplastie [valvuloplastie] cardiaques

Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex

DBMA008 Annuloplastie atrioventriculaire droite, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	745,16	773	1
Coder éventuellement 14 : (DELA002, DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	522,50	230	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DBMA012 Valvoplastie atrioventriculaire droite, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	833,78	785	1
Coder éventuellement 14 : (DELA002, DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	535,42	251	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DBMA003 Annuloplastie atrioventriculaire gauche, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	804,72	804	1
Coder éventuellement 14 : (DELA002, DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	522,50	239	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DBMA002 Valvoplastie atrioventriculaire gauche, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1372,6	894	1
<i>Avec ou sans :</i>			2		
- thrombectomie intracardiaque	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	581,98	275	1
- plastie de réduction de l'oreillette gauche	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
Coder éventuellement 14 : (DELA002, DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)					
DBMA011 Valvoplastie aortique, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1184,7	855	1
Coder éventuellement 14 : (DELA002, DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)			4		
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	568,78	254	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1

04.02.02.04 Remplacement des valves cardiaques

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DBKA004 Remplacement de la valve atrioventriculaire droite par prothèse mécanique ou bioprothèse avec armature, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U			769,97	777	1
Coder éventuellement 14 : (DELA002, DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U			522,50	243	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U			313,50	0	1
DBKA008 Remplacement de la valve atrioventriculaire droite par homogreffe, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U			1108,1	933	1
Coder éventuellement 14 : (DELA002, DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)					7		
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U			567,69	258	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U			313,50	0	1
DBKA007 Remplacement de la valve pulmonaire par prothèse mécanique ou bioprothèse avec armature, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U			773,52	781	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U			522,50	246	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U			313,50	0	1
DBKA012 Remplacement de la valve pulmonaire par homogreffe ou bioprothèse sans armature, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U			1030,8	836	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)					9		
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U			534,70	253	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U			313,50	0	1
DBKA010 Remplacement de la valve atrioventriculaire gauche par prothèse mécanique ou bioprothèse avec armature, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U			832,37	812	1
<i>Avec ou sans :</i>	0 4 Y	A,F,O,P,S,U			535,42	251	1
- thrombectomie intracardiaque	0 5 Y	F,O,P,S,U			313,50	0	1
- plastie de réduction de l'oreillette gauche							
Coder éventuellement 14 : (DELA002, DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)							
DBKA005 Remplacement de la valve atrioventriculaire gauche par homogreffe, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U			1046,1	933	1
<i>Avec ou sans :</i>					9		
- thrombectomie intracardiaque	0 4 Y	A,F,O,P,S,U			567,69	263	1
- plastie de réduction de l'oreillette gauche	0 5 Y	F,O,P,S,U			313,50	0	1
Coder éventuellement 14 : (DELA002, DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)							
DBKA002 Remplacement de la valve atrioventriculaire gauche par prothèse en position non anatomique, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X			1532,1	103	1
<i>Avec ou sans : renforcement ou reconstruction de l'anneau</i>					5	8	
Coder éventuellement 14 : (DELA002, DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U			602,51	268	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U			313,50	0	1
DBKA006 Remplacement de la valve aortique par prothèse mécanique ou bioprothèse avec armature, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U			789,83	793	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U			522,50	245	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U			313,50	0	1
DBKA003 Remplacement de la valve aortique par bioprothèse sans armature, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U			789,83	793	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U			522,50	245	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U			313,50	0	1
DBKA001 Remplacement de la valve aortique par homogreffe, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X			1286,1	948	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)					3		
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U			573,19	266	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U			313,50	0	1
DBKA011 Remplacement de la valve aortique par prothèse en position non anatomique, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X			1532,1	102	1
<i>Avec ou sans : renforcement ou reconstruction de l'anneau</i>					5	6	
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U			627,06	261	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U			313,50	0	1

DBKA009 Remplacement de la valve aortique et de la valve atrioventriculaire gauche par prothèse mécanique ou par bioprothèse avec armature, par thoracotomie avec CEC <i>Avec ou sans :</i> - thrombectomie intracardiaque - plastie de réduction de l'oreillette gauche Coder éventuellement 14 : (DELA002, DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1556,2	983	1
						6	
	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	577,21	250	1
	0	5	Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1

04.02.02.05 Reconstruction des anneaux fibreux du cœur

DBMA007 Reconstruction de l'anneau atrioventriculaire gauche avec valvoplastie, par thoracotomie avec CEC <i>Avec ou sans :</i> - thrombectomie intracardiaque - plastie de réduction de l'oreillette gauche Coder éventuellement 14 : (DELA002, DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	1598,8	105	1
						0	3
	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	653,46	316	1
					313,50	0	1

DBMA013 Reconstruction de l'anneau atrioventriculaire gauche avec remplacement de la valve par prothèse mécanique ou bioprothèse avec armature, par thoracotomie avec CEC <i>Avec ou sans :</i> - thrombectomie intracardiaque - plastie de réduction de l'oreillette gauche Coder éventuellement 14 : (DELA002, DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0	1	Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1498,1	102	1
						2	2
	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	629,63	306	1
	0	5	Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1

DBMA005 Reconstruction de l'anneau atrioventriculaire gauche avec remplacement de la valve par homogreffe, par thoracotomie avec CEC <i>Avec ou sans :</i> - thrombectomie intracardiaque - plastie de réduction de l'oreillette gauche Coder éventuellement 14 : (DELA002, DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	1386,4	108	1
						6	1
	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	639,52	302	1
	0	5	Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1

DBMA009 Reconstruction de l'anneau aortique avec remplacement de la valve par prothèse mécanique ou bioprothèse avec armature, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1449,9	103	1
						1	4
	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	616,80	307	1
	0	5	Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1

DBMA010 Reconstruction de l'anneau aortique avec remplacement de la valve par homogreffe, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0	1	Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1570,4	106	1
						4	9
	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	621,57	272	1
	0	5	Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1

DBMA006 Reconstruction de l'anneau aortique avec remplacement de la valve par bioprothèse sans armature, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	964,24	913	1
	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	603,24	231	1
	0	5	Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1

04.02.02.06 Reconstruction de la voie aortique

DBMA001 Reconstruction de la voie aortique par élargissement antérodroit de l'anneau avec remplacement de la valve, par thoracotomie avec CEC <i>Opération selon Manouguian</i> Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1312,3	929	1
						6	
	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	594,07	269	1
					313,50	0	1

DBMA015 Reconstruction de la voie aortique par élargissement antérogauche de l'anneau et ouverture de l'infundibulum pulmonaire, avec remplacement de la valve, par thoracotomie avec CEC <i>Opération selon Konno</i> Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1672,5	109	1
						3	2
	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	622,30	302	1
	0	5	Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1

DBMA004 Reconstruction de la voie aortique par transfert de la valve pulmonaire en position aortique avec reconstruction de la voie pulmonaire, par thoracotomie avec CEC <i>Avec ou sans : ouverture du septum interventriculaire</i> <i>Opération selon Ross</i> Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	2006,4	124	1
						7	4
	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	674,35	318	1
	0	5	Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1

04.02.02.07 Autres actes sur les orifices du cœur

Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
----	---	----	--------------	-------	-----	----

DBLF009	Pose d'une bioprothèse de la valve pulmonaire dans un conduit prothétique, par voie veineuse transcutanée	0	1	Y			2757,9	435	1
							5		

Indication :

- correction de dysfonction de la voie d'éjection du ventricule droit : sténose et/ou régurgitation pulmonaire, chez un patient porteur d'un conduit prothétique ou d'une allogreffe pulmonaire entre le ventricule droit et l'artère pulmonaire, de diamètre interne de 16 mm ou plus

- la pose dans un conduit natif ou chez un patient de moins de 20 kg ne sont pas indiqués

Formation : selon avis du 24 novembre 2010 de la Haute autorité de santé [HAS]

Environnement : selon avis du 24 novembre 2010 de la Haute autorité de santé [HAS]

Recueil prospectif de données : recueil obligatoire de données supplémentaires spécifiques sur registre

Facturation :

- par patient et pour l'équipe médicale, hors anesthésie

- le tarif prend en compte les mesures des pressions cardiovasculaires et les angiographies

- prise en charge transitoire en attendant la réévaluation de l'acte par la HAS à partir de l'exploitation des données prospectives dont le recueil est obligatoire et sous réserve de remplir l'ensemble des conditions suivantes :

- établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité de chirurgie cardiaque et d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie

- présence obligatoire dans la salle d'intervention de deux médecins, hors médecin anesthésiste, justifiant d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels, sous imagerie médicale, par voie endovasculaire en cardiologie, pendant toute la durée de l'intervention

Coder éventuellement 1 : (DZQJ012, DZQM003) - 4 : (GELE001, YYYY041)

0	4	Y				647,17	109	1
---	---	---	--	--	--	--------	-----	---

DBLF001	Pose d'une bioprothèse de la valve aortique, par voie artérielle transcutanée	0	1				2040,6	0	1
							0		

Avec ou sans : injection de produit de contraste

Indication :

les indications doivent être conformes aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale

Formation : selon l'avis de la Haute autorité de santé [HAS] du 14 octobre 2015

Environnement : les conditions d'exécution doivent être conformes aux conditions d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale

Recueil prospectif de données : nécessaire, selon l'avis de la Haute autorité de santé [HAS] du 14 octobre 2015

Facturation :

- par patient et pour l'équipe médico-chirurgicale, en dehors de l'activité d'anesthésie

- le tarif prend en compte la mesure des pressions du coeur gauche et de l'aorte, par voie artérielle transcutanée ; l'éventuelle pose de sonde d'électrostimulation cardiaque

- prise en charge sous réserve de remplir l'ensemble des conditions suivantes:

- compte rendu de la consultation multidisciplinaire annexé au dossier médical du patient

- établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité de chirurgie cardiaque et d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie

- établissement de santé répondant aux critères définis par arrêté ministériel

- présence obligatoire pendant la durée de l'intervention de deux intervenants qualifiés, hors médecin anesthésiste, dont :

- au moins un cardiologue interventionnel pour l'abord fémoral

- au moins un chirurgien cardiovasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire pour l'abord sousclavier

- disponibilité pendant la durée de l'intervention :

- d'un cardiologue échographiste et d'un chirurgien cardiovasculaire et thoracique ou d'un chirurgien vasculaire pour l'abord fémoral

- d'un cardiologue échographiste et d'un cardiologue interventionnel pour l'abord sousclavier

Coder éventuellement 1 : (DZQJ012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

0	1					2040,6	0	1
0	4		A			666,13	0	1

DBLA004	Pose d'une bioprothèse de la valve aortique, par abord de l'apex du coeur par thoracotomie sans CEC	0 1	J,K,T	2040,60	0 1
		0 4	4,A	724,90	0 1
<p><i>Avec ou sans : injection de produit de contraste</i></p> <p><i>Indication :</i></p> <p><i>- les indications doivent être conformes aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</i></p> <p><i>Formation : selon l'avis de la Haute autorité de santé [HAS] du 14 octobre 2015</i></p> <p><i>Environnement : les conditions d'exécution doivent être conformes aux conditions d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</i></p> <p><i>Recueil prospectif de données : nécessaire, selon l'avis de la Haute autorité de santé [HAS] du 14 octobre 2015</i></p> <p><i>Facturation :</i></p> <p><i>- par patient et pour l'équipe médico-chirurgicale, en dehors de l'activité d'anesthésie</i></p> <p><i>- le tarif prend en compte la mesure des pressions du coeur gauche et de l'aorte, par voie artérielle transcutanée ; l'éventuelle pose de sonde d'électrostimulation cardiaque</i></p> <p><i>- prise en charge sous réserve de remplir l'ensemble des conditions suivantes:</i></p> <p><i>- compte rendu de la consultation multidisciplinaire annexé au dossier médical du patient</i></p> <p><i>- établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité de chirurgie cardiaque et d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie</i></p> <p><i>- établissement de santé répondant aux critères définis par arrêté ministériel</i></p> <p><i>- présence obligatoire pendant la durée de l'intervention de deux intervenants qualifiés, hors médecin anesthésiste, dont au moins un chirurgien cardiovasculaire et thoracique</i></p> <p><i>- disponibilité pendant la durée de l'intervention d'un cardiologue échographiste et d'un cardiologue interventionnel</i></p> <p>Coder éventuellement 1 : (DZQJ012) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>					

DBBF198	Rétrécissement de l'orifice atrioventriculaire gauche par dispositif par voie veineuse transcutanée et voie transeptale avec guidage par échographie-doppler par voie transoesophagienne	0 1 Y		2194,00	354 1
		0 2		436,00	0 1
		0 4		576,00	148 1
<p><i>Activité 1 : rétrécissement de l'orifice atrioventriculaire gauche par dispositif par voie veineuse transcutanée et voie transeptale</i></p> <p><i>Activité 2 : guidage par échographie-doppler par voie transoesophagienne</i></p> <p><i>Indication : conforme aux indications figurant dans les avis relatifs aux dispositifs médicaux émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité</i></p> <p>Coder éventuellement 4 : (YYYY041)</p>					

DBSF001	Fermeture d'une déhiscence par désinsertion de prothèse orificielle cardiaque, par voie vasculaire transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	397,10	300 1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	229,90	93 1
<p>Coder éventuellement 1 : (DZQM003, YYYY190, YYYY300) - 4 : (YYYY041)</p>					
DBEA001	Réinsertion d'une prothèse orificielle cardiaque, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	940,13	863 1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	570,25	255 1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0 1
<p>Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)</p>					

04.02.03 Actes thérapeutiques sur le système de conduction de l'excitation du coeur

04.02.03.01 Pose d'électrode et de sonde de stimulation cardiaque

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DELF011	0	1	Y	F,P,S,U	100,79	119	1
Pose d'une sonde intraventriculaire droite pour stimulation cardiaque temporaire, par voie veineuse transcutanée							
Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300, ZZLP030)							
DELF006	0	1	Y	F,P,S,U	109,38	155	1
Pose d'une sonde intraventriculaire droite et d'une sonde dans le sinus coronaire ou l'oreillette droite pour stimulation cardiaque temporaire, par voie veineuse transcutanée							
Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300, ZZLP030)							

04.02.03.02 Implantation de stimulateur cardiaque

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DELF007	0	1	Y	F,P,S,U	238,62	278	1
Implantation souscutanée d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde intraatriale ou intraventriculaire droite par voie veineuse transcutanée							
<p><i>Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif à simple chambre, pour stimulation atriale ou ventriculaire droite</i></p> <p><i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque</i></p> <p><i>Environnement : spécifique ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque</i></p> <p>Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300, ZZLP030)</p>							

DELF001	Implantation souscutanée d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde intraatriale ou intraventriculaire droite, et d'une sonde dans une veine cardiaque gauche par voie veineuse transcutanée <i>Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif pour stimulation biventriculaire</i> <i>Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif pour stimulation atriale droite et ventriculaire gauche</i> <i>Indication : stimulation oreillette droite - ventricule gauche : en cas d'impossibilité de stimulation du ventricule droit ; stimulation biventriculaire : désynchronisation interventriculaire</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque</i> <i>Environnement : spécifique ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque</i> <i>Recueil prospectif de données : à transmettre au registre national existant géré par le Collège français de stimulation cardiaque</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY110, YYYY300, ZZLP030)	0	1	Y	F,P,S,U	281,83	374	1
DELF904	Implantation souscutanée d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde intraatriale ou intraventriculaire droite, d'une sonde dans le sinus coronaire et d'une sonde dans une veine cardiaque gauche par voie veineuse transcutanée Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1	Y		0,00	336	1
DELF010	Implantation souscutanée d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde intraatriale et intraventriculaire droite unique par voie veineuse transcutanée <i>Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif VDD à sonde unique, pour stimulation atrioventriculaire droite</i> <i>Indication : stabilité du rythme sinusal et nécessité liée au capital veineux (l'implantation d'un stimulateur double chambre à sonde unique étant moins longue et moins complexe que celle d'un stimulateur double chambre classique, elle ne doit pas cependant s'y substituer), acte déconseillé chez l'enfant</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque</i> <i>Environnement : spécifique ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque</i> <i>Recueil prospectif de données : à transmettre au registre national existant géré par le Collège français de stimulation cardiaque</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY110, YYYY300, ZZLP030)	0	1	Y	F,P,S,U	277,98	292	1
DELF005	Implantation souscutanée d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde intraatriale et d'une sonde intraventriculaire droites par voie veineuse transcutanée <i>Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif à double chambre, pour stimulation atrioventriculaire droite</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY110, YYYY300, ZZLP030)	0	1	Y	F,P,S,U	277,98	296	1
DELF902	Implantation souscutanée d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde intraatriale et d'une sonde intraventriculaire droites, et d'une sonde dans le sinus coronaire par voie veineuse transcutanée Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1	Y		0,00	336	1
DELF015	Implantation souscutanée d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde intraatriale et d'une sonde intraventriculaire droites, et d'une sonde dans une veine cardiaque gauche par voie veineuse transcutanée <i>Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif à triple chambre, pour stimulation atrioventriculaire</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY110, YYYY300, ZZLP030)	0	1	Y	F,P,S,U	284,94	336	1
DELF905	Implantation souscutanée d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde intraatriale et d'une sonde intraventriculaire droites, d'une sonde dans le sinus coronaire, et d'une sonde dans une veine cardiaque gauche par voie veineuse transcutanée Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1	Y		0,00	398	1
DELF903	Implantation souscutanée d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose de 2 sondes intraatriales et d'une sonde intraventriculaire droites par voie veineuse transcutanée Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1	Y		0,00	336	1
DELF901	Implantation souscutanée d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde dans le sinus coronaire et d'une sonde dans une veine cardiaque gauche par voie veineuse transcutanée Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1	Y		0,00	305	1
DELF012	Implantation souscutanée d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde dans une veine cardiaque gauche par voie veineuse transcutanée <i>Indication : désynchronisation interventriculaire en cas d'impossibilité de stimulation du ventricule droit</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque</i> <i>Environnement : spécifique ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque</i> <i>Recueil prospectif de données : à transmettre au registre national existant géré par le Collège français de stimulation cardiaque</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300, ZZLP030)	0	1	Y	F,P,S,U	239,50	275	1

DELF223	Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif dans le ventricule droit par voie veineuse transcutanée	0 1		763,00	0 1
		0 4	A	126,00	0 1
<p>Formation : selon avis HAS du 18 janvier 2017</p> <p>Environnement : selon avis HAS du 18 janvier 2017</p> <p>Facturation : prise en charge sous réserve de remplir les conditions suivantes : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie et une autorisation de chirurgie cardiaque et répondant aux critères définis par arrêté ministériel. L'acte comprend le repositionnement éventuel du dispositif.</p> <p>Indication : selon avis HAS du 18 janvier 2017 : - dysfonction sinusale lorsqu'une synchronisation auriculoventriculaire n'est pas nécessaire - bloc auriculoventriculaire [BAV] sans rythme sinusale - BAV en rythme sinusale avec un pourcentage de stimulation ventriculaire estimé faible - BAV en rythme sinusale lorsqu'une synchronisation auriculoventriculaire n'est pas nécessaire.</p> <p>Chez les patients à haut risque de complication lié à la sonde et pour lesquels le capital veineux doit être préservé et chez les patients contre-indiqués à un stimulateur cardiaque avec sonde intracavitaire</p> <p>Contre-indication : selon avis HAS du 18 janvier 2017 : patient porteur d'un filtre cave ou ayant une anatomie de la veine fémorale non adaptée à la technique, antécédents de chirurgie de la valve tricuspide</p> <p>Coder éventuellement 4 : (YYYY041)</p>					

DELA003	Implantation souscutanée d'un stimulateur cardiaque avec pose d'électrode épicaudique ventriculaire pour stimulation définitive, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	278 1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	144,41	101 1
<p>Indication : impossibilité, échec ou contre-indication de la voie veineuse ; choix délibéré en pédiatrie.</p> <p>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</p> <p>Environnement : spécifique ; les indications, l'implantation et le suivi des stimulateurs chez les enfants présentent des spécificités relevant d'une compétence appropriée</p> <p>Recueil prospectif de données : à transmettre au registre national existant géré par le Collège français de stimulation cardiaque</p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>					

DELA001	Implantation souscutanée d'un stimulateur cardiaque avec pose d'électrodes épicaudiques atriale et ventriculaire pour stimulation définitive, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	336 1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	159,04	121 1
<p>Indication : impossibilité, échec ou contre-indication de la voie veineuse ; choix délibéré en pédiatrie.</p> <p>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</p> <p>Environnement : spécifique ; les indications, l'implantation et le suivi des stimulateurs chez les enfants présentent des spécificités relevant d'une compétence appropriée</p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>					

04.02.03.03 Implantation de défibrillateur cardiaque

Avec ou sans : pose d'électrode souscutanée

DELF086	Implantation souscutanée d'un défibrillateur cardiaque avec pose d'une sonde souscutanée	0 1 Y	F,P,S,U		414 1
		0 4 Y	F,P,S,U		24 1
<p>Indication : - arythmie ventriculaire entraînant une instabilité hémodynamique (mort subite récupérée, tachycardie ventriculaire mal tolérée) et espérance de vie supérieure à un an avec un bon statut fonctionnel, - patients avec insuffisance cardiaque soit d'origine ischémique à plus de 40 jours après la phase aiguë d'un infarctus du myocarde, soit d'origine non ischémique, symptomatique, [...] NYHA II ou III, avec une fraction d'éjection ventriculaire <=35% malgré un traitement pharmacologique optimal de plus de 3 mois et avec une espérance de vie supérieure à 1 an et un bon statut fonctionnel, - patients porteurs d'une maladie génétique à haut risque de mort subite par tachycardie ventriculaire ou fibrillation ventriculaire sans aucun autre traitement efficace connu.</p> <p>[...] Contre indication : patients avec tachycardie ventriculaire incessante ou fréquente, spontanée pouvant être réduite efficacement par une stimulation antitachycardique ou patients avec une indication de thérapie de resynchronisation cardiaque ou de stimulation antibradycardique</p> <p>Formation : formation pratique aux techniques de tunnelisation de la sonde souscutanée par compagnonnage selon l'avis de la HAS du 30 septembre 2015</p> <p>Environnement : établissements ayant une autorisation de cardiologie interventionnelle</p> <p>Recueil prospectif de données pour renseigner le registre national selon l'avis de la HAS du 30 septembre 2015</p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>					

DELF013	Implantation souscutanée d'un défibrillateur cardiaque automatique, avec pose d'une sonde intraventriculaire droite par voie veineuse transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	306,71	385 1
<p>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque</p> <p>Environnement : spécifique ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque</p> <p>Coder éventuellement 1 : (YYYY110, YYYY300, ZZLP030)</p>					

DELF020	Implantation souscutanée d'un défibrillateur cardiaque automatique, avec pose d'une sonde intraventriculaire droite et d'une sonde dans une veine cardiaque gauche par voie veineuse transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	312,93	398 1
<p>Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique pour stimulation biventriculaire</p> <p>Indication : fibrillation auriculaire dans le cadre des indications de l'insuffisance cardiaque et de la défibrillation ventriculaire</p> <p>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque</p> <p>Environnement : spécifique ; recommandations de bonne pratique française et internationale de la stimulation cardiaque</p> <p>Recueil prospectif de données : à transmettre au registre national existant géré par le Collège français de stimulation cardiaque</p> <p>Coder éventuellement 1 : (YYYY110, YYYY300, ZZLP042)</p>					

DELF014	Implantation souscutanée d'un défibrillateur cardiaque automatique, avec pose d'une sonde intraatriale et d'une sonde intraventriculaire droites, et d'une sonde dans une veine cardiaque gauche par voie veineuse transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U	320,33	398	1	
	<i>Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique triple chambre, pour stimulation atriobiventriculaire</i> <i>Indication : insuffisance cardiaque et défibrillation ventriculaire ; recommandations de bonne pratique française et internationales de la stimulation cardiaque</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations de bonne pratique française et internationales de la stimulation cardiaque</i> <i>Environnement : spécifique ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque</i> <i>Recueil prospectif de données : à transmettre au registre national existant géré par le Collège français de stimulation cardiaque</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY110, YYYY300, ZZLP042)								
DELF016	Implantation souscutanée d'un défibrillateur cardiaque automatique sans fonction de défibrillation atriale, avec pose d'une sonde intraatriale et d'une sonde intraventriculaire droites par voie veineuse transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U	312,93	398	1	
	<i>Indication : publiée par la société savante</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; publiée par la société savante</i> <i>Environnement : spécifique ; publiées par la société savante</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY110, YYYY300, ZZLP042)								
DELF900	Implantation souscutanée d'un défibrillateur cardiaque automatique avec fonction de défibrillation atriale, avec pose d'une sonde intraatriale et d'une sonde intraventriculaire droites par voie veineuse transcutanée	0	1	Y		0,00	398	1	
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
DELA004	Implantation souscutanée d'un défibrillateur cardiaque avec pose d'électrode épicaudique, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	327	1	
	<i>Indication : impossibilité d'implanter des sondes intracavitaires et implantation en pédiatrie.</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
	04.02.03.04 Repositionnement de sonde et de générateur de stimulation ou de défibrillation cardiaque								
DEEF001	Repositionnement de sonde définitive intracavitaire de stimulation cardiaque, par voie veineuse transcutanée	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
	<i>Indication : repositionnement effectué plus de 48 heures après l'implantation</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque</i> <i>Environnement : spécifique ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque ; les indications, l'implantation et le suivi des stimulateurs chez les enfants présentent des spécificités relevant d'une compétence appropriée.</i> <i>Facturation : après le 15ème jour postopératoire</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)								
DEEF002	Repositionnement de sonde définitive intracavitaire de défibrillation cardiaque, par voie veineuse transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U	121,86	327	1	
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : après le 15ème jour post opératoire</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)								
DEEA001	Repositionnement souscutané d'un générateur implantable de stimulation ou de défibrillation cardiaque	0	1	Y	F,P,S,U	125,87	230	1	
	<i>Indication : absence d'infection</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque</i> <i>Environnement : spécifique ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque ; les indications, l'implantation et le suivi des stimulateurs chez les enfants présentent des spécificités relevant d'une compétence appropriée.</i> <i>Facturation : après le 15ème jour postopératoire</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
	04.02.03.05 Ablation d'électrode et de sonde de stimulation ou de défibrillation cardiaque								
	<i>Avec ou sans : ablation de générateur</i> <i>Indication : infection</i> <i>Environnement : établissement disposant de possibilités de chirurgie thoracique ou cardiaque</i>								
DEGF004	Ablation d'une sonde définitive intracavitaire de stimulation ou de défibrillation cardiaque sans utilisation de dispositif spécifique, par voie veineuse transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U	313,50	174	1	
	<i>Indication : stimulation : sonde récente mobilisable sans résistance (recommandation sur les indications d'ablation de sonde) ; défibrillation : sondes récentes</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque (dont 1 spécifique pour l'ablation)</i> <i>Environnement : spécifique ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque (dont 1 spécifique pour l'ablation) ; l'environnement de chirurgie thoracique est nécessaire pour les sondes chroniques lorsque l'ablation de la sonde est réalisée après la période postopératoire récente ; la présence de dispositif spécifique est nécessaire ; les indications, l'implantation et le suivi des stimulateurs chez les enfants présentent des spécificités relevant d'une compétence appropriée.</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY110, YYYY300, ZZLP008)								

DEGF001	Ablation d'une sonde définitive intracavitaire de stimulation ou de défibrillation cardiaque avec utilisation de dispositif spécifique, par voie veineuse transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U	319,04	399	1
<p><i>Indication : les recommandations d'indication et de bonne pratique de la défibrillation ont été publiées par la société savante</i></p> <p><i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque (dont 1 spécifique pour l'ablation)</i></p> <p><i>Environnement : spécifique ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque (dont 1 spécifique pour l'ablation) ; l'environnement de chirurgie thoracique est nécessaire pour les sondes chroniques lorsque l'ablation de la sonde est réalisée après la période postopératoire récente ; la présence de dispositif spécifique est nécessaire ; les indications, l'implantation et le suivi des stimulateurs chez les enfants présentent des spécificités relevant d'une compétence appropriée</i></p> <p>Coder éventuellement 1 : (YYYY110, YYYY300, ZZLP008)</p>								
DEGF002	Ablation de plusieurs sondes définitives intracavitaires de stimulation cardiaque sans utilisation de dispositif spécifique, par voie veineuse transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U	470,25	268	1
<p><i>Avec ou sans : ablation d'une sonde de défibrillation cardiaque</i></p> <p><i>Indication : stimulation : sonde récente mobilisable sans résistance (recommandations sur les indications d'ablation de sonde) ; défibrillation : sondes récentes</i></p> <p><i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque (dont 1 spécifique pour l'ablation)</i></p> <p><i>Environnement : spécifique ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque (dont 1 spécifique pour l'ablation) ; l'environnement de chirurgie thoracique est nécessaire pour les sondes chroniques lorsque l'ablation de la sonde est réalisée après la période postopératoire récente ; la présence de dispositif spécifique est nécessaire ; les indications, l'implantation et le suivi des stimulateurs chez les enfants présentent des spécificités relevant d'une compétence appropriée</i></p> <p>Coder éventuellement 1 : (YYYY140, YYYY300, ZZLP012)</p>								
DEGF003	Ablation de plusieurs sondes définitives intracavitaires de stimulation cardiaque avec utilisation de dispositif spécifique, par voie veineuse transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U	470,25	429	1
<p><i>Avec ou sans : ablation d'une sonde de défibrillation cardiaque</i></p> <p><i>Indication : les recommandations d'indication et de bonne pratique de la défibrillation ont été publiées par la société savante</i></p> <p><i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque (dont 1 spécifique pour l'ablation)</i></p> <p><i>Environnement : spécifique ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque (dont 1 spécifique pour l'ablation) ; l'environnement de chirurgie thoracique est nécessaire pour les sondes chroniques lorsque l'ablation de la sonde est réalisée après la période postopératoire récente ; la présence de dispositif spécifique est nécessaire ; les indications, l'implantation et le suivi des stimulateurs chez les enfants présentent des spécificités relevant d'une compétence appropriée</i></p> <p>Coder éventuellement 1 : (YYYY140, YYYY300, ZZLP012)</p>								
DEGF006	Ablation d'une sonde définitive intracavitaire de défibrillation et d'une sonde définitive intracavitaire de stimulation cardiaque sans utilisation de dispositif spécifique, par voie veineuse transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U	470,25	220	1
<p><i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i></p> <p><i>Environnement : spécifique</i></p> <p>Coder éventuellement 1 : (YYYY140, YYYY300, ZZLP012)</p>								
DEGF005	Ablation d'une sonde définitive intracavitaire de défibrillation et d'une sonde définitive intracavitaire de stimulation cardiaque avec utilisation de dispositif spécifique, par voie veineuse transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U	470,25	436	1
<p><i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i></p> <p><i>Environnement : spécifique</i></p> <p>Coder éventuellement 1 : (YYYY140, YYYY300, ZZLP012)</p>								
DEGA002	Ablation d'électrode épicaudique définitive, par thoracotomie	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	292,82	396	1
<p>Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>								
<p>04.02.03.06 Pose de sonde supplémentaire de stimulation ou de défibrillation cardiaque</p> <p><i>Avec ou sans :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - changement de générateur - ablation de sonde de stimulation ou de défibrillation 								
DELFO17	Pose d'une sonde supplémentaire de stimulation cardiaque, par voie veineuse transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U	123,05	363	1
<p><i>Indication : patient stimulé chronique ; au delà du 30ème jour après l'implantation initiale</i></p> <p><i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque</i></p> <p><i>Environnement : spécifique ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique française et internationales de la stimulation cardiaque</i></p> <p>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</p>								
DELFO19	Pose de plusieurs sondes supplémentaires de stimulation cardiaque, par voie veineuse transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U	169,91	446	1
<p><i>Indication : patient stimulé chronique ; au delà du 30ème jour après l'implantation initiale</i></p> <p><i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque</i></p> <p><i>Environnement : spécifique ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique française et internationales de la stimulation cardiaque</i></p> <p>Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)</p>								
DELFO18	Pose d'une sonde supplémentaire de défibrillation cardiaque, par voie veineuse transcutanée	0	1	Y		157,10	502	1
<p><i>Indication : patient stimulé chronique ; au delà du 30ème jour après l'implantation initiale</i></p> <p><i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations de bonne pratique française et internationales de la stimulation cardiaque</i></p> <p><i>Environnement : spécifique ; recommandations de bonne pratique française et internationales de la stimulation cardiaque</i></p> <p>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</p>								

04.02.03.07 Implantation, ablation et changement de générateur de stimulation ou de défibrillation cardiaque, ablation de stimulateur cardiaque

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DELA006 Implantation souscutanée d'un générateur de stimulation cardiaque	0	1	Y	F,P,S,U	117,43	206	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation et de la défibrillation cardiaques</i> <i>Environnement : spécifique ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque ; les indications, l'implantation et le suivi des stimulateurs chez les enfants présentent des spécificités relevant d'une compétence appropriée.</i> <i>Recueil prospectif de données : à transmettre au registre national existant géré par le Collège français de stimulation cardiaque</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
DELA007 Implantation souscutanée d'un générateur de défibrillation cardiaque	0	1	Y	F,P,S,U,X	222,09	206	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation et de la défibrillation cardiaques</i> <i>Environnement : spécifique ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque ; les indications, l'implantation et le suivi des stimulateurs chez les enfants présentent des spécificités relevant d'une compétence appropriée.</i> <i>Recueil prospectif de données : à transmettre au registre national existant géré par le Collège français de stimulation cardiaque</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
DEGA003 Ablation d'un générateur souscutané de stimulation ou de défibrillation cardiaque implantable	0	1	Y	F,P,S,U	61,63	100	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation et de la défibrillation cardiaques</i> <i>Environnement : spécifique ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque ; les indications, l'implantation et le suivi des stimulateurs chez les enfants présentent des spécificités relevant d'une compétence appropriée.</i> <i>Recueil prospectif de données : à transmettre au registre national existant géré par le Collège français de stimulation cardiaque</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
DEGF207 Ablation d'un stimulateur cardiaque définitif implanté dans le ventricule droit par voie veineuse transcutanée	0	1			832,00	0	1
<i>Indication : Selon avis HAS du 18 janvier 2017 en cas de mesures électriques non satisfaisantes ou de complications postimplantations</i> <i>Formation : selon avis HAS du 18 janvier 2017</i> <i>Environnement : selon avis HAS du 18 janvier 2017</i> <i>Facturation : prise en charge sous réserve de remplir les conditions suivantes : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie et de chirurgie cardiaque et répondant aux critères définis par arrêté ministérielle.</i> Coder éventuellement 4 : (YYYY041)							
	0	4		A	184,00	0	1
DEKA001 Changement d'un générateur souscutané de stimulation cardiaque implantable	0	1	Y	F,P,S,U	118,18	200	1
<i>Avec ou sans : changement de site ou réfection de loge</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation et de la défibrillation cardiaques</i> <i>Environnement : spécifique ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque ; les indications, l'implantation et le suivi des stimulateurs chez les enfants présentent des spécificités relevant d'une compétence appropriée.</i> <i>Recueil prospectif de données : à transmettre au registre national existant géré par le Collège français de stimulation cardiaque</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
DEKA002 Changement d'un générateur souscutané de défibrillation cardiaque implantable	0	1	Y	F,P,S,U	119,06	200	1
<i>Avec ou sans : changement de site ou réfection de loge</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
04.02.03.08 Contrôle et réglage de générateur de stimulation ou de défibrillation cardiaque							
DEMP002 Contrôle et réglage transcutané secondaires d'un stimulateur cardiaque	0	1		9,F,P,S,U	60,41	68	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation et de la défibrillation cardiaques</i> <i>Environnement : spécifique ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque ; les indications, l'implantation et le suivi des stimulateurs chez les enfants présentent des spécificités relevant d'une compétence appropriée.</i> <i>Recueil prospectif de données : à transmettre au registre national existant géré par le Collège français de stimulation cardiaque</i>							
DEMP001 Contrôle et réglage transcutané secondaires d'un défibrillateur cardiaque	0	1		F,I,O,P,S,U	70,48	48	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque (dont une sur le suivi des porteurs de défibrillateur)</i> <i>Environnement : spécifique ; recommandations de bonne pratique de la stimulation cardiaque (dont une sur le suivi des porteurs de défibrillateur)</i>							
DERP001 Déclenchement de fibrillation ou de tachycardie ventriculaire, pour contrôle et mesure du seuil de défibrillation chez un porteur de défibrillateur	0	1		X	141,79	106	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; recommandations françaises et internationales de bonne pratique de la stimulation cardiaque (dont une sur le suivi des porteurs de défibrillateur)</i> <i>Environnement : spécifique ; recommandations de bonne pratique de la stimulation cardiaque (dont une sur le suivi des porteurs de défibrillateur)</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
04.02.03.09 Interruption de voie cardionectrice							
DEPF001 Interruption complète du tissu nodal de la jonction atrioventriculaire par méthode physique, par voie veineuse transcutanée	0	1		F,P,S,U	418,00	219	1
	0	4		7,A,F,P,S,U	79,42	40	1
Coder éventuellement 1 : (DEQP008, YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							

DEPF002	Interruption complète de plusieurs voies accessoires de conduction cardiaque par méthode physique, par voie vasculaire transcutanée <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> Coder éventuellement 1 : (DEQP008, YYYY200, YYYY300, ZZLP008)	0 1	F,P,S,U	487,07	660	1
DEPF003	Interruption complète d'une voie accessoire de conduction cardiaque par méthode physique, par voie vasculaire transcutanée <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> Coder éventuellement 1 : (DEQP008, YYYY200, YYYY300, ZZLP042)	0 1	F,P,S,U	437,28	560	1
DEPF010	Interruption de la voie lente ou de la voie rapide de la jonction atrioventriculaire avec courant de radiofréquence ou cryothérapie, par voie veineuse transcutanée <i>Indication : tachycardie par réentrée intranodale atrioventriculaire symptomatique, en deuxième intention après échec du traitement médicamenteux</i> <i>Formation : définie par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i> <i>Environnement : défini par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i> <i>Facturation : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie</i> Coder éventuellement 1 : (DEQP008) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U F,P,S,U	647,92 88,48	603 160	1 1
DEPF006	Interruption complète du tissu nodal de la jonction atrioventriculaire avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée <i>Indication : fibrillation atriale persistante ou permanente, sans contrôle du rythme ventriculaire, très symptomatique et mal supportée chez un patient âgé en dernière intention, après échec ou contre-indication du traitement pharmacologique ou des alternatives</i> <i>Formation : définie par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i> <i>Environnement : défini par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i> <i>Facturation : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie</i> Coder éventuellement 1 : (DEQP008, YYYY200, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U F,P,S,U	418,00 79,42	219 39	1 1
DEPF005	Interruption complète d'une voie accessoire de conduction cardiaque avec courant de radiofréquence, par voie vasculaire transcutanée <i>Indication : ablation de faisceau de Kent unique dans le syndrome de Wolff Parkinson White</i> <i>Formation : définie par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i> <i>Environnement : défini par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i> <i>Facturation : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie</i> Coder éventuellement 1 : (DEQP008, YYYY200, YYYY300, ZZLP042)	0 1 Y	F,P,S,U	437,28	560	1
DEPF004	Interruption complète de plusieurs voies accessoires de conduction cardiaque avec courant de radiofréquence, par voie vasculaire transcutanée <i>Indication : ablation de faisceaux de Kent multiples dans le syndrome de Wolff Parkinson White</i> <i>Formation : définie par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i> <i>Environnement : défini par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i> <i>Facturation : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie</i> Coder éventuellement 1 : (DEQP008, YYYY200, YYYY300, ZZLP008)	0 1 Y	F,P,S,U	487,07	660	1
DEPF012	Interruption complète de circuit arythmogène au niveau de l'isthme cavotricuspidien avec courant de radiofréquence ou cryothérapie, par voie veineuse transcutanée <i>Indication : flutter atrial typique [dépendant de l'isthme cavotricuspidien], en deuxième intention après échec du traitement médicamenteux</i> <i>Formation : définie par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i> <i>Environnement : défini par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i> <i>Facturation : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie</i> Coder éventuellement 1 : (DEQP008) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U F,P,S,U	467,89 126,40	490 124	1 1
DEPF025	Interruption complète de circuit arythmogène en dehors de l'isthme cavotricuspidien avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée <i>Indication : flutter atrial atypique [indépendant de l'isthme cavotricuspidien], en deuxième intention après échec du traitement médicamenteux</i> <i>Formation : définie par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i> <i>Environnement : défini par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i> <i>Facturation : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie</i> Coder éventuellement 1 : (DEQP008) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U F,P,S,U	878,63 168,74	720 198	1 1
DEPF014	Interruption complète de circuit arythmogène en dehors de l'isthme cavotricuspidien avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée et voie transeptale <i>Indication : flutter atrial atypique [indépendant de l'isthme cavotricuspidien], en deuxième intention après échec du traitement médicamenteux</i> <i>Formation : définie par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i> <i>Environnement : défini par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i> <i>Facturation : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie</i> Coder éventuellement 1 : (DEQP008) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U F,P,S,U	1358,3 8 237,00	960 275	1 1

DEPF033	Interruption complète de circuit arythmogène au niveau de l'ostium des veines pulmonaires avec courant de radiofréquence ou cryothérapie, par voie veineuse transcutanée et voie transeptale	0 1 Y	F,P,S,U	1529,7	111	1
				9	0	
	<i>Avec ou sans : interruption complète de circuit arythmogène atrial gauche</i>	0 4 Y	F,P,S,U	278,08	323	1
	<i>Indication : fibrillation atriale typique, en deuxième intention après échec du traitement médicamenteux</i>					
	<i>Formation : définie par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i>					
	<i>Environnement : défini par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i>					
	<i>Facturation : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie</i>					
	Coder éventuellement 1 : (DEQP008) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

04.02.03.10 Destruction et exérèse de foyer arythmogène

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DENF001	Destruction de foyer arythmogène atrial droit par méthode physique, par voie veineuse transcutanée	0 1		F,P,S,U	376,20	497	1
	<i>Indication : justifié en seconde intention ; alternative au traitement médicamenteux</i>						
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
	<i>Environnement : spécifique</i>						
	<i>Recueil-prospectif de données : nécessaire</i>						
	Coder éventuellement 1 : (DEQP008, YYYY200, YYYY300, ZZLP030)						
DENF002	Destruction de foyer arythmogène ventriculaire par méthode physique, par voie vasculaire transcutanée	0 1		F,P,S,U	487,07	703	1
	Coder éventuellement 1 : (DEQP008, YYYY200, YYYY300, ZZLP008)						
DENF003	Destruction de foyer arythmogène atrial gauche par méthode physique, par voie veineuse transcutanée	0 1		F,P,S,U	520,53	497	1
	<i>Indication : symptomatologie clinique invalidante après échec d'un traitement médical bien conduit</i>						
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
	<i>Environnement : plateau technique : équipement d'électrophysiologie, cathéters spéciaux, amplificateur de brillance</i>						
	<i>Recueil-prospectif de données : nécessaire</i>						
	Coder éventuellement 1 : (DEQP008, YYYY200, YYYY300, ZZLP008)						
DENF017	Destruction d'un foyer arythmogène atrial avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y		F,P,S,U	667,33	662	1
		0 4 Y		F,P,S,U	126,40	176	1
	<i>Indication : tachycardie atriale focale à foyer unique, en deuxième intention après échec du traitement médicamenteux</i>						
	<i>Formation : définie par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i>						
	<i>Environnement : défini par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i>						
	<i>Facturation : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie</i>						
	Coder éventuellement 1 : (DEQP008) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DENF014	Destruction d'un foyer arythmogène atrial avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée et voie transeptale	0 1 Y		F,P,S,U	1015,5	892	1
					5		
	<i>Indication : tachycardie atriale focale à foyer unique, en deuxième intention après échec du traitement médicamenteux</i>	0 4 Y		F,P,S,U	221,20	248	1
	<i>Formation : définie par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i>						
	<i>Environnement : défini par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i>						
	<i>Facturation : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie</i>						
	Coder éventuellement 1 : (DEQP008) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DENF021	Destruction de plusieurs foyers arythmogènes atriaux avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y		F,P,S,U	988,60	816	1
		0 4 Y		F,P,S,U	167,48	224	1
	<i>Indication : tachycardie atriale focale à foyers multiples, en deuxième intention après échec du traitement médicamenteux</i>						
	<i>Formation : définie par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i>						
	<i>Environnement : défini par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i>						
	<i>Facturation : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie</i>						
	Coder éventuellement 1 : (DEQP008) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DENF018	Destruction de plusieurs foyers arythmogènes atriaux avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée et voie transeptale	0 1 Y		F,P,S,U	1453,2	105	1
					5	3	
	<i>Indication : tachycardie atriale focale à foyers multiples, en deuxième intention après échec du traitement médicamenteux</i>	0 4 Y		F,P,S,U	300,20	299	1
	<i>Formation : définie par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i>						
	<i>Environnement : défini par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i>						
	<i>Facturation : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie</i>						
	Coder éventuellement 1 : (DEQP008) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DENF015	Destruction d'un foyer ou interruption d'un circuit arythmogène ventriculaire avec courant de radiofréquence, par voie vasculaire transcutanée	0 1 Y		F,P,S,U	858,15	782	1
		0 4 Y		F,P,S,U	221,20	214	1
	<i>Indication : tachycardie ventriculaire idiopathique, en deuxième intention après échec du traitement médicamenteux</i>						
	<i>Formation : définie par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i>						
	<i>Environnement : défini par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i>						
	<i>Facturation : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie</i>						
	Coder éventuellement 1 : (DEQP008) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

DENF035	Destruction de plusieurs foyers et/ou interruption de plusieurs circuits arythmogènes ventriculaires avec courant de radiofréquence, par voie vasculaire transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	1509,3	107 1
				1	4
	<i>Indication : tachycardie ventriculaire secondaire à une cardiopathie, en deuxième intention après échec du traitement médicamenteux</i>	0 4 Y	F,P,S,U	316,00	305 1
	<i>Formation : définie par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i>				
	<i>Environnement : défini par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i>				
	<i>Facturation : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie</i>				
	Coder éventuellement 1 : (DEQP008) - 4 : (GELE001, YYYY041)				

DEFA002	Exérèse ou destruction de foyer arythmogène ou de faisceau cardionecteur pour tachycardie supraventriculaire, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	J,K,T	850,50	855 1
		0 2 Y	9,J,K,T	119,11	0 1
		0 4 Y	A	522,50	202 1
		0 5 Y		313,50	0 1
	<i>Activité 1 : exérèse ou destruction de foyer arythmogène ou de faisceau cardionecteur</i>				
	<i>Activité 2 : enregistrement épicaudique [cartographie épicaudique]</i>				
	<i>Indication : arythmie complète par fibrillation auriculaire ; en première intention lors d'une chirurgie cardiaque chez un patient ayant un trouble du rythme associé ; justifié en seconde intention après échec ou impossibilité des méthodes d'exérèse intracavitaires</i>				
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>				
	<i>Environnement : spécifique</i>				
	Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)				

DEFA001	Exérèse ou destruction de foyer arythmogène pour tachycardie ventriculaire, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	I,J,K,O,T	1059,9	894 1
				6	
		0 2 Y	J,K,T	106,89	0 1
		0 4 Y	A	522,50	213 1
		0 5 Y		313,50	0 1
	<i>Activité 1 : exérèse ou destruction de foyer arythmogène ou de faisceau cardionecteur</i>				
	<i>Activité 2 : enregistrement épicaudique [cartographie épicaudique]</i>				
	<i>Indication : en première intention lors d'une chirurgie cardiaque chez un patient ayant un trouble du rythme associé ; justifié en seconde intention après échec ou impossibilité des méthodes d'exérèse intracavitaires</i>				
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>				
	<i>Environnement : spécifique</i>				
	Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)				

04.02.03.11 Stimulation et défibrillation cardiaques

Environnement : établissement de soins disposant de structure de réanimation

DERP005	Stimulation cardiaque temporaire transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	96,00	99 1
	<i>Indication : bradycardie symptomatique en attente d'une stimulation endocavitaires et en situation d'urgence extrahospitalière ou intrahospitalière, selon les recommandations de bonne pratique</i>				
	<i>Formation : recommandations de bonne pratique</i>				
	<i>Environnement : nécessité d'un environnement de réanimation ; recommandations de bonne pratique</i>				
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)</i>				
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				

DERF003	Stimulation électrique temporaire de l'oreillette pour interrompre une tachycardie supraventriculaire, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	104,98	145 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				

DERD001	Stimulation électrique temporaire de l'oreillette par voie oesophagienne, pour interrompre une tachycardie supraventriculaire	0 1	F,P,S,U	80,05	158 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				

DERF004	Stimulation électrique temporaire de l'oreillette et/ou du ventricule pour interrompre une tachycardie ventriculaire, par voie vasculaire transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	109,72	166 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)				

DERP003	Choc électrique cardiaque transcutané [Cardioversion externe], en dehors de l'urgence	0 1	9	73,83	72 1
		0 4	7,A	48,02	18 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				

DERP004	Choc électrique cardiaque transcutané [Cardioversion externe], en urgence	0 1	9,F,P,S,U	65,44	41 1
	<i>À l'exclusion de : choc électrique au cours d'une ressuscitation pour arrêt cardiorespiratoire (cf 04.07.01)</i>				
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)</i>				
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				

DERF001	Choc électrique cardiaque à basse énergie, par voie vasculaire transcutanée	0 1 Y		82,50	195 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				

DERF002	Choc électrique cardiaque à haute énergie, par voie vasculaire transcutanée	0 1 Y		76,14	139 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				

04.02.04 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux coronaires

Par vaisseau coronaire, on entend :

- artère coronaire gauche
- rameau interventriculaire antérieur et ses branches
- rameau circonflexe et ses branches
- artère coronaire droite et ses branches
- pontage coronaire

04.02.04.01 Dilatation intraluminaire des vaisseaux coronaires

DDAF001	Dilatation intraluminaire d'un vaisseau coronaire sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
		0 1 Y	F,P,S,U	386,38	334 1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,55	84 1
	Coder éventuellement 1 : (DDQJ001, EZNF900, YYYY250, YYYY300) - 4 : (YYYY041)				

DDAF006	Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	386,38	350	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,55	89	1
<i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>						
Coder éventuellement 1 : (DDQJ001, EZNF900, YYYY250, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
DDAF004	Dilatation intraluminale de 2 vaisseaux coronaires avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	579,57	402	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	146,30	105	1
<i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>						
Coder éventuellement 1 : (DDQJ001, EZNF900, YYYY270, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
DDAF003	Dilatation intraluminale de 3 vaisseaux coronaires ou plus avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	579,57	471	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	146,30	126	1
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>						
Coder éventuellement 1 : (DDQJ001, EZNF900, YYYY270, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
DDAF010	Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire avec artériographie coronaire, sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	526,49	350	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	146,30	90	1
<i>Avec ou sans :</i>						
<i>- ventriculographie gauche</i>						
<i>- artériographie de l'aorte supraorificielle [suprasigmoïdienne]</i>						
<i>Indication : l'angiographie sélective de l'artère thoracique interne n'est pas réalisée de manière systématique en préopératoire lorsqu'on envisage un pontage artériel. Elle peut être faite si l'une des artères thoraciques internes a déjà été utilisée ou si un traumatisme thoracique ou une intervention thoracique peut avoir lésé ces vaisseaux. Elle documente le diamètre de l'artère qui sera utilisée pour le montage chirurgical</i>						
Coder éventuellement 1 : (DDQJ001, EZNF900, YYYY290, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
DDAF008	Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire avec artériographie coronaire, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	526,49	366	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	146,30	95	1
<i>Avec ou sans :</i>						
<i>- ventriculographie gauche</i>						
<i>- artériographie de l'aorte supraorificielle [suprasigmoïdienne]</i>						
<i>Indication : l'angiographie sélective de l'artère thoracique interne n'est pas réalisée de manière systématique en préopératoire lorsqu'on envisage un pontage artériel. Elle peut être faite si l'une des artères thoraciques internes a déjà été utilisée ou si un traumatisme thoracique ou une intervention thoracique peut avoir lésé ces vaisseaux. Elle documente le diamètre de l'artère qui sera utilisée pour le montage chirurgical</i>						
Coder éventuellement 1 : (DDQF202, DDQJ001, EZNF900, YYYY290, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
DDAF007	Dilatation intraluminale de 2 vaisseaux coronaires avec artériographie coronaire, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	719,68	425	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	209,00	110	1
<i>Avec ou sans :</i>						
<i>- ventriculographie gauche</i>						
<i>- artériographie de l'aorte supraorificielle [suprasigmoïdienne]</i>						
<i>Indication : l'angiographie sélective de l'artère thoracique interne n'est pas réalisée de manière systématique en préopératoire lorsqu'on envisage un pontage artériel. Elle peut être faite si l'une des artères thoraciques internes a déjà été utilisée ou si un traumatisme thoracique ou une intervention thoracique peut avoir lésé ces vaisseaux. Elle documente le diamètre de l'artère qui sera utilisée pour le montage chirurgical</i>						
Coder éventuellement 1 : (DDQF202, DDQJ001, EZNF900, YYYY290, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
DDAF009	Dilatation intraluminale de 3 vaisseaux coronaires ou plus avec artériographie coronaire, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	719,68	493	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	209,00	130	1
<i>Avec ou sans :</i>						
<i>- ventriculographie gauche</i>						
<i>- artériographie de l'aorte supraorificielle [suprasigmoïdienne]</i>						
<i>Indication : l'angiographie sélective de l'artère thoracique interne n'est pas réalisée de manière systématique en préopératoire lorsqu'on envisage un pontage artériel. Elle peut être faite si l'une des artères thoraciques internes a déjà été utilisée ou si un traumatisme thoracique ou une intervention thoracique peut avoir lésé ces vaisseaux. Elle documente le diamètre de l'artère qui sera utilisée pour le montage chirurgical</i>						
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>						
Coder éventuellement 1 : (DDQF202, DDQJ001, EZNF900, YYYY290, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
DDNF240	lithotritie intraluminale d'artère coronaire avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U			0 1
		<i>Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>				
Coder éventuellement 1 : (DDQF202, YYYY250, YYYY300, ZLPL008)						
DDNF775	lithotritie intraluminale d'artère coronaire avec artériographie coronaire, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U			0 1
		<i>Avec ou sans : ventriculographie gauche</i>				
<i>Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>						
Coder éventuellement 1 : (DDQF202, YYYY250, YYYY300, ZLPL008)						

04.02.04.02 Revascularisation coronaire par pontage

Avec ou sans :

- thromboendartériectomie de contiguïté
- angioplastie d'élargissement

La revascularisation coronaire par pontage inclut le prélèvement de greffon artériel ou veineux autologue.

DDMA025 Revascularisation coronaire par un greffon artériel avec une anastomose distale, par thoracotomie sans CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	789,83	505	1
	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	522,50	180	1
DDMA015 Revascularisation coronaire par un greffon artériel avec une anastomose distale, par thoracotomie avec CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	825,55	688	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	522,50	229	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DDMA023 Revascularisation coronaire par un greffon artériel avec 2 anastomoses distales, par thoracotomie sans CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1050,74	693	1
	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	554,86	215	1
DDMA017 Revascularisation coronaire par un greffon artériel avec 2 anastomoses distales, par thoracotomie avec CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	1050,74	843	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	554,86	265	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DDMA032 Revascularisation coronaire par un greffon artériel et par greffon veineux avec 2 anastomoses distales, par thoracotomie sans CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	1064,21	650	1
	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	571,35	216	1
DDMA011 Revascularisation coronaire par un greffon artériel et par greffon veineux avec 2 anastomoses distales, par thoracotomie avec CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	1159,95	863	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	571,35	269	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DDMA029 Revascularisation coronaire par un greffon artériel et par greffon veineux avec 3 anastomoses distales, par thoracotomie sans CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	1342,85	853	1
	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	591,87	240	1
DDMA018 Revascularisation coronaire par un greffon artériel et par greffon veineux avec 3 anastomoses distales, par thoracotomie avec CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	1368,95	1003	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	591,87	297	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DDMA038 Revascularisation coronaire par un greffon artériel et par greffon veineux avec 4 anastomoses distales ou plus, par thoracotomie sans CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1610,85	919	1
	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	522,50	230	1
DDMA021 Revascularisation coronaire par un greffon artériel et par greffon veineux avec 4 anastomoses distales ou plus, par thoracotomie avec CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	1610,85	1069	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	659,69	286	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DDMA026 Revascularisation coronaire par 2 greffons artériels avec 2 anastomoses distales, par thoracotomie sans CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1210,97	795	1
	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	599,20	230	1
DDMA020 Revascularisation coronaire par 2 greffons artériels avec 2 anastomoses distales, par thoracotomie avec CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	1210,97	945	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	599,20	291	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1

DDMA031 Revascularisation coronaire par 2 greffons artériels avec 3 anastomoses distales, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1461,25	892 1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>				
<i>Environnement : spécifique</i>	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	594,44	240 1
<i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i>				
Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
DDMA006 Revascularisation coronaire par 2 greffons artériels avec 3 anastomoses distales, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1461,25	101 1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	594,44	298 1
<i>Environnement : spécifique</i>	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0 1
<i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i>				
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)				
DDMA033 Revascularisation coronaire par 2 greffons artériels avec 4 anastomoses distales ou plus, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1694,51	966 1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	684,62	240 1
<i>Environnement : spécifique</i>				
<i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i>				
Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
DDMA008 Revascularisation coronaire par 2 greffons artériels avec 4 anastomoses distales ou plus, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1694,51	111 6
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	684,62	298 1
<i>Environnement : spécifique</i>	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0 1
<i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i>				
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)				
DDMA022 Revascularisation coronaire par 2 greffons artériels et par greffon veineux avec 3 anastomoses distales, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1427,93	740 1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	607,64	245 1
<i>Environnement : spécifique</i>				
<i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i>				
Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
DDMA005 Revascularisation coronaire par 2 greffons artériels et par greffon veineux avec 3 anastomoses distales, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	1427,93	104 2
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	607,64	306 1
<i>Environnement : spécifique</i>	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0 1
<i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i>				
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)				
DDMA034 Revascularisation coronaire par 2 greffons artériels et par greffon veineux avec 4 anastomoses distales ou plus, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1684,58	100 5
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	705,15	245 1
<i>Environnement : spécifique</i>				
<i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i>				
Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
DDMA009 Revascularisation coronaire par 2 greffons artériels et par greffon veineux avec 4 anastomoses distales ou plus, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1684,58	115 5
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	705,15	308 1
<i>Environnement : spécifique</i>	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0 1
<i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i>				
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)				
DDMA030 Revascularisation coronaire par 3 greffons artériels avec 3 anastomoses distales, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	1334,78	977 1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	646,13	262 1
<i>Environnement : spécifique</i>				
<i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i>				
Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
DDMA003 Revascularisation coronaire par 3 greffons artériels avec 3 anastomoses distales, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1627,86	112 7
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	646,13	328 1
<i>Environnement : spécifique</i>	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0 1
<i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i>				
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)				
DDMA035 Revascularisation coronaire par 3 greffons artériels avec 4 anastomoses distales ou plus, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1844,11	107 9
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	744,73	262 1
<i>Environnement : spécifique</i>				
<i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i>				
Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
DDMA013 Revascularisation coronaire par 3 greffons artériels avec 4 anastomoses distales ou plus, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1844,11	122 9
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	744,73	327 1
<i>Environnement : spécifique</i>	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0 1
<i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i>				
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)				

DDMA036 Revascularisation coronaire par 3 greffons artériels et par greffon veineux avec 4 anastomoses distales ou plus, par thoracotomie sans CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1892,3	109	1
						2	4
	0	4	Y	4,A,F,O,P,S,U	751,33	265	1
DDMA012 Revascularisation coronaire par 3 greffons artériels et par greffon veineux avec 4 anastomoses distales ou plus, par thoracotomie avec CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1892,3	124	1
						2	4
	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	751,33	331	1
	0	5	Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DDMA028 Revascularisation coronaire par greffon veineux avec une anastomose distale, par thoracotomie sans CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	783,45	569	1
	0	4	Y	4,A,F,O,P,S,U	522,50	177	1
DDMA007 Revascularisation coronaire par greffon veineux avec une anastomose distale, par thoracotomie avec CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	856,90	719	1
	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	522,50	221	1
	0	5	Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DDMA024 Revascularisation coronaire par greffon veineux avec 2 anastomoses distales, par thoracotomie sans CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1034,4	674	1
						3	
	0	4	Y	4,A,F,O,P,S,U	556,69	200	1
DDMA019 Revascularisation coronaire par greffon veineux avec 2 anastomoses distales, par thoracotomie avec CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	1065,9	824	1
						0	
	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	556,69	249	1
	0	5	Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DDMA027 Revascularisation coronaire par greffon veineux avec 3 anastomoses distales, par thoracotomie sans CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	1272,6	798	1
						6	
	0	4	Y	4,A,F,O,P,S,U	566,95	254	1
DDMA016 Revascularisation coronaire par greffon veineux avec 3 anastomoses distales, par thoracotomie avec CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	1274,9	948	1
						0	
	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	566,95	283	1
	0	5	Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DDMA037 Revascularisation coronaire par greffon veineux avec 4 anastomoses distales ou plus, par thoracotomie sans CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	1275,9	900	1
						9	
	0	4	Y	4,A,F,P,S,U	649,43	225	1
DDMA004 Revascularisation coronaire par greffon veineux avec 4 anastomoses distales ou plus, par thoracotomie avec CEC <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon</i> Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	1503,7	105	1
						9	0
	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	649,43	281	1
	0	5	Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
04.02.04.03 Autres actes thérapeutiques sur les artères coronaires	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DDPF002 Recanalisation d'artère coronaire avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée <i>Indication : occlusion chronique totale d'artère coronaire</i> <i>Formation : définie par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i> <i>Environnement : défini par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i> <i>Facturation : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U	909,73	468	1
	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	78,79	142	1

DDFF002	Athérectomie intraluminale d'artère coronaire, par voie artérielle transcutanée À l'exclusion de : athérectomie intraluminale d'artère coronaire par méthode rotatoire [rotationnelle], par voie artérielle transcutanée (DDFF001) Avec ou sans : - dilatation intraluminale par ballon - pose d'endoprothèse Indication : sténoses ostiales de gros vaisseaux coronaires supérieures ou égales à 2,5mm Environnement : spécifique Coder éventuellement 1 : (YYYY250, YYYY300, ZZLP008)	0	1	Y	F,P,S,U	397,10	385	1				
DDFF001	Athérectomie intraluminale d'artère coronaire par méthode rotatoire [rotationnelle], par voie artérielle transcutanée Avec ou sans : - dilatation intraluminale par ballon - pose d'endoprothèse Environnement : spécifique ; proximité d'un centre de chirurgie cardiaque distant de moins d'une heure Coder éventuellement 1 : (YYYY250, YYYY300, ZZLP008)	0	1	Y	F,P,S,U	397,10	372	1				
DDSF001	Embolisation ou fermeture d'une fistule ou d'un anévrisme coronaire, par voie vasculaire transcutanée Coder éventuellement 1 : (DDQJ001, YYYY190, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U	397,10	355	1				
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U	229,90	84	1				
DDLF001	Injection in situ d'agent pharmacologique dans une branche d'artère coronaire pour réduction de l'épaisseur du septum interventriculaire, par voie artérielle transcutanée Réduction de l'épaisseur du septum interventriculaire par alcoolisation intraartérielle Indication : myocardiopathie hypertrophique obstructive, après échec du traitement médicamenteux le plus poussé, en alternative avec la chirurgie, en classe III ou IV de l'échelle de la New-York Heart Association, avec un gradient hémodynamique basal supérieur à 50 mm Hg et lorsque l'anatomie coronaire s'y prête Formation : définie par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie Environnement : défini par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie Facturation : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie Coder éventuellement 1 : (DZQM003, EZQH004) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U	899,13	621	1				
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U	121,98	187	1				
DDAA002	Angioplastie d'élargissement du tronc commun de l'artère coronaire gauche, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, YYYY013) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1115,26	828	1				
		0	4	Y	A,F,O,P,S,U	555,22	259	1				
		0	5	Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1				
04.02.05 Actes thérapeutiques sur le péricarde						Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DCJB002	Évacuation d'une collection du péricarde, par voie transcutanée Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020) Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		F,P,S,U	28,80	129	1				
DCJB001	Drainage d'une collection du péricarde, par voie transcutanée Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020) Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		F,P,S,U	28,80	129	1				
DCJA001	Drainage d'une collection du péricarde, par thoracotomie ou par abord infraxiphoidien Avec ou sans : biopsie du péricarde Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	210,57	150	1				
		0	4	Y	A,F,O,P,S,U	188,69	118	1				
DCMC001	Création d'une fenêtre péricardopleurale, par thoracoscopie Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	265,88	281	1				
		0	4	Y	A,F,O,P,S,U	247,34	105	1				
DCMA001	Création d'une fenêtre péricardopéritonéale, par abord infraxiphoidien Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	298,49	242	1				
		0	4	Y	A,F,O,P,S,U	204,44	94	1				
DCFA001	Péricardectomie subtotale, par thoracotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	828,11	347	1				
		0	4	Y	4,A,F,O,P,S,U	524,70	226	1				
04.02.06 Transplantation du coeur						Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
04.02.06.01 Prélèvement du coeur												
DZFA001	Prélèvement du coeur, au cours d'un prélèvement multiorgane sur un sujet en état de mort encéphalique À l'exclusion de : prélèvement du coeur pour préparation de greffe orificielle, au cours d'un prélèvement multiorgane sur un sujet en état de mort encéphalique (DZFA002)	0	1		F,U	0,00	120	1				
		0	4		A,F,U	0,00	75	1				
DZFA002	Prélèvement du coeur pour préparation de greffe orificielle, au cours d'un prélèvement multiorgane sur un sujet en état de mort encéphalique	0	1		F,U	0,00	120	1				
		0	4		A,F,U	0,00	75	1				
DZFA003	Prélèvement du bloc coeur-poumons, au cours d'un prélèvement multiorgane sur un sujet en état de mort encéphalique	0	1		F,U	0,00	240	1				
		0	4		A,F,U	0,00	150	1				
04.02.06.02 Transplantation du coeur						Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DZEA002	Transplantation orthotopique du coeur, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062) - 4 : (GELE001)	0	1	Y	F,U	0,00	987	1				
		0	4	Y	A,F,U	0,00	298	1				
		0	5	Y	F,U	0,00	0	1				

DZEA003	Transplantation hétérotopique du coeur, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,U	0,00	114	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062) - 4 : (GELE001)						
		0 4 Y	A,F,U	0,00	303	1
		0 5 Y	F,U	0,00	0	1
DZEA001	Transplantation itérative du coeur, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,U	0,00	123	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062) - 4 : (GELE001)						
		0 4 Y	A,F,U	0,00	347	1
		0 5 Y	F,U	0,00	0	1
DZEA004	Transplantation du bloc coeur-poumons, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,U	0,00	149	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062) - 4 : (GELE001)						
		0 4 Y	A,F,U	0,00	375	1
		0 5 Y	F,U	0,00	0	1

04.02.06.03 Exérèse de greffon cardiaque

DZFA004	Exérèse d'un greffon de transplantation du coeur avec pose d'une assistance circulatoire mécanique biventriculaire interne, par thoracotomie avec CEC	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,U	0,00	137	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002)						
		0 4 Y	A,F,U	0,00	382	1
		0 5 Y	F,U	0,00	0	1

04.02.07 Rééducation cardiaque

La séance de rééducation cardiaque inclut la surveillance de la fréquence cardiaque, de la pression intraartérielle et de l'électrocardiographie discontinue.
Avec ou sans : surveillance transcutanée de la saturation artérielle en oxygène

EQRP001	Séance de réentraînement cardiaque et/ou vasculaire progressif à l'effort sur machine	0 1		28,80	15	1
À l'exclusion de : séance de réentraînement d'un insuffisant cardiaque à l'effort sur machine (DKRP005) Environnement : la rééducation cardiaque doit être réalisée dans une salle disposant de moyens de réanimation, dans un établissement de soins comportant une unité de soins intensifs cardiologiques, une unité de réanimation ou une salle de surveillance postinterventionnelle, ou dans établissement de réadaptation des cardiaques disposant d'une salle de réanimation. Facturation : réentraînement cardiaque						
DKRP001	Séance de réentraînement cardiaque et/ou vasculaire progressif à l'effort sur machine et à la réalisation de tâches de la vie quotidienne	0 1		28,80	26	1
À l'exclusion de : séance de réentraînement d'un insuffisant cardiaque à l'effort sur machine (DKRP005) Environnement : la rééducation cardiaque doit être réalisée dans une salle disposant de moyens de réanimation, dans un établissement de soins comportant une unité de soins intensifs cardiologiques, une unité de réanimation ou une salle de surveillance postinterventionnelle, ou dans établissement de réadaptation des cardiaques disposant d'une salle de réanimation. Facturation : réentraînement cardiaque						
DKRP003	Séance de réentraînement cardiaque et/ou vasculaire progressif à l'effort sur machine et à l'activité sportive collective	0 1		28,80	28	1
À l'exclusion de : séance de réentraînement d'un insuffisant cardiaque à l'effort sur machine (DKRP005) Environnement : la rééducation cardiaque doit être réalisée dans une salle disposant de moyens de réanimation, dans un établissement de soins comportant une unité de soins intensifs cardiologiques, une unité de réanimation ou une salle de surveillance postinterventionnelle, ou dans établissement de réadaptation des cardiaques disposant d'une salle de réanimation. Facturation : réentraînement cardiaque						
DKRP002	Séance de réentraînement cardiaque et/ou vasculaire progressif à l'effort sur machine, à la réalisation de tâches de la vie quotidienne et à l'activité sportive collective	0 1		28,80	33	1
À l'exclusion de : séance de réentraînement d'un insuffisant cardiaque à l'effort sur machine (DKRP005) Environnement : la rééducation cardiaque doit être réalisée dans une salle disposant de moyens de réanimation, dans un établissement de soins comportant une unité de soins intensifs cardiologiques, une unité de réanimation ou une salle de surveillance postinterventionnelle, ou dans établissement de réadaptation des cardiaques disposant d'une salle de réanimation. Facturation : réentraînement cardiaque						
DKRP005	Séance de réentraînement d'un insuffisant cardiaque à l'effort sur machine	0 1		28,80	38	1
Avec ou sans : réentraînement - à la réalisation de tâches de la vie quotidienne - à l'activité sportive collective Environnement : la rééducation cardiaque doit être réalisée dans une salle disposant de moyens de réanimation, dans un établissement de soins comportant une unité de soins intensifs cardiologiques, une unité de réanimation ou une salle de surveillance postinterventionnelle, ou dans établissement de réadaptation des cardiaques disposant d'une salle de réanimation.						

04.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES ARTÈRES

04.03.01 Actes thérapeutiques sur l'aorte thoracique

Comprend : actes thérapeutiques sur l'aorte thoracique :

- ascendante [segment 1]
- horizontale [segment 2]
- descendante [segment 3]

Par aorte juxtadiaphragmatique, on entend : partie terminale de l'aorte thoracique descendante [segment 3] et aorte abdominale suprarénale [segment 4].

04.03.01.01 Suture de plaie de l'aorte thoracique

DGCA025	Suture latérale de plaie de l'aorte thoracique, par thoracotomie sans CEC	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	858,60	615	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	592,15	335	1
DGCA017	Suture latérale de plaie de l'aorte thoracique, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	1076,9	760	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)						
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	658,59	393	1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DGCA002	Suture d'une rupture de l'isthme de l'aorte, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	890,97	660	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	619,27	353	1
DGCA006	Suture d'une rupture de l'isthme de l'aorte, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	1214,6	764	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)						
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	698,91	396	1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1

04.03.01.02 Dilatation intraluminaire et pose de prothèse de l'aorte thoracique

Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
----	---	----	--------------	-------	-----	----

DGAF001	Dilatation intraluminale de l'aorte thoracique sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,U	0,00	382	1
		0 4 Y	A,F,U	0,00	105	1
À l'exclusion de : dilatation intraluminale d'une coarctation de l'aorte thoracique sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée (DGAF006)						
Indication : sténose de l'aorte thoracique et sténose postopératoire						
Environnement : spécifique						
Coder éventuellement 1 : (EDQJ900)						
DGAF007	Dilatation intraluminale de l'aorte thoracique avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,U	0,00	412	1
		0 4 Y	A,F,U	0,00	117	1
À l'exclusion de : dilatation intraluminale d'une coarctation de l'aorte thoracique avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée (DGAF004)						
Indication : sténose de l'aorte thoracique et sténose postopératoire						
Environnement : spécifique						
Coder éventuellement 1 : (EDQJ900)						
DGLF003	Pose d'endoprothèse couverte dans l'aorte thoracique, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	355,30	300	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	94,05	100	1
Environnement : spécifique ; centre spécialisé , équipe entraînée ; service de chirurgie cardiovasculaire avec CEC dans l'établissement en dehors des situations d'urgence						
Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
04.03.01.03 Désobstruction de l'aorte thoracique						
DGPA014	Désobstruction d'une prothèse de l'aorte thoracique, par thoracotomie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	263,78	482	1
Coder éventuellement 1 : (EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DGFA002	Thromboendartériectomie de l'aorte thoracique horizontale et des troncs supraaortiques, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1844,1	104	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	719,44	425	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, ZZHA001) - 1 : (DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)						
04.03.01.04 Pontage de l'aorte thoracique						
DGCA031	Pontage entre l'aorte thoracique ascendante et l'aorte thoracique descendante, par thoracotomie sans CEC	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	1006,0	784	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DGCA028	Pontage entre l'aorte thoracique ascendante et l'aorte thoracique descendante, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	1037,7	912	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	616,80	432	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, ZZHA001) - 1 : (DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)						
DGCA015	Pontage entre l'aorte thoracique ascendante et l'aorte abdominale sans exclusion de l'aorte thoracique descendante, par thoracotomie et par laparotomie sans CEC	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1074,8	802	1
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U	594,27	404	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DGCA027	Pontage entre l'aorte thoracique ascendante et l'aorte abdominale sans exclusion de l'aorte thoracique descendante, par thoracotomie et par laparotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	1115,2	978	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	638,80	451	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, ZZHA001) - 1 : (DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)						
DGCA008	Pontage entre l'aorte thoracique ascendante et l'aorte abdominale avec exclusion de l'aorte thoracique descendante, par thoracotomie et par laparotomie sans CEC	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	1047,2	952	1
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U	614,80	395	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DGCA023	Pontage entre l'aorte thoracique descendante ou l'aorte juxtadiaphragmatique et l'aorte abdominale infrarénale, par thoraco-phréno-laparotomie sans CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1373,3	101	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	629,09	407	1
Coder éventuellement 14 : (EZSF001, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DGCA003	Pontage rétropéritonéal entre l'aorte thoracique descendante et les artères fémorales, par abord direct	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1252,0	500	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	580,68	200	1
Coder éventuellement 14 : (EDEA002, ENFA003, EZSF001, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DGCA013	Pontages multiples entre l'aorte et les troncs supraaortiques, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1465,5	107	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	709,30	447	1
Coder éventuellement 14 : (ENFA003, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DGCA011	Pontages multiples entre l'aorte et les troncs supraaortiques, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	I,J,K,T	1671,8	114	1
		0 4 Y	A	671,79	447	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, ENFA003, EQCF002, ZZHA001) - 1 : (DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)						
04.03.01.05 Angioplastie d'élargissement de l'aorte thoracique						
DGAA006	Angioplastie d'élargissement de l'aorte thoracique horizontale sans réimplantation des troncs supraaortiques, par thoracotomie avec CEC	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,I,J,K,T	1529,3	995	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, YYYY013) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)						
DGAA003	Angioplastie d'élargissement de l'aorte thoracique horizontale avec réimplantation des troncs supraaortiques, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	J,K,T	1474,3	131	1
		0 4 Y	A	870,46	562	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (AAQP004, AAQP008, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)						
04.03.01.06 Résection-anastomose de l'aorte thoracique						
Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex						

DGFA019	Résection-anastomose de l'aorte thoracique descendante ou de l'aorte juxtadiaphragmatique, par thoracotomie sans dérivation vasculaire ni CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	841,62	905	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	484,75	351	1
Coder éventuellement 14 : (ENFA003, EZSF001, ZZHA001) - 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DGFA014	Résection-anastomose de l'aorte thoracique descendante ou de l'aorte juxtadiaphragmatique, par thoracotomie avec dérivation vasculaire	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	1157,0	109	1
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U	645,39	376	1
Coder éventuellement 14 : (ENFA003, EZSF001, ZZHA001) - 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DGFA017	Résection-anastomose de l'aorte thoracique descendante ou de l'aorte juxtadiaphragmatique, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	I,J,K,T	1157,0	109	1
		0 4 Y	A	597,37	372	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, ENFA003, EQCF002, EZSF001, ZZHA001) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)						

04.03.01.07 Remplacement de l'aorte thoracique

À l'exclusion de : remplacement de l'aorte thoracique pour rupture d'anévrisme (cf 04.03.01.08)

DGKA025	Remplacement de l'aorte thoracique ascendante sans remplacement de la valve aortique, sans réimplantation des artères coronaires, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	1028,7	820	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	636,60	354	1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, ZZHA001) - 1 : (DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)						
DGKA003	Remplacement de l'aorte thoracique ascendante sans remplacement de la valve aortique, avec réimplantation des artères coronaires, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	2038,3	112	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	815,12	440	1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
Opération selon Tyrone - David Opération selon Yacoub Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, ZZHA001) - 1 : (DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)						
DGKA011	Remplacement de l'aorte thoracique ascendante avec remplacement de la valve aortique, sans réimplantation des artères coronaires, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1381,8	966	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	690,84	408	1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, ZZHA001) - 1 : (DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)						
DGKA015	Remplacement de l'aorte thoracique ascendante avec remplacement de la valve aortique, avec réimplantation des artères coronaires, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1895,8	109	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	763,43	488	1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
Opération selon Bentall Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, ZZHA001) - 1 : (DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)						
DGKA001	Remplacement de l'aorte thoracique ascendante et de l'aorte horizontale sans remplacement de la valve aortique, sans réimplantation des artères coronaires, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1932,0	120	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	825,01	556	1
		0 5 Y	9,F,O,P,S,U	333,70	0	1
Avec ou sans : montage en trompe d'éléphant Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, ZZHA001) - 1 : (AAQP004, AAQP008, DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)						
DGKA026	Remplacement de l'aorte thoracique ascendante et de l'aorte horizontale sans remplacement de la valve aortique, avec réimplantation des artères coronaires, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	2358,1	127	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	1000,9	575	1
		0 5 Y	9,F,O,P,S,U	333,70	0	1
Avec ou sans : montage en trompe d'éléphant Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, ZZHA001) - 1 : (AAQP004, AAQP008, DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)						
DGKA018	Remplacement de l'aorte thoracique ascendante et de l'aorte horizontale avec remplacement de la valve aortique, sans réimplantation des artères coronaires, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	2132,6	121	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	908,22	557	1
		0 5 Y	9,F,O,P,S,U	333,70	0	1
Avec ou sans : montage en trompe d'éléphant Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, ZZHA001) - 1 : (AAQP004, AAQP008, DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)						
DGKA014	Remplacement de l'aorte thoracique ascendante et de l'aorte horizontale avec remplacement de la valve aortique, avec réimplantation des artères coronaires, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	2304,2	127	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	978,96	608	1
		0 5 Y	9,F,O,P,S,U	333,70	0	1
Avec ou sans : montage en trompe d'éléphant Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, ZZHA001) - 1 : (AAQP004, AAQP008, DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)						
DGKA268	Remplacement de l'aorte thoracique ascendante et de l'aorte horizontale, avec montage en trompe d'éléphant renforcé, sans remplacement de la valve aortique, sans réimplantation des artères coronaires, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U		158	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U		734	1
		0 5	F,O,P,S,U		0	1
Inclut la réimplantation en palette ou séparée des troncs supra aortiques Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'art.L.165-1 du code de la Sécurité sociale Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, ZZHA001) - 1 : (AAQP004, AAQP008, DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)						
DGKA209	Remplacement de l'aorte thoracique ascendante et de l'aorte horizontale, avec montage en trompe d'éléphant renforcé, sans remplacement de la valve aortique, avec réimplantation des artères coronaires, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U		185	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U		705	1
		0 5	F,O,P,S,U		0	1
Inclut la réimplantation en palette ou séparée des troncs supra aortiques Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'art.L.165-1 du code de la Sécurité sociale Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, ZZHA001) - 1 : (AAQP004, AAQP008, DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)						

DGKA263 Remplacement de l'aorte thoracique ascendante et de l'aorte horizontale, avec montage en trompe d'éléphant renforcé, avec remplacement de la valve aortique, sans réimplantation des artères coronaires, par thoracotomie avec CEC <i>Inclut la réimplantation en palette ou séparée des troncs supra aortiques</i> <i>Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'art. L. 165-1 du code de la Sécurité sociale</i> Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, ZZHA001) - 1 : (AAQP004, AAQP008, DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U		158	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U		733	1
	0 5	F,O,P,S,U		0	1
DGKA698 Remplacement de l'aorte thoracique ascendante et de l'aorte horizontale, avec montage en trompe d'éléphant renforcé, avec remplacement de la valve aortique, avec réimplantation des artères coronaires, par thoracotomie avec CEC <i>Inclut la réimplantation en palette ou séparée des troncs supra aortiques</i> <i>Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'art. L.165-1 du code de la Sécurité sociale</i> Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, ZZHA001) - 1 : (AAQP004, AAQP008, DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U		173	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U		750	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U		0	1
DGKA005 Remplacement de l'aorte thoracique horizontale, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, ZZHA001) - 1 : (AAQP004, AAQP008, DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1846,95	109	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	789,81	559	1
	0 5 Y	9,F,O,P,S,U	333,70	0	1
DGKA002 Remplacement de l'isthme de l'aorte, par thoracotomie sans dérivation vasculaire ni CEC <i>À l'exclusion de : remplacement de l'isthme de l'aorte pour coarctation, par thoracotomie sans CEC (DGKA022)</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	856,73	750	1
	0 4 Y	4,A,F,P,S,U	573,78	447	1
DGKA019 Remplacement de l'isthme de l'aorte, par thoracotomie avec dérivation vasculaire Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	1142,20	772	1
	0 4 Y	4,A,F,P,S,U	610,44	324	1
DGKA023 Remplacement de l'isthme de l'aorte, par thoracotomie avec CEC <i>À l'exclusion de : remplacement de l'isthme de l'aorte pour coarctation, par thoracotomie avec CEC (DGKA024)</i> Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, ZZHA001) - 1 : (DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1288,25	829	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	646,86	340	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DGKA009 Remplacement de l'aorte thoracique descendante, par thoracotomie sans CEC <i>À l'exclusion de : remplacement de l'aorte thoracique descendante pour sténose congénitale, par thoracotomie sans CEC (DGKA017)</i> Coder éventuellement 14 : (EZSF001, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1073,43	806	1
	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	558,02	324	1
DGKA007 Remplacement de l'aorte thoracique descendante, par thoracotomie avec CEC <i>À l'exclusion de : remplacement de l'aorte thoracique descendante pour sténose congénitale, par thoracotomie avec CEC (DGKA021)</i> Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, EZSF001, ZZHA001) - 1 : (DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1264,15	990	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	599,94	376	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DGKA013 Remplacement de l'aorte juxtadiaphragmatique, par thoraco-phréno-laparotomie sans dérivation vasculaire ni CEC Coder éventuellement 14 : (ENFA003, EZSF001, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	1824,97	122	1
	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	814,87	420	1
DGKA016 Remplacement de l'aorte juxtadiaphragmatique, par thoraco-phréno-laparotomie avec dérivation vasculaire Coder éventuellement 14 : (ENFA003, EZSF001, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	2063,19	138	1
	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	908,35	480	1
DGKA010 Remplacement de l'aorte juxtadiaphragmatique, par thoraco-phréno-laparotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DGLA001, ENFA003, EQCF002, EZSF001, ZZHA001) - 1 : (DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	2063,19	140	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	823,17	480	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DGKA006 Remplacement de l'aorte thoracique descendante et de l'aorte juxtadiaphragmatique, par thoraco-phréno-laparotomie sans dérivation vasculaire ni CEC Coder éventuellement 14 : (ENFA003, EZSF001, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1958,26	153	1
	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	1001,45	541	1
DGKA020 Remplacement de l'aorte thoracique descendante et de l'aorte juxtadiaphragmatique, par thoraco-phréno-laparotomie avec dérivation vasculaire Coder éventuellement 14 : (ENFA003, EZSF001, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	2369,48	169	1
	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	1094,92	601	1
DGKA008 Remplacement de l'aorte thoracique descendante et de l'aorte juxtadiaphragmatique, par thoraco-phréno-laparotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DGLA001, ENFA003, EQCF002, EZSF001, ZZHA001) - 1 : (DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	2369,48	167	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	1009,75	601	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DGKA012 Remplacement de l'ensemble de l'aorte thoracique, par thoraco-phréno-laparotomie avec CEC <i>Avec ou sans : remplacement de l'aorte juxtadiaphragmatique</i> Coder éventuellement 14 : (DGLA001, ENFA003, EQCF002, EZSF001, ZZHA001) - 1 : (AAQP004, AAQP008, DZQJ007, EZQH004, YYYY062, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	2828,91	191	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	1098,09	691	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1

04.03.01.08 Remplacement de l'aorte thoracique pour rupture d'anévrisme

Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex

DGKA028	Remplacement de l'aorte thoracique ascendante pour rupture d'anévrisme, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	2715,4	943	1		
	Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	1035,4	354	1		
		0 5 Y	9,F,O,P,S,U	333,70		0 1		
DGKA027	Remplacement de l'aorte thoracique descendante pour rupture d'anévrisme, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1807,9	113	1		
	Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	691,58	376	1		
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50		0 1		
DGKA029	Remplacement de l'aorte juxtadiaphragmatique pour rupture d'anévrisme, par thoraco-phréno-laparotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	2215,8	161	1		
	<i>Avec ou sans : remplacement de l'aorte thoracique descendante</i>	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	992,16	480	1		
	Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50		0 1		
04.03.02 Actes thérapeutiques sur l'artère pulmonaire								
04.03.02.01 Dilatation intraluminaire de l'artère pulmonaire								
DFAF002	Dilatation intraluminaire d'une branche de l'artère pulmonaire sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y	F,P,S,T,U	355,30	280	1		
	Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP008)							
DFAF003	Dilatation intraluminaire d'une branche de l'artère pulmonaire avec pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y	F,P,S,T,U	355,30	299	1		
	Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP008)							
DFAF004	Dilatation intraluminaire de plusieurs branches de l'artère pulmonaire sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y	F,P,S,T,U	532,95	323	1		
	Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP012)							
DFAF001	Dilatation intraluminaire de plusieurs branches de l'artère pulmonaire avec pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y	F,P,S,T,U	532,95	352	1		
	Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP012)							
04.03.02.02 Désobstruction de l'artère pulmonaire								
DFNF001	Fibrinolyse in situ de l'artère pulmonaire, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y	F,P,S,T,U	313,50	345	1		
	<i>Indication : embolie pulmonaire grave avec défaillance cardiaque droite aiguë</i>	0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	94,05	89	1		
	Coder éventuellement 1 : (YYYY250, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							
DFNF002	Thrombolyse mécanique ou thromboaspiration de l'artère pulmonaire, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y	F,P,S,T,U	313,50	413	1		
	Coder éventuellement 1 : (YYYY250, YYYY300, ZZLP008)							
DFFA002	Embolectomie de l'artère pulmonaire, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	806,13	867	1		
	Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,T,U	389,81	279	1		
DFFA001	Embolectomie de l'artère pulmonaire, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	983,38	110	1		
	Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A,F,O,P,S,T,U	611,67	349	1		
		0 5 Y	F,O,P,S,T,U	313,50		0 1		
DFFA003	Thromboendartériectomie du tronc et/ou des branches de l'artère pulmonaire, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	2127,0	119	1		
	Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, YYYY013) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	0 4 Y	A,F,P,S,U	522,50	356	1		
		0 5 Y	9,F,O,P,S,U	333,70		0 1		
04.03.02.03 Autres actes thérapeutiques sur l'artère pulmonaire								
DFSF001	Oblitération d'anévrisme sacculaire de l'artère pulmonaire, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y	F,P,S,T,U	355,30	514	1		
	Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	94,05	124	1		
04.03.03 Actes thérapeutiques sur le tronc artériel brachiocéphalique								
<i>Comprend :</i>								
<i>- tronc artériel brachiocéphalique</i>								
<i>- artère subclavière en amont de l'ostium de l'artère vertébrale</i>								
04.03.03.01 Suture de plaie du tronc artériel brachiocéphalique								
ECCA006	Suture de plaie du tronc artériel brachiocéphalique, par thoracotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1031,6	639	1		
	<i>Avec ou sans : résection</i>							
	Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	681,23	343	1		
04.03.03.02 Dilatation intraluminaire et pose de prothèse du tronc artériel brachiocéphalique								
ECAF003	Dilatation intraluminaire du tronc artériel brachiocéphalique ou de l'artère carotide commune intrathoracique sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	642	1		
	Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300, ZZLP008)							
ECAF004	Dilatation intraluminaire du tronc artériel brachiocéphalique ou de l'artère carotide commune intrathoracique avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	739	1		
	<i>Environnement : spécifique ; l'utilisation d'une protection cérébrale est fortement recommandée</i>							
	Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300, ZZLP008)							
ECLF004	Pose d'endoprothèse couverte dans le tronc artériel brachiocéphalique ou l'artère carotide commune intrathoracique, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	300	1		
	<i>Indication : traumatisme, néoplasie, rupture après angioplastie</i>							
	<i>Environnement : spécifique</i>							
	Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300, ZZLP008)							
04.03.03.03 Désobstruction du tronc artériel brachiocéphalique								
		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex

ECPF004	Recanalisation de l'artère subclavière en amont de l'ostium de l'artère vertébrale sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	420	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	94,05	113	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
<i>Environnement : spécifique</i>						
Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
ECPF005	Recanalisation de l'artère subclavière en amont de l'ostium de l'artère vertébrale avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	500	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	94,05	132	1
<i>Environnement : spécifique</i>						
Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
ECFA001	Thromboendartériectomie du tronc artériel brachiocéphalique, par thoracotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1008,20	627	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	364,88	227	1
<i>Avec ou sans : angioplastie d'élargissement</i>						
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.03.03.04 Pontage et remplacement du tronc artériel brachiocéphalique						
DGCA032	Pontage entre l'aorte et le tronc artériel brachiocéphalique, par thoracotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1052,16	639	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	390,87	224	1
<i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>						
ECKA001	Remplacement du tronc artériel brachiocéphalique, par thoracotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1031,60	639	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	390,87	224	1
<i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>						
04.03.03.05 Occlusion du tronc artériel brachiocéphalique						
ECSA002	Ligature du tronc artériel brachiocéphalique, par thoracotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	524,57	456	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	330,02	169	1
<i>Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>						
04.03.04 Actes thérapeutiques sur l'artère carotide commune						
04.03.04.01 Suture de plaie de l'artère carotide commune						
EBCA009	Suture de plaie de l'artère carotide commune, par cervicotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	458,72	369	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	221,77	115	1
<i>Coder éventuellement 1 : (YYYY072) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>						
EBCA003	Suture de plaie de l'artère carotide commune, par cervicotomie et par thoracotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	596,98	554	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	291,57	140	1
<i>Coder éventuellement 1 : (YYYY072, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>						
04.03.04.02 Dilatation intraluminaire de l'artère carotide commune						
EBAF004	Dilatation intraluminaire de l'artère carotide commune cervicale sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	702	1
		<i>Indication : resténose intrastent, les lésions haut situées sous-pétreuses, les dysplasies</i>				
<i>Environnement : spécifique ; l'utilisation d'une protection cérébrale est fortement recommandée</i>						
<i>Facturation : les actes de dilatation intraluminaire d'artère carotide avec ou sans pose d'endoprothèse ne sont facturables que dans le cadre du protocole EVA3S</i>						
Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300, ZZLP008)						
EBAF010	Dilatation intraluminaire de l'artère carotide commune cervicale avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	842	1
		<i>Indication : resténose intrastent, les lésions haut situées sous-pétreuses, les dysplasies</i>				
<i>Environnement : spécifique ; l'utilisation d'une protection cérébrale est fortement recommandée</i>						
<i>Facturation : les actes de dilatation intraluminaire d'artère carotide avec ou sans pose d'endoprothèse ne sont facturables que dans le cadre du protocole EVA3S</i>						
Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300, ZZLP008)						
04.03.04.03 Désobstruction de l'artère carotide commune						
<i>Avec ou sans : angioplastie d'élargissement</i>						
EBFA005	Thrombectomie de l'artère carotide commune, par cervicotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	505,52	483	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	288,30	113	1
<i>Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>						
EBFA003	Thromboendartériectomie de l'artère carotide commune, par cervicotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	632,43	575	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	357,92	142	1
<i>Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>						
EBFA010	Thromboendartériectomie de l'artère carotide commune, par cervicotomie et par thoracotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	777,77	748	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	439,62	177	1
<i>Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>						
04.03.04.04 Pontage et réimplantation de l'artère carotide commune						
EBCA015	Pontage aortocarotidien, par cervicotomie et par thoracotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1065,63	739	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	422,39	261	1
<i>Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>						
EBCA004	Pontage croisé intercarotidien, par cervicotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	796,92	547	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	295,23	186	1
<i>Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>						
EBCA008	Pontage homolatéral carotidosubclavier ou carotidoaxillaire, par cervicotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	801,88	538	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	339,22	182	1
<i>Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>						
EBCA001	Pontage croisé carotidosubclavier ou carotidoaxillaire, par cervicotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	850,09	605	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	359,38	193	1
<i>Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>						

EBCA017	Pontage entre l'artère carotide commune et l'artère carotide interne homolatérale, par cervicotomie <i>Avec ou sans : revascularisation de l'artère carotide externe</i> Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	801,88	565	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	338,85	182	1
EBEA005	Réimplantation de l'artère carotide commune dans l'artère subclavière, par cervicotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (YYYY072) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	826,69	534	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	335,92	180	1
EBEA003	Réimplantation de l'artère subclavière dans l'artère carotide commune, par cervicotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (YYYY072) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	852,22	499	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	343,62	153	1
04.03.04.05 Remplacement de l'artère carotide commune						
EBKA001	Remplacement de l'artère carotide commune, par cervicotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (AAQP004, EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	708,29	477	1
EBKA003	Remplacement de l'artère carotide commune, par cervicotomie et par thoracotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (AAQP004, EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	305,50	157	1
		0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	848,10	792	1
EBFA021	Résection-anastomose de l'artère carotide commune, par cervicotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (AAQP004, YYYY072, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	249,04	105	1
		0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	522,50	375	1
EBFA020	Résection-anastomose de l'artère carotide commune, par cervicotomie et par thoracotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (AAQP004, YYYY072, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	284,60	130	1
		0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	621,79	563	1
04.03.04.07 Occlusion de l'artère carotide commune						
EBSA005	Occlusion progressive de l'artère carotide commune ou de l'artère carotide interne par pose de clamp, par cervicotomie Coder éventuellement 1 : (YYYY072) - 4 : (GELE001, YYYY041)	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	177,96	190	1
EBSA003	Ligature de l'artère carotide commune, par cervicotomie Coder éventuellement 1 : (YYYY072) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	148,09	62	1
		0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	154,56	163	1
04.03.05 Actes thérapeutiques sur la bifurcation carotidienne						
04.03.05.01 Dilatation intraluminale de la bifurcation carotidienne						
EBAF009	Dilatation intraluminale de la bifurcation carotidienne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée <i>Facturation : les actes de dilatation intraluminale d'artère carotide avec ou sans pose d'endoprothèse ne sont facturables que dans le cadre du protocole EVA3S</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300, ZZLP008)	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	531	1
EBAF011	Dilatation intraluminale de la bifurcation carotidienne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée <i>Facturation : les actes de dilatation intraluminale d'artère carotide avec ou sans pose d'endoprothèse ne sont facturables que dans le cadre du protocole EVA3S</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300, ZZLP008)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	567	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	336,66	117	1
EBAA002	Angioplastie d'élargissement de la bifurcation carotidienne sans thromboendartériectomie, par cervicotomie Coder éventuellement 14 : (YYYY013) - 1 : (YYYY072) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	571,45	523	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	336,66	117	1
04.03.05.02 Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne <i>Avec ou sans : thromboendartériectomie des artères carotides commune, interne et/ou externe</i>						
EBFA012	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne sans angioplastie d'élargissement, par cervicotomie sans dérivation vasculaire <i>À l'exclusion de : thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne par retournement, par cervicotomie sans dérivation vasculaire (EBFA008)</i> Coder éventuellement 14 : (AGQP005, AGQP006, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	627,00	553	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	350,59	129	1
EBFA006	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne sans angioplastie d'élargissement, par cervicotomie avec dérivation vasculaire <i>À l'exclusion de : thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne par retournement, par cervicotomie avec dérivation vasculaire (EBFA015)</i> Coder éventuellement 14 : (AGQP005, AGQP006, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	627,00	593	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	373,32	141	1
EBFA016	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne avec angioplastie d'élargissement, par cervicotomie sans dérivation vasculaire Coder éventuellement 14 : (AGQP005, AGQP006, YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	632,43	657	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	374,78	170	1
EBFA002	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne avec angioplastie d'élargissement, par cervicotomie avec dérivation vasculaire Coder éventuellement 14 : (AGQP005, AGQP006, YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	650,86	693	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	392,00	170	1
EBFA008	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne par retournement, par cervicotomie sans dérivation vasculaire Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	627,00	613	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	370,38	147	1

EBFA015	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne par retournement, par cervicotomie avec dérivation vasculaire	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	627,00 390,54	649 1 157 1
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
04.03.05.03 Autres actes sur la bifurcation carotidienne					
EBFA001	Exérèse d'une tumeur du glomus [corpuscule] carotidien avec conservation de l'axe carotidien, par cervicotomie	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U,X A,F,P,S,U	840,87 255,47	621 1 169 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (YYYY072) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
EBFA011	Exérèse d'une tumeur du glomus [corpuscule] carotidien avec reconstruction de l'axe carotidien, par cervicotomie	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U,X A,F,P,S,U	1101,79 393,11	996 1 222 1
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001) - 1 : (YYYY072) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
EBKA004	Remplacement de la bifurcation carotidienne ou de l'artère carotide interne extracrânienne, par cervicotomie	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	708,29 305,50	525 1 182 1
Avec ou sans : revascularisation de l'artère carotide externe Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001) - 1 : (YYYY072) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
04.03.06 Actes thérapeutiques sur les artères carotide interne extracrânienne et carotide externe					
04.03.06.01 Suture de plaie de l'artère carotide extracrânienne					
EBCA007	Suture de plaie de l'artère carotide interne extracrânienne, par cervicotomie	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X A,F,O,P,S,U	592,02 178,15	444 1 144 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY072) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
EBCA006	Suture de plaie de l'artère carotide externe, par cervicotomie	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X A,F,O,P,S,U	253,11 171,18	428 1 137 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY072) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
04.03.06.02 Dilatation intraluminaire de l'artère carotide extracrânienne					
EBAF003	Dilatation intraluminaire de l'artère carotide interne extracrânienne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	680 1
Indication : resténose intrastent, les lésions haut situées sous-pétreuses, les dysplasies Environnement : spécifique ; l'utilisation d'une protection cérébrale est fortement recommandée Facturation : les actes de dilatation intraluminaire d'artère carotide avec ou sans pose d'endoprothèse ne sont facturables que dans le cadre du protocole EVA3S Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300, ZZLP008)					
EBAF001	Dilatation intraluminaire de l'artère carotide interne extracrânienne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	313,50	816 1
Indication : resténose intrastent, les lésions haut situées sous-pétreuses, les dysplasies Environnement : spécifique ; l'utilisation d'une protection cérébrale est fortement recommandée Facturation : les actes de dilatation intraluminaire d'artère carotide avec ou sans pose d'endoprothèse ne sont facturables que dans le cadre du protocole EVA3S Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300, ZZLP008)					
EBAF005	Dilatation intraluminaire de l'artère carotide externe sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	510 1
Indication : resténose intrastent, les lésions haut situées sous-pétreuses, les dysplasies Environnement : spécifique ; l'utilisation d'une protection cérébrale est fortement recommandée Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300, ZZLP008)					
EBAF006	Dilatation intraluminaire de l'artère carotide externe avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	612 1
Indication : resténose intrastent, les lésions haut situées sous-pétreuses, les dysplasies Environnement : spécifique ; l'utilisation d'une protection cérébrale est fortement recommandée Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300, ZZLP008)					
04.03.06.03 Pontage de l'artère carotide extracrânienne					
EBCA010	Pontage artériel extra-intracrânien sans autogreffe, par craniotomie et par cervicotomie	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	526,22 328,22	558 1 200 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
EBCA011	Pontage artériel extra-intracrânien avec autogreffe, par craniotomie et par cervicotomie	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	750,12 469,90	821 1 307 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
EBCA002	Pontage de l'artère carotide externe, par cervicotomie	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	522,50 287,90	445 1 165 1
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
EBCA013	Pontage carotidohuméral ou subclaviohuméral, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	623,92 306,60	479 1 182 1
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
04.03.06.04 Résection de l'artère carotide interne					
EBFA019	Résection-anastomose de l'artère carotide interne, par cervicotomie	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	757,92 338,49	471 1 142 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (AAQP004, YYYY072, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
EBFA014	Résection de l'artère carotide interne avec réimplantation dans l'artère carotide commune, par cervicotomie	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	771,39 343,62	481 1 145 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (AAQP004, YYYY072, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
04.03.06.05 Occlusion de l'artère carotide extracrânienne					
EBNE002	Coagulation unilatérale de l'artère sphénoptalmine, par endoscopie nasale	0 1	F,I,O,P,S,U	150,15	68 1
Forfait : liste SE2 Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)					
EBNE001	Coagulation bilatérale de l'artère sphénoptalmine, par endoscopie nasale	0 1	F,I,O,P,S,U	224,07	90 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP042)					

EBSF003	Embolisation sélective ou hypersélective unilatérale ou bilatérale de branche de l'artère carotide externe, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	522,50	506	1		
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	229,90	125	1		
Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (YYYY041)								
EBSF004	Embolisation suprasélective unilatérale ou bilatérale de branche de l'artère carotide externe, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	522,50	618	1		
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	229,90	158	1		
Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (YYYY041)								
EBSA006	Ligature de l'artère carotide interne, par cervicotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	205,61	287	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	105,57	84	1		
Coder éventuellement 1 : (YYYY072) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
EBSA010	Ligature du tronc ou de branche de l'artère carotide externe, par cervicotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	192,85	256	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	98,97	73	1		
Coder éventuellement 1 : (YYYY072) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
EBSA001	Ligature de l'artère sphéno palatine ou de l'artère maxillaire, par abord transnasal ou transantral	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	203,28	278	1		
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	86,51	81	1		
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
EBSA008	Ligature unilatérale de l'artère ethmoïdale antérieure et/ou de l'artère ethmoïdale postérieure	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	166,32	222	1		
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	78,81	60	1		
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
EBSA004	Ligature bilatérale de l'artère ethmoïdale antérieure et/ou de l'artère ethmoïdale postérieure	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	210,09	256	1		
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	95,67	73	1		
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
EBSA009	Ligature de l'artère sphéno palatine et de l'artère ethmoïdale	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	248,71	420	1		
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	125,00	129	1		
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
04.03.06.06 Autres actes thérapeutiques sur l'artère carotide extracrânienne		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EBFA009	Thromboendartériectomie de l'artère carotide externe, par cervicotomie <i>Avec ou sans : angioplastie d'élargissement</i>	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	522,50	449	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	238,42	133	1		
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
EBKA002	Remplacement de l'artère carotide interne, par cervicotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	894,05	576	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	357,92	162	1		
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (AAQP004, EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
04.03.07 Actes thérapeutiques sur les artères vertébrale et basilaire		<i>Comprend : actes thérapeutiques sur l'artère vertébrale :</i>						
		<i>- proximale [segment V1]</i>						
		<i>- distale [segments V2, V3 et V4]</i>						
04.03.07.01 Suture de plaie de l'artère vertébrale		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EBCA016	Suture de plaie de l'artère vertébrale proximale, par cervicotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U,X	708,29	476	1		
		0 4 Y	A,F,P,S,U	266,86	157	1		
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
04.03.07.02 Dilatation intraluminaire des artères vertébrale et basilaire		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EBAF013	Dilatation intraluminaire de l'artère vertébrale extracrânienne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée <i>Indication : sténose serrée symptomatique, non calcifiée, sur artère vertébrale dominante ou unique</i> <i>Environnement : spécifique</i>	0 1 Y		0,00	700	1		
		Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
EBAF014	Dilatation intraluminaire de l'artère vertébrale extracrânienne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée <i>Indication : sténose serrée symptomatique, non calcifiée, sur artère vertébrale dominante ou unique</i> <i>Environnement : spécifique</i>	0 1 Y		0,00	750	1		
		Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
EAAF903	Dilatation intraluminaire de l'artère vertébrale intracrânienne ou de l'artère basilaire sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y		0,00	539	1		
		Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
EAAF902	Dilatation intraluminaire de l'artère vertébrale intracrânienne ou de l'artère basilaire avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y		0,00	647	1		
		Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
04.03.07.03 Pontage et réimplantation de l'artère vertébrale		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EBCA014	Pontage carotidovertébral proximal ou subclaviovertébral proximal, par cervicotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	808,26	517	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	339,22	151	1		
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
EBCA005	Pontage carotidovertébral distal ou subclaviovertébral distal, par cervicotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1042,23	773	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	352,05	226	1		
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY072, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
EBEA002	Réimplantation de l'artère vertébrale proximale dans l'artère subclavière ou dans l'artère carotide commune, par cervicotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	867,11	517	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	339,22	151	1		
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001) - 1 : (YYYY072) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
EBEA004	Réimplantation de l'artère vertébrale distale dans l'artère carotide interne ou dans l'artère carotide externe, par cervicotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1057,83	773	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	352,05	226	1		
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001) - 1 : (YYYY072) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
04.03.07.04 Occlusion de l'artère vertébrale		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EBSA007	Ligature de l'artère vertébrale proximale, par cervicotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	200,57	284	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	157,99	109	1		
Coder éventuellement 14 : (ACQP002) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
EBSA002	Ligature de l'artère vertébrale distale, par cervicotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	272,12	341	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	189,14	134	1		
Coder éventuellement 14 : (ACQP002) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
04.03.07.05 Autres actes thérapeutiques sur l'artère vertébrale		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex

EBFA018	Résection-anastomose ou remplacement de l'artère vertébrale proximale, par cervicotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	813,93	420	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	267,01	139	1
EBFA017	Thromboendartériectomie de l'artère vertébrale proximale, par cervicotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	807,55	420	1
	<i>Avec ou sans : angioplastie d'élargissement</i>	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	267,01	139	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
EBPA003	Décompression de l'artère vertébrale intratransversaire, par cervicotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	659,45	597	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	352,05	208	1

04.03.08 Actes thérapeutiques sur les artères intracrâniennes

04.03.08.01 Inversion du flux d'un anévrisme artériel intracrânien

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EACF002	0	1	Y		0,00	637	1
	0	4	Y	A	0,00	146	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)						
EACF001	0	1	Y	F,U	0,00	730	1
	0	4	Y	A,F,U	0,00	170	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)						

04.03.08.02 Dilatation intraluminaire d'artère intracrânienne

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EAAF004	0	1	Y		0,00	519	1
	0	4	Y	A	0,00	131	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)						
EAAF002	0	1	Y		0,00	623	1
	0	4	Y	A	0,00	140	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)						
EAAF901	0	1	Y		0,00	519	1
	0	4	Y	A	0,00	131	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)						
EAAF900	0	1	Y		0,00	623	1
	0	4	Y	A	0,00	140	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)						

04.03.08.03 Désobstruction d'artère intracrânienne

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EANF002	0	1	Y	F,P,S,U	313,50	545	1
	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	137,41	121	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY250, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EAJF341	0	1	Y	F	942,20	0	1
	0	4	Y	A,F	287,56	0	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

04.03.08.04 Embolisation distale de l'artère carotide interne

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EASF014	0	1	Y	F,P,S,U	522,50	545	1
	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	229,90	121	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EASF004	0	1	Y	F,P,S,U	522,50	591	1
	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	229,90	133	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

04.03.08.05 Occlusion et exclusion d'anévrisme artériel intracrânien

Le traitement d'un anévrisme artériel intracrânien, par craniotomie inclut l'évacuation d'hématome intracrânien associé.

EASF011	0	1	Y		522,50	761	1
	0	4	Y	7,A	229,90	178	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EASF010	0	1	Y	F,P,S,U	522,50	884	1
	0	4	Y	A,F,P,S,U	272,87	210	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

EASF001	Oblitération de plusieurs anévrismes sacculaires artériels intracrâniens en dehors d'une période aiguë hémorragique, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y 0 4 Y		7,A	522,50 243,12	884 1 210 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EASF013	Oblitération de plusieurs anévrismes sacculaires artériels intracrâniens en période aiguë hémorragique, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U A,F,P,S,U		522,50 286,44	946 1 226 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EASF008	Oblitération intraluminale d'une artère intracrânienne porteuse d'un anévrisme en dehors d'une période aiguë hémorragique, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y 0 4 Y		7,A	522,50 229,90	637 1 146 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EASF007	Oblitération intraluminale d'une artère intracrânienne porteuse d'un anévrisme en période aiguë hémorragique, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U A,F,P,S,U		522,50 229,90	637 1 146 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EACA007	Exclusion d'un anévrisme artériel supratentorial d'un diamètre inférieur ou égal à 20 mm, par craniotomie	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U		846,55 602,28	615 1 223 1
Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGQC001, AGQP005, AGQP006) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EACA004	Exclusion d'un anévrisme artériel vertébrobasilaire d'un diamètre inférieur ou égal à 20 mm, par craniotomie	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U		1046,3 671,19	784 1 234 1
Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGQC001, AGQP004, AGQP005, AGQP006) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EACA003	Exclusion d'un anévrisme artériel intracrânien d'un diamètre supérieur à 20 mm, par craniotomie <i>Exclusion d'un anévrisme géant</i>	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X A,F,O,P,S,U		1349,9 634,53	784 1 238 1
Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGQC001, AGQP004, AGQP005, AGQP006) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EACA002	Exclusion d'anévrismes artériels intracrâniens multiples, par craniotomie unique	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U		1098,2 604,77	735 1 254 1
Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGQC001, AGQP004, AGQP005, AGQP006) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EABA001	Enrobage d'un anévrisme artériel intracrânien, par craniotomie	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U		730,89 638,20	670 1 242 1
Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGQP004, AGQP005, AGQP006) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

04.03.09 Actes thérapeutiques sur les artères du membre supérieur

Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées avec les codes marqués d'un symbole distinctif pour préciser la topographie artérielle au membre supérieur :

- A artère subclavière en aval de l'ostium de l'artère vertébrale
- B artère axillaire
- C artère humérale
- D artère radiale
- E artère ulnaire

04.03.09.01 Suture de plaie d'artère du membre supérieur

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ECCA004	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U,X			216,25	171	1
À l'exclusion de : suture de plaie							
- de l'artère subclavière, par cervicotomie (ECCA010)							
- d'une artère de la main, sur un rayon de la main (ECCA005)							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
ECCA010	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X A,F,M,O,P,S,U			708,29 333,94	288 1 161 1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
ECCA005	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U A,F,M,O,P,S,U			209,00 130,76	185 1 63 1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
ECCA001	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U A,F,M,O,P,S,U			365,75 193,01	355 1 105 1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

04.03.09.02 Dilataction intraluminale et pose de prothèse d'artère du membre supérieur

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ECAF002	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U			313,50	365	1
Dilatation intraluminale d'une artère du membre supérieur sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée							
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP008)							
ECAF001	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U			313,50	415	1
Dilatation intraluminale d'une artère du membre supérieur avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée							
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP008)							
ECLF003	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U			313,50	375	1
Pose d'endoprothèse couverte dans une artère du membre supérieur, par voie artérielle transcutanée							
Indication : fistule artérioveineuse, rupture, anévrismes, faux anévrismes, sténose itérative au niveau d'une endoprothèse vasculaire et dissection							
Environnement : spécifique							
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP008)							

04.03.09.03 Désobstruction d'artère du membre supérieur

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ECNF002	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U			313,50 94,05	471 1 122 1	
Fibrinolyse in situ sélective ou hypersélective d'une artère ou d'un pontage artériel du membre supérieur, par voie artérielle transcutanée							
Coder éventuellement 1 : (YYYY250, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							
ECNF001	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U			313,50 94,05	513 1 135 1	
Fibrinolyse in situ suprasélective d'une artère ou d'un pontage artériel du membre supérieur, par voie artérielle transcutanée							
Coder éventuellement 1 : (YYYY250, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							

ECPF003	Recanalisation d'une artère du membre supérieur sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée <i>Environnement : spécifique</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP008)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	426	1
ECPF002	Recanalisation d'une artère du membre supérieur avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée <i>Environnement : spécifique</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP008)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	503	1
ECPF001	Recanalisation d'une artère du membre supérieur avec pose d'endoprothèse couverte, par voie artérielle transcutanée <i>Indication : rupture artérielle et ses complications, thrombose d'endoprothèse</i> <i>Environnement : spécifique</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP008)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	497	1
ECJF001	Thromboaspiration d'artère ou de pontage artériel du membre supérieur, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP008)	0 1 Y	F,P,S,U	209,00	405	1
ECFA002	Thrombectomie d'une artère du membre supérieur, par abord direct Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	209,86 128,22	149 74	1 1
ECFA004	Thromboendartériectomie de l'artère subclavière, par cervicotomie <i>Avec ou sans : angioplastie d'élargissement</i> Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	569,33 251,98	292 153	1 1
ECFA003	Thromboendartériectomie de l'artère subclavière, par thoracotomie <i>Avec ou sans : angioplastie d'élargissement</i> Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	710,03 381,74	346 177	1 1
04.03.09.04 Pontage d'artère du membre supérieur						
ECFA007	Pontage homolatéral subclavioaxillaire, par abord direct Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	525,37 253,08	296 161	1 1
ECFA009	Pontage croisé intersubclavier, interaxillaire ou intersubclavioaxillaire, par cervicotomie Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	850,09 262,98	335 185	1 1
ECFA003	Pontage d'une artère du membre supérieur, par abord direct <i>À l'exclusion de : pontage d'une artère de la main, par abord direct (ECFA002)</i> <i>Avec ou sans : mise à plat ou exclusion d'anévrisme</i> Coder éventuellement 14 : (EPFA006, YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	319,05 161,15	243 125	1 1
ECFA002	Pontage d'une artère de la main, par abord direct <i>Avec ou sans : mise à plat ou exclusion d'anévrisme</i> Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	462,27 146,30	355 189	1 1
04.03.09.05 Résection-anastomose d'artère du membre supérieur						
ECFA005	Résection-anastomose d'artère du membre supérieur, par abord direct <i>À l'exclusion de : résection-anastomose de l'artère subclavière, par cervicotomie (ECFA006)</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	313,50 146,30	173 85	1 1
ECFA006	Résection-anastomose de l'artère subclavière, par cervicotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	758,63 254,91	302 159	1 1
04.03.09.06 Reconstruction et remplacement d'artère du membre supérieur						
ECMA001	Reconstruction de l'artère et/ou de la veine subclavière avec résection de côte, par abord direct <i>Avec ou sans : libération du plexus brachial</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	834,49 284,97	614 208	1 1
ECKA002	Remplacement de l'artère subclavière, par cervicotomie Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	808,97 259,31	534 177	1 1
04.03.09.07 Occlusion d'artère du membre supérieur						
ECSF008	Embolisation sélective ou hypersélective d'une artère du membre supérieur, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	355,30 94,05	410 125	1 1
ECSF002	Embolisation suprasélective d'une artère du membre supérieur, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	355,30 94,05	527 145	1 1
ECNH001	Sclérose d'une tumeur ou d'une malformation vasculaire du membre supérieur, par injection transcutanée intralésionnelle d'agent pharmacologique avec guidage radiologique Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP025)	0 1	F,P,S,U,X	381,47	449	1
ECSF003	Oblitération d'un anévrisme sacculaire artériel du membre supérieur, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	355,30 94,05	467 125	1 1
ECSF001	Oblitération de plusieurs anévrismes sacculaires artériels du membre supérieur, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U,X 7,A,F,P,S,U	535,71 94,05	554 154	1 1
ECSA003	Ligature d'une artère du membre supérieur, par abord direct <i>À l'exclusion de : ligature de l'artère subclavière, par cervicotomie (ECSA001)</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X A,F,O,P,S,U	131,87 116,56	205 49	1 1
ECSA001	Ligature de l'artère subclavière, par cervicotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	199,74 187,68	356 104	1 1
04.03.09.08 Chimiothérapie anticancéreuse intraartérielle au membre supérieur						
		Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex

ECLF005	Injection intraartérielle in situ sélective ou hypersélective d'agent pharmacologique anticancéreux au membre supérieur, par voie artérielle transcutanée	0	1	Y				153,60	290	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300, ZZLP025)									
ECLF006	Injection intraartérielle in situ suprasélective d'agent pharmacologique anticancéreux au membre supérieur, par voie artérielle transcutanée	0	1	Y				153,60	320	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300, ZZLP025)									
04.03.10 Autres actes thérapeutiques sur les troncs supraaortiques										
EBNF001	Fibrinolyse in situ sélective ou hypersélective d'une artère extracrânienne à destination cervicocéphalique, par voie artérielle transcutanée	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1	Y		F,P,S,U		313,50	200	1
		0	4	Y		7,A,F,P,S,U		94,05	103	1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : spécifique Coder éventuellement 1 : (YYYY250, YYYY300) - 4 : (YYYY041)									
EBNF002	Fibrinolyse in situ suprasélective d'une artère extracrânienne à destination cervicocéphalique, par voie artérielle transcutanée	0	1	Y		F,P,S,U		313,50	200	1
		0	4	Y		7,A,F,P,S,U		94,05	120	1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : spécifique Coder éventuellement 1 : (YYYY250, YYYY300) - 4 : (YYYY041)									
EBFA013	Thrombectomie d'un pontage ou d'une thromboendartériectomie d'artère à destination cervicocéphalique, par cervicotomie	0	1	Y		F,J,K,O,P,S,T,U		313,50	292	1
		0	4	Y		A,F,O,P,S,U		260,81	85	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
EBFA004	Thrombectomie d'un pontage ou d'une thromboendartériectomie des troncs supraaortiques, par thoracotomie	0	1	Y		F,J,K,O,P,S,T,U		522,50	579	1
		0	4	Y		A,F,O,P,S,U		342,16	176	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
EBLF002	Injection intraartérielle cervicocéphalique in situ sélective ou hypersélective d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie artérielle transcutanée	0	1	Y				153,60	190	1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : spécifique Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300, ZZLP025)									
EBLF003	Injection intraartérielle cervicocéphalique in situ suprasélective d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie artérielle transcutanée	0	1	Y				153,60	210	1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : spécifique Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300, ZZLP025)									
EBLA001	Pose d'un cathéter dans une artère cervicocéphalique pour chimiothérapie, par cervicotomie	0	1	Y		I,J,K,T		145,35	100	1
		0	4	Y		A		57,60	56	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
EBSA012	Hémostase secondaire à un acte sur les vaisseaux cervicocéphaliques, par cervicotomie	0	1	Y		F,I,J,K,O,P,S,T,U,X		315,51	301	1
		0	4	Y		A,F,O,P,S,U		219,93	99	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									

04.03.11 Actes thérapeutiques sur l'aorte abdominale et les artères iliaque commune et iliaque externe

Comprend : actes thérapeutiques sur :

- l'aorte abdominale suprarénale [segment 4]
- l'aorte abdominale infrarénale [segment 5]
- la bifurcation aorto-iliaque
- l'artère iliaque commune
- l'artère iliaque externe

04.03.11.01 Suture de plaie de l'aorte abdominale et des artères iliaque commune et iliaque externe

DGCA001	Suture de plaie de l'aorte abdominale, d'une artère iliaque commune et/ou d'une artère iliaque externe, par laparotomie	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1	Y		F,I,J,K,O,P,S,T,U,X		571,45	342	1
		0	4	Y		A,F,O,P,S,U		300,87	181	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									

04.03.11.02 Dilatation intraluminaire de l'aorte abdominale et des artères iliaque commune et iliaque externe

DGAF008	Dilatation intraluminaire de l'aorte abdominale sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0	1	Y		F,J,K,O,P,S,T,U		355,30	404	1
		0	4	Y		7,A,F,O,P,S,U		94,55	92	1
	À l'exclusion de : dilatation intraluminaire d'une coarctation de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée (DGAF003) Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)									
DGAF005	Dilatation intraluminaire de l'aorte abdominale avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0	1	Y		F,J,K,O,P,S,T,U		355,30	449	1
		0	4	Y		7,A,F,O,P,S,U		94,55	105	1
	À l'exclusion de : dilatation intraluminaire d'une coarctation de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée (DGAF003) Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)									
EDAF002	Dilatation intraluminaire de l'artère iliaque commune et/ou de l'artère iliaque externe sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0	1	Y		F,J,K,O,P,S,T,U		313,50	363	1
		0	4	Y		7,A,F,O,P,S,T,U		94,05	80	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)									
EDAF003	Dilatation intraluminaire de l'artère iliaque commune et/ou de l'artère iliaque externe avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0	1	Y		F,J,K,O,P,S,T,U		313,50	404	1
		0	4	Y		7,A,F,O,P,S,T,U		94,05	92	1
	Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)									

04.03.11.03 Désobstruction de l'aorte abdominale et des artères iliaque commune et iliaque externe

DGPF001	Désobstruction de la bifurcation aortique, par voie artérielle transcutanée	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1	Y		F,J,K,O,P,S,T,U		512,05	700	1
		0	4	Y		7,A,F,O,P,S,U		141,08	150	1
	Fibrinolyse in situ de la bifurcation aortique, par voie artérielle transcutanée Thromboaspiration de la bifurcation aortique, par voie artérielle transcutanée Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY240, YYYY300) - 4 : (YYYY041)									

DGPFO02	Recanalisation de la bifurcation aortique avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée bilatérale	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	512,05	611	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	141,08	131	1
<i>Indication : sujet âgé à risque chirurgical élevé ; alternative thérapeutique chez le sujet jeune pour éviter les complications de la chirurgie conventionnelle</i>						
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
<i>Environnement : spécifique</i>						
Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY240, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EDPF008	Recanalisation de l'artère iliaque commune et/ou de l'artère iliaque externe sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	532	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	94,05	107	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EDPF009	Recanalisation de l'artère iliaque commune et/ou de l'artère iliaque externe avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	583	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	94,05	120	1
<i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>						
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EDPF006	Recanalisation de l'artère iliaque commune et/ou de l'artère iliaque externe avec pose d'endoprothèse couverte, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	583	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	94,05	120	1
<i>Indication : sujet âgé à risque chirurgical élevé ; alternative thérapeutique chez le sujet jeune pour éviter les complications de la chirurgie conventionnelle</i>						
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
<i>Environnement : spécifique</i>						
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
DGFA010	Thrombectomie de l'aorte abdominale, de l'artère iliaque commune et/ou de l'artère iliaque externe, par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	607,61	417	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	306,55	165	1
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DGFA004	Thrombectomie de l'aorte abdominale, de l'artère iliaque commune et/ou de l'artère iliaque externe, par abord inguinfémoral bilatéral	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	548,63	368	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	329,18	143	1
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DGFA005	Thrombectomie d'un pontage ou d'une thromboendartériectomie de l'aorte abdominale ou de ses branches, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	625,34	491	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	307,00	200	1
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DGFA012	Thrombectomie d'un pontage ou d'une thromboendartériectomie de l'aorte abdominale ou de ses branches, par abord inguinfémoral	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	490,63	323	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	205,83	121	1
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DGFA011	Thromboendartériectomie du tronc et de branche viscérale de l'aorte juxtadiaphragmatique, par thoraco-phréno-laparotomie sans CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1645,59	118	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	792,88	523	1
Coder éventuellement 14 : (EZSF001, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DGFA001	Thromboendartériectomie du tronc de l'aorte abdominale, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	807,55	459	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	401,90	197	1
<i>Avec ou sans : angioplastie d'élargissement</i>						
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DGFA009	Thromboendartériectomie aorto-iliaque unilatérale, par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	763,59	503	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	361,95	206	1
<i>Avec ou sans : angioplastie d'élargissement</i>						
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DGFA003	Thromboendartériectomie aortobisiliaque, par laparotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1011,74	592	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	464,12	247	1
<i>Avec ou sans : angioplastie d'élargissement</i>						
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DGFA007	Thromboendartériectomie aorto-ilio-fémorale unilatérale, par laparotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	879,16	563	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	446,56	233	1
<i>Avec ou sans : angioplastie d'élargissement</i>						
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DGFA008	Thromboendartériectomie aorto-ilio-fémorale bilatérale, par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1264,86	804	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	637,82	347	1
<i>Avec ou sans : angioplastie d'élargissement</i>						
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EDFA006	Thromboendartériectomie iliaque, par laparotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	606,20	402	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	278,28	158	1
<i>Avec ou sans : angioplastie d'élargissement</i>						
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EDFA003	Thromboendartériectomie iliofémorale, par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	651,57	437	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	289,41	174	1
<i>Avec ou sans : angioplastie d'élargissement</i>						
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EDFA007	Thromboendartériectomie iliofémorale, par abord inguinfémoral	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	418,00	400	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	246,14	100	1
<i>Avec ou sans : angioplastie d'élargissement</i>						
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

04.03.11.04 Pontage de l'aorte abdominale et de l'artère iliaque commune

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DGCA012	Pontage aortoartique infrarénal par laparotomie, avec clampage suprarénal	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U		894,76	471	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U		444,37	198	1
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA002, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
DGCA007	Pontage aortoartique infrarénal par laparotomie, avec clampage infrarénal	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U		788,41	451	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U		444,37	198	1
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA002, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)							

DGCA005	Pontage aortohépatique, par laparotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	878,45	558	1
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, ENFA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	350,59	232	1
DGCA016	Pontage antérograde aortomésentérique supérieur, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	916,03	582	1
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, ENFA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	363,41	244	1
DGCA014	Pontage rétrograde aortomésentérique ou iliomésentérique supérieur, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	817,48	516	1
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA002, ENFA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	329,33	212	1
DGCA018	Pontage aortorénal antérograde unilatéral, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	926,66	540	1
	Coder éventuellement 14 : (ENFA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	397,87	223	1
DGCA024	Pontage aortorénal rétrograde unilatéral, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	801,88	506	1
	Coder éventuellement 14 : (ENFA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	376,24	207	1
DGCA021	Pontage aortobirénal, par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1108,1	634	1
	Coder éventuellement 14 : (ENFA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	438,81	268	1
DGCA019	Pontage aortofémoral unilatéral, par laparotomie avec clampage suprarénal	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	891,92	493	1
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA002, EDEA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	323,04	202	1
DGCA009	Pontage aortofémoral unilatéral, par laparotomie avec clampage infrarénal	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	785,57	474	1
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA002, EDEA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	313,88	193	1
DGCA026	Pontage bifurqué aortobisiliaque, par laparotomie avec clampage suprarénal	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1067,0	553	1
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA002, EDEA003, ENFA003, EZSF001, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	488,98	229	1
DGCA022	Pontage bifurqué aortobisiliaque, par laparotomie avec clampage infrarénal	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	960,70	530	1
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA002, EDEA003, ENFA003, EZSF001, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	475,80	219	1
DGCA010	Pontage bifurqué aortobifémoral, par laparotomie avec clampage suprarénal	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1108,1	617	1
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA002, EDEA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	505,90	259	1
DGCA004	Pontage bifurqué aortobifémoral, par laparotomie avec clampage infrarénal	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1001,8	597	1
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA002, EDEA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	493,44	250	1
DGCA030	Pontage bifurqué aortobifémoral itératif [redux] sans ablation de prothèse, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1302,4	579	1
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA002, EDEA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	616,60	270	1
DGCA020	Pontage bifurqué aorto-ilio-fémoral, par laparotomie avec clampage suprarénal	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1110,2	609	1
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA002, EDEA003, EZSF001, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	477,26	256	1
DGCA029	Pontage bifurqué aorto-ilio-fémoral, par laparotomie avec clampage infrarénal	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1003,9	590	1
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA002, EDEA003, EZSF001, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	465,90	246	1
EDCA003	Pontage artériel croisé ilio-iliaque, iliofémoral ou fémorofémoral, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	551,60	411	1
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	267,01	146	1
DGCC812	Acte CCAM descriptif sans code père					
	Descriptif : DGCC812-01 Pontage aortoartique infrarénal par cœlioscopie, avec clampage suprarénal					
DGCC807	Acte CCAM descriptif sans code père					
	Descriptif : DGCC807-01 Pontage aortoartique infrarénal par cœlioscopie, avec clampage infrarénal					
DGCC859	Acte CCAM descriptif sans code père					
	Descriptif : DGCC859-01 Pontage aortofémoral unilatéral, par cœlioscopie avec clampage suprarénal					
DGCC822	Acte CCAM descriptif sans code père					
	Descriptif : DGCC822-01 Pontage aortofémoral unilatéral, par cœlioscopie avec clampage infrarénal					
DGCC857	Acte CCAM descriptif sans code père					
	Descriptif : DGCC857-01 Pontage bifurqué aortobisiliaque, par cœlioscopie avec clampage suprarénal					
DGCC862	Acte CCAM descriptif sans code père					
	Descriptif : DGCC862-01 Pontage bifurqué aortobisiliaque, par cœlioscopie avec clampage infrarénal					
DGCC825	Acte CCAM descriptif sans code père					
	Descriptif : DGCC825-01 Pontage bifurqué aortobifémoral, par cœlioscopie avec clampage suprarénal					
DGCC846	Acte CCAM descriptif sans code père					
	Descriptif : DGCC846-01 Pontage bifurqué aortobifémoral, par cœlioscopie avec clampage infrarénal					
DGCC810	Acte CCAM descriptif sans code père					
	Descriptif : DGCC810-01 Pontage bifurqué aortobifémoral itératif [redux] sans ablation de prothèse, par cœlioscopie					
DGCC872	Acte CCAM descriptif sans code père					
	Descriptif : DGCC872-01 Pontage bifurqué aorto-ilio-fémoral, par cœlioscopie avec clampage suprarénal					
DGCC835	Acte CCAM descriptif sans code père					
	Descriptif : DGCC835-01 Pontage bifurqué aorto-ilio-fémoral, par cœlioscopie avec clampage infrarénal					
	04.03.11.05					
DGPA017	Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal non rompu avec remplacement prothétique aortoartique infrarénal, par laparotomie avec clampage suprarénal	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	951,48	486	1
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA002, EDEA003, EZSF001, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	479,20	221	1

DGPA005	Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal non rompu avec remplacement prothétique aorto-aortique infrarénal, par laparotomie avec clampage infrarénal	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	845,13	466	1		
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	464,17	212	1		
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA002, EDEA003, EZSF001, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
DGPA008	Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal ou aortobisiliaque non rompu avec remplacement prothétique aortobisiliaque, par laparotomie avec clampage suprarénal	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1347,10	590	1		
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	553,50	261	1		
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA002, EDEA003, EZSF001, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
DGPA012	Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal ou aortobisiliaque non rompu avec remplacement prothétique aortobisiliaque, par laparotomie avec clampage infrarénal	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1240,75	570	1		
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	539,58	252	1		
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA002, EDEA003, EZSF001, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
DGPA013	Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal ou aortobisiliaque non rompu avec remplacement prothétique aortobifémoral, par laparotomie avec clampage suprarénal	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1295,34	649	1		
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	554,97	280	1		
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA002, EDEA003, EZSF001, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
DGPA010	Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal ou aortobisiliaque non rompu avec remplacement prothétique aortobifémoral, par laparotomie avec clampage infrarénal	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1188,99	629	1		
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	516,90	271	1		
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA002, EDEA003, EZSF001, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
DGPA018	Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal ou aortobisiliaque rompu avec remplacement prothétique, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1644,88	723	1		
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	611,06	271	1		
	Coder éventuellement 14 : (EDEA002, EDEA003, EZSF001, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
DGPA001	Mise à plat d'un anévrisme aorto-ilio-fémoral avec remplacement prothétique bifurqué aorto-ilio-fémoral, par laparotomie avec clampage suprarénal	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1220,19	661	1		
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	564,13	287	1		
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA002, EDEA003, EZSF001, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
DGPA016	Mise à plat d'un anévrisme aorto-ilio-fémoral avec remplacement prothétique bifurqué aorto-ilio-fémoral, par laparotomie avec clampage infrarénal	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	1113,84	642	1		
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	551,30	277	1		
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA002, EDEA003, EZSF001, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
EDPA005	Mise à plat d'un anévrisme iliaque avec remplacement prothétique aorto-iliaque ou aortofémoral unilatéral, par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	856,47	513	1		
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	358,23	215	1		
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA003, EZSF001, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
EDPA001	Mise à plat d'un anévrisme iliaque avec remplacement prothétique ilio-iliaque ou iliofémoral unilatéral, par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	723,89	429	1		
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	313,88	175	1		
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA003, EZSF001, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
DGCC852	Acte CCAM descriptif sans code père Descriptif : DGCC852-01 Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal non rompu avec pose d'élément prothétique aorto-aortique infrarénal, par coelioscopie avec clampage suprarénal							
DGPC836	Acte CCAM descriptif sans code père Descriptif : DGPC836-01 Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal non rompu avec pose d'élément prothétique aorto-aortique infrarénal, par coelioscopie avec clampage infrarénal							
DGPC810	Acte CCAM descriptif sans code père Descriptif : DGPC810-01 Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal ou aortobisiliaque non rompu avec pose d'élément prothétique aortobisiliaque, par coelioscopie avec clampage suprarénal							
DGPC846	Acte CCAM descriptif sans code père Descriptif : DGPC846-01 Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal ou aortobisiliaque non rompu avec pose d'élément prothétique aortobisiliaque, par coelioscopie avec clampage infrarénal							
DGPC807	Acte CCAM descriptif sans code père Descriptif : DGPC807-01 Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal ou aortobisiliaque non rompu avec pose d'élément prothétique aortobifémoral, par coelioscopie avec clampage suprarénal							
DGPC866	Acte CCAM descriptif sans code père Descriptif : DGPC866-01 Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal ou aortobisiliaque non rompu avec pose d'élément prothétique aortobifémoral, par coelioscopie avec clampage infrarénal							
DGPC858	Acte CCAM descriptif sans code père Descriptif : DGPC858-01 Mise à plat d'un anévrisme aorto-ilio-fémoral avec avec pose d'élément prothétique bifurqué aorto-ilio-fémoral, par coelioscopie avec clampage suprarénal							
DGPC809	Acte CCAM descriptif sans code père Descriptif : DGPC809-01 Mise à plat d'un anévrisme aorto-ilio-fémoral avec pose d'élément prothétique bifurqué aorto-ilio-fémoral, par coelioscopie avec clampage infrarénal							
	04.03.11.06 Résection-anastomose et remplacement de l'aorte abdominale et de l'artère iliaque commune	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DGFA015	Résection-anastomose de l'aorte abdominale ou de l'artère iliaque commune, par laparotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	604,78	410	1		
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	278,37	169	1		
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
DGKA004	Remplacement de l'aorte abdominale ou de l'artère iliaque commune, par laparotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	665,04	471	1		
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	310,63	199	1		
	Coder éventuellement 14 : (EDAA003, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
	04.03.11.07 Ablation de prothèse de l'aorte abdominale	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex

DGGA003 Ablation de prothèse de l'aorte abdominale avec pontage aortobiliaque ou aortobifémoral, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (EPFA006, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1738,47	962	1
	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	648,03	430	1
DGGA002 Ablation de prothèse de l'aorte abdominale avec pontage axillobifémoral, par abord direct Coder éventuellement 14 : (EPFA006, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	1896,58	953	1
	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	635,29	364	1

04.03.11.08 Pose d'endoprothèse dans l'aorte abdominale et l'artère iliaque commune

Par anévrisme complexe de l'aorte abdominale on entend : anévrisme de l'aorte intéressant les artères viscérales : tronc coeliaque, mésentérique, rénale, caractérisé par l'absence de collet individualisable ou avec un collet anévrisimal de moins de 15 mm de longueur

DGLF012 Pose d'endoprothèse fenêtrée ou multibranche dans l'aorte abdominale pour anévrisme complexe, par voie artérielle transcutanée Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale Formation : selon avis du 29 octobre 2008 de la Haute autorité de santé [HAS] Environnement : conforme aux conditions d'exécution figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale Recueil prospectif de données : recueil de données supplémentaires spécifiques Facturation : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité de chirurgie et d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	1693,09	173	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	442,40	373	1

DGLF005 Pose d'endoprothèse couverte rectiligne dans l'aorte abdominale infrarénale, par voie artérielle transcutanée Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : conforme aux conditions d'exécution figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale Recueil prospectif de données : nécessaire Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (EDQJ900, YYYY200, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	522,50	300	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	229,90	110	1

DGLF002 Pose d'endoprothèse couverte aorto-uniliaque, par voie artérielle transcutanée Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : conforme aux conditions d'exécution figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale Recueil prospectif de données : nécessaire Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY200, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	522,50	300	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	229,90	100	1

DGLF001 Pose d'endoprothèse couverte bifurquée aortobiliaque, par voie artérielle transcutanée Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : conforme aux conditions d'exécution figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale Recueil prospectif de données : nécessaire Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY200, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	522,50	300	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	229,90	130	1

EDLF005 Pose d'endoprothèse couverte iliaque par voie artérielle transcutanée Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : conforme aux conditions d'exécution figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale Recueil prospectif de données : nécessaire ; constitution d'un registre Facturation : anévrisme anatomiquement favorable Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	397,10	450	1
	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	146,30	100	1

EDLF004 Pose d'endoprothèse couverte dans l'artère iliaque commune et/ou l'artère iliaque externe avec embolisation de l'artère iliaque interne, par voie artérielle transcutanée Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : conforme aux conditions d'exécution figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale Recueil prospectif de données : nécessaire Coder éventuellement 1 : (YYYY270, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	574,75	572	1
	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	193,33	142	1

04.03.11.09 Fermeture de fistule aortique abdominale

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DGSA004 Fermeture de fistule aortodigestive ou iliodigestive avec pontage aortoartique abdominal, par laparotomie Traitement de fistule de prothèse de l'aorte abdominale avec pontage aortoartique Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,I,J,K,P,S,T,U,X	1820,71	102	1
	0 4 Y			4,A,F,P,S,U	578,14	522	1
DGSA001 Fermeture de fistule aortodigestive ou iliodigestive avec pontage non anatomique de l'aorte abdominale, par abord direct Traitement de fistule de prothèse de l'aorte abdominale avec pontage non anatomique Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	1820,71	961	1
	0 4 Y			A,F,O,P,S,U	578,14	522	1

DGSA002	Fermeture de fistule artérioveineuse aortocave, iliocave ou ilio-iliaque avec pontage artériel, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	1161,60	706 1
	<i>Avec ou sans : mise à plat d'anévrisme aorto-iliaque</i>	0 4 Y	4,A,F,P,S,U	462,23	339 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				

04.03.11.10 Autres actes thérapeutiques sur l'aorte abdominale et les artères iliaque commune et iliaque externe

DGSA005	Hémostase secondaire à un acte sur l'aorte abdominale ou ses branches, par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	423,98	434 1
	<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	262,38	196 1
DGFA006	Prélèvement de greffe artérielle aorto-iliaque par laparotomie, sur un sujet en état de mort encéphalique	0 1	F,U	0,00	351 1
		0 4	A,F,U	0,00	120 1

04.03.12 Actes thérapeutiques sur les artères digestives

Par artère digestive, on entend : branche viscérale de l'aorte abdominale à destination des organes digestifs.

Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées avec les codes marqués d'un symbole distinctif pour préciser la topographie artérielle abdominale :

- A tronc coeliaque
- B artère gastrique gauche
- C artère hépatique commune
- D artère splénique
- E artère mésentérique supérieure
- F artère mésentérique inférieure

04.03.12.01 Suture de plaie des artères digestives

EDCC015	Suture de plaie d'artère digestive, par coelioscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	772,55	557 1	
	<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	331,46	235 1	
EDCA001	Suture de plaie d'artère digestive, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	743,74	484 1	
	<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	307,46	210 1	

04.03.12.02 Dilatation intraluminaire des artères digestives

EDAF008	Dilatation intraluminaire d'une artère digestive sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	355,30	511 1	
	<i>Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300) - 4 : (YYYY041)</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	94,05	100 1	
EDAF005	Dilatation intraluminaire d'une artère digestive avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	355,30	601 1	
	<i>Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300) - 4 : (YYYY041)</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	94,05	123 1	

04.03.12.03 Désobstruction des artères digestives

EDNF003	Fibrinolyse in situ d'une artère digestive, par voie artérielle transcutanée	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 1 Y	F,P,S,U	313,50	569 1	
	<i>Environnement : spécifique</i>	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	115 1	
	<i>Coder éventuellement 1 : (YYYY250, YYYY300) - 4 : (YYYY041)</i>					
EDPF003	Recanalisation d'une artère digestive sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	355,30	613 1	
	<i>Indication : ischémie digestive</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	94,05	126 1	
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>					
	<i>Environnement : spécifique</i>					
	<i>Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300) - 4 : (YYYY041)</i>					
EDPF004	Recanalisation d'une artère digestive avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	355,30	688 1	
	<i>Indication : ischémie digestive</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	94,05	145 1	
	<i>Environnement : spécifique</i>					
	<i>Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300) - 4 : (YYYY041)</i>					
EDJF002	Thromboaspiration d'artère digestive, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U,X	549,17	601 1	
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	123 1	
	<i>Environnement : spécifique</i>					
	<i>Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300) - 4 : (YYYY041)</i>					
EDFA002	Thrombectomie d'artère digestive, par laparotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	650,86	429 1	
	<i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	316,17	168 1	
EDFA005	Thromboendartériectomie de l'artère mésentérique supérieure et/ou du tronc coeliaque ou de ses branches, par thoraco-phréno-laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1329,38	819 1	
	<i>Avec ou sans : thromboendartériectomie des artères rénales</i>	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	595,41	346 1	
	<i>Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>					

04.03.12.04 Remplacement et réimplantation des artères digestives

EDKA003	Remplacement d'une artère digestive, par laparotomie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	866,40	550 1	
	<i>Coder éventuellement 14 : (ENFA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	342,16	233 1	
EDEA005	Réimplantation d'une artère digestive dans l'aorte, par laparotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	865,69	545 1	
	<i>À l'exclusion de : réimplantation ou pontage de l'artère mésentérique inférieure, au cours d'un acte sur l'aorte (EDEA002)</i>	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	350,59	231 1	
	<i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>					

04.03.12.05 Pose d'endoprothèse couverte dans les artères digestives

EDLF006	Pose d'endoprothèse couverte dans une artère digestive, par voie artérielle transcutanée	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	<i>Environnement : spécifique</i>	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	355,30	624 1	
	<i>Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300, ZZLP008)</i>					
EDLF008	Pose d'endoprothèse couverte dans plusieurs artères digestives, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	607,05	694 1	
	<i>Environnement : spécifique</i>					
	<i>Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300, ZZLP012)</i>					

04.03.12.06 Occlusion des artères digestives

EDSF009	Oblitération suprasélective d'un anévrisme sacculaire d'une artère digestive, par voie artérielle transcutanée	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,P,S,U	355,30	720 1	
	<i>Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)</i>	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	160 1	

EDSF001	Oblitération suprasélective de plusieurs anévrysmes sacculaires d'artère digestive, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	355,30	820	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	187	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EDSF005	Embolisation sélective ou hypersélective d'une artère digestive, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	355,30	557	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	116	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EDSF012	Embolisation sélective et/ou hypersélective de plusieurs artères digestives, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	355,30	624	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	134	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EDSF006	Embolisation suprasélective d'une artère digestive, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	355,30	591	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	125	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EDSF015	Embolisation suprasélective de plusieurs artères digestives, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	355,30	720	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	160	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EDSA001	Ligature d'une artère digestive, par laparotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	360,17	306	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	180,27	102	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.03.12.07 Chimiothérapie anticancéreuse intraartérielle hépatique						
EDLF014	Injection intraartérielle hépatique in situ sélective ou hypersélective d'agent pharmacologique anticancéreux non radio-isotopique sans embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y		153,60	477	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY170, YYYY300, ZZLP025)						
EDLF017	Injection intraartérielle hépatique in situ sélective ou hypersélective d'agent pharmacologique anticancéreux non radio-isotopique avec embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y		153,60	539	1
		0 2 Y				
Coder éventuellement 1 : (YYYY170, YYYY300, ZZLP025)						
EDLF015	Injection intraartérielle hépatique in situ suprasélective d'agent pharmacologique anticancéreux non radio-isotopique sans embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y		153,60	477	1
		0 2 Y				
Coder éventuellement 1 : (YYYY170, YYYY300, ZZLP025)						
EDLF016	Injection intraartérielle hépatique in situ suprasélective d'agent pharmacologique anticancéreux non radio-isotopique avec embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y		153,60	539	1
		0 2 Y				
Coder éventuellement 1 : (YYYY170, YYYY300, ZZLP025)						
EDLL002	Injection intraartérielle hépatique in situ d'agent pharmacologique radio-isotopique sans embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y		153,60	630	1
		0 2 Y		42,87	0	1
<i>Activité 1 : cathétérisme de l'artère hépatique par voie artérielle transcutanée</i>						
<i>Activité 2 : préparation et administration du radio-isotope</i>						
<i>Indication : carcinome hépatocellulaire</i>						
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
<i>Environnement : spécifique</i>						
Coder éventuellement 1 : (YYYY170, YYYY300, ZZLP030)						
EDLL001	Injection intraartérielle hépatique in situ d'agent pharmacologique radio-isotopique avec embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y		153,60	630	1
		0 2 Y		42,87	0	1
<i>Activité 1 : cathétérisme de l'artère hépatique par voie artérielle transcutanée</i>						
<i>Activité 2 : préparation et administration du radio-isotope</i>						
<i>Indication : carcinome hépatocellulaire</i>						
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
<i>Environnement : spécifique</i>						
Coder éventuellement 1 : (YYYY170, YYYY300, ZZLP030)						
04.03.12.08 Autres actes thérapeutiques sur les artères digestives						
EDPA002	Libération d'une artère digestive, par laparotomie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	691,28	406	1
Coder éventuellement 14 : (ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EDFA010	Résection-anastomose d'une artère digestive, par laparotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	799,75	508	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	392,74	209	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EDLA001	Pose d'un cathéter dans une artère digestive, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U,X	303,45	230	1
		0 4 Y	4,7,A,F,P,S,U	126,01	102	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.03.13 Actes thérapeutiques sur l'artère rénale						
04.03.13.01 Suture de plaie de l'artère rénale						
EDCA002	Suture de plaie de l'artère rénale, par laparotomie ou par lombotomie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	758,63	508	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
EDAF007	Dilatation intraluminaire sélective ou hypersélective de l'artère rénale sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	355,30	426	1
Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY240, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EDAF001	Dilatation intraluminaire sélective ou hypersélective de l'artère rénale avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	355,30	467	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	94,05	110	1
<i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>						
Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY240, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EDAF009	Dilatation intraluminaire suprasélective de l'artère rénale sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	355,30	439	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	94,05	102	1
Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY240, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						

EDAF010	Dilatation intraluminale suprasélective de l'artère rénale avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	355,30	515	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	94,05	124	1
<i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>						
Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY240, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EDAA002	Angioplastie de l'artère rénale, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	687,83	520	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	367,08	216	1
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.03.13.03 Désobstruction de l'artère rénale						
EDNF002	Fibrinolyse in situ sélective ou hypersélective de l'artère rénale, par voie artérielle transcutanée	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,P,S,T,U	313,50	518	1
Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY250, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EDNF001	Fibrinolyse in situ suprasélective de l'artère rénale, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,T,U	313,50	585	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	94,05	120	1
Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY250, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EDPF002	Recanalisation de l'artère rénale sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	355,30	616	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	94,05	128	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
<i>Environnement : spécifique</i>						
Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY240, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EDPF005	Recanalisation de l'artère rénale avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	355,30	663	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	94,05	140	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
<i>Environnement : spécifique</i>						
Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY240, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EDJF001	Thromboaspiration de l'artère rénale, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,T,U	313,50	585	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	94,93	120	1
<i>Thromboaspiration de l'artère d'un rein transplanté, par voie artérielle transcutanée</i>						
Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EDFA008	Thrombectomie de l'artère rénale, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	794,79	508	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,T,U	342,19	223	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EDFA001	Thromboendartériectomie de l'artère rénale par artériotomie rénale, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	845,84	516	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,T,U	356,45	220	1
<i>Avec ou sans : angioplastie d'élargissement</i>						
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EDFA004	Thromboendartériectomie des artères rénales par aortotomie, par laparotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	983,38	553	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,T,U	425,99	239	1
<i>Avec ou sans : angioplastie d'élargissement</i>						
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.03.13.04 Revascularisation rénale						
EDKA002	Remplacement de l'artère rénale, par laparotomie ou par lombotomie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	885,54	526	1
Coder éventuellement 14 : (ENFA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EDEA004	Réimplantation de l'artère rénale dans l'aorte, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	859,31	533	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,T,U	369,28	258	1
Coder éventuellement 14 : (ENFA003, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EDMA001	Revascularisation de l'artère rénale à partir d'une artère digestive, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	880,58	565	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,T,U	387,24	274	1
<i>Anastomose artérielle spléno-rénale</i>						
Coder éventuellement 14 : (ENFA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EDMA003	Revascularisation des branches de l'artère rénale sur le rein in situ, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	1136,53	698	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,T,U	464,96	348	1
Coder éventuellement 14 : (ENFA003, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EDMA004	Réparation de l'artère rénale et/ou de ses branches sur le rein ex situ avec autotransplantation du rein, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y	J,K,O,T,X	1321,58	804	1
		0 4 Y	4,A	446,54	406	1
Coder éventuellement 14 : (ENFA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.03.13.05 Occlusion de l'artère rénale						
EDSF007	Oblitération sélective ou hypersélective d'un anévrisme sacculaire de l'artère rénale, par voie artérielle transcutanée	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,P,S,T,U	355,30	565	1
Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EDSF013	Oblitération suprasélective d'un anévrisme sacculaire de l'artère rénale, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,T,U	355,30	702	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	94,05	150	1
Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EDSF003	Embolisation sélective ou hypersélective de l'artère rénale, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,T,U	355,30	534	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	94,05	107	1
Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EDSF008	Embolisation suprasélective de l'artère rénale, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,T,U	355,30	663	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	94,05	140	1
Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
04.03.13.06 Chimiothérapie anticancéreuse intraartérielle rénale						
EDLF020	Injection intraartérielle rénale in situ sélective ou hypersélective d'agent pharmacologique anticancéreux sans embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y		153,60	442	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY170, YYYY300, ZZLP025)						
EDLF019	Injection intraartérielle rénale in situ sélective ou hypersélective d'agent pharmacologique anticancéreux avec embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y		153,60	499	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY170, YYYY300, ZZLP025)						
EDLF021	Injection intraartérielle rénale in situ suprasélective d'agent pharmacologique anticancéreux sans embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y		153,60	442	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY170, YYYY300, ZZLP025)						

EDLF018	Injection intraartérielle rénale in situ suprasélective d'agent pharmacologique anticancéreux avec embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée	0	1	Y				153,60	499	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY170, YYYY300, ZZLP025)										
04.03.13.07 Autres actes thérapeutiques sur l'artère rénale										
ELSF001	Embolisation d'une fistule artérioveineuse rénale, par voie vasculaire transcutanée	Ph	A	Cl	modificateur			Tarif	ICR	Ex
		0	1	Y	F,I,P,S,T,U			464,37	400	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,T,U			94,05	125	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300) - 4 : (YYYY041)										
EDLF013	Pose d'endoprothèse couverte dans l'artère rénale, par voie artérielle transcutanée	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U			355,30	465	1
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,T,U			94,05	115	1
	<i>Environnement : spécifique</i>									
Coder éventuellement 1 : (EDQJ900, YYYY240, YYYY300) - 4 : (YYYY041)										
EDFA009	Résection-anastomose de l'artère rénale, par laparotomie ou par lombotomie	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U			780,61	515	1
		0	4	Y	4,A,F,O,P,S,T,U			365,62	217	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)										
04.03.14 Actes thérapeutiques sur l'artère iliaque interne [hypogastrique] et les branches extradiigestives de l'aorte abdominale										
<i>À l'exclusion de : actes thérapeutiques sur l'artère rénale (cf 04.03.13)</i>										
04.03.14.01 Dilatation intraluminaire de l'artère iliaque interne										
EDAF004	Dilatation intraluminaire de l'artère iliaque interne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	Ph	A	Cl	modificateur			Tarif	ICR	Ex
		0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U			355,30	374	1
		0	4	Y	7,A,F,O,P,S,T,U			94,05	83	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)										
EDAF006	Dilatation intraluminaire de l'artère iliaque interne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U			355,30	398	1
		0	4	Y	7,A,F,O,P,S,T,U			94,05	90	1
	<i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>									
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)										
04.03.14.02 Désobstruction de l'artère iliaque interne										
EDPF007	Recanalisation de l'artère iliaque interne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	Ph	A	Cl	modificateur			Tarif	ICR	Ex
		0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U			355,30	507	1
		0	4	Y	7,A,F,O,P,S,T,U			94,05	100	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)										
EDPF001	Recanalisation de l'artère iliaque interne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U			355,30	546	1
		0	4	Y	7,A,F,O,P,S,T,U			94,05	110	1
	<i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>									
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)										
04.03.14.03 Occlusion de l'artère iliaque interne										
EDSF002	Oblitération sélective ou hypersélective d'un anévrisme sacculaire de l'artère iliaque interne ou d'une branche extradiigestive de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée	Ph	A	Cl	modificateur			Tarif	ICR	Ex
		0	1	Y	F,P,S,U			355,30	554	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U			94,05	115	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)										
EDSF010	Oblitération suprasélective d'un anévrisme sacculaire de l'artère iliaque interne ou d'une branche extradiigestive de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U			355,30	683	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U			94,05	150	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)										
EDSF016	Embolisation sélective ou hypersélective de l'artère iliaque interne ou d'une branche extradiigestive de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U			355,30	568	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U			94,05	119	1
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>									
	<i>Environnement : spécifique</i>									
	<i>Recueil prospectif de données : nécessaire pour embolisations de fibrome utérin</i>									
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)										
EDSF014	Embolisation sélective et/ou hypersélective de plusieurs branches de l'artère iliaque interne ou de plusieurs branches extradiigestives de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U			355,30	613	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U			94,05	131	1
	<i>À l'exclusion de : embolisation des artères utérines pour hémorragie du post-partum, par voie artérielle transcutanée (EDSF011)</i>									
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>									
	<i>Environnement : spécifique</i>									
	<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>									
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)										
EDSF004	Embolisation suprasélective de branche de l'artère iliaque interne ou de branche extradiigestive de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U			355,30	646	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U			94,05	140	1
	<i>À l'exclusion de : embolisation des artères utérines pour hémorragie du post-partum, par voie artérielle transcutanée (EDSF011)</i>									
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>									
	<i>Environnement : spécifique</i>									
	<i>Recueil prospectif de données : nécessaire pour embolisations de fibrome utérin</i>									
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)										
EDSA003	Ligature des artères iliaques internes, par laparotomie	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U			372,23	297	1
		0	4	Y	4,A,F,O,P,S,U			209,92	111	1
	<i>À l'exclusion de : ligature des artères iliaques internes [hypogastriques] pour hémorragie du post-partum, par laparotomie (EDSA002)</i>									
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)										
04.03.14.04 Anastomose de branche de l'artère iliaque interne										
ELCA004	Anastomose entre l'artère ou la veine dorsale du pénis et l'artère épigastrique inférieure, par abord direct	Ph	A	Cl	modificateur			Tarif	ICR	Ex
		0	1	Y	9,J,K,T,X			452,34	333	1
		0	4	Y	A			150,66	177	1
Coder éventuellement 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)										
ELCA003	Anastomose entre l'artère ou la veine dorsale du pénis et l'artère fémorale, par abord direct	0	1	Y	J,K,T			309,84	292	1
		0	4	Y	A			129,76	177	1
Coder éventuellement 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)										
JHCA007	Artérialisation des corps caverneux du pénis, par abord direct	0	1	Y	J,K,T			309,84	100	1
		0	4	Y	A			129,76	60	1
Coder éventuellement 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)										
04.03.14.05 Autres actes thérapeutiques sur l'artère iliaque interne ou sur ses branches										
		Ph	A	Cl	modificateur			Tarif	ICR	Ex

EDSF618	Embolisation hypersélective des artères prostatiques, par voie artérielle transcutanée	0	1	Y					0	1
<i>Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'art. L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i> <i>Recueil prospectif de données : tenue d'un registre</i> <i>Facturation : Prise en charge provisoire conformément aux dispositions des articles L. 162-1-7 et D. 162-25-1 du code de la sécurité sociale.</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP008)										
EDEA001	réimplantation ou pontage de l'artère iliaque interne ou d'une de ses branches, par laparotomie	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	796,92	508	1		
<i>À l'exclusion de : pontage artériel croisé ilio-iliaque, iliofémoral ou fémorofémoral, par abord direct (EDCA003)</i> Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)										
EDLF007	pose d'endoprothèse couverte dans l'artère iliaque interne ou une branche extradigestive de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	397,10	565	1		
<i>Indication : artère iliaque interne [hypogastrique]</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)										

04.03.15 Actes thérapeutiques sur les artères du membre inférieur

Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées avec les codes marqués d'un symbole distinctif pour préciser la topographie artérielle au membre inférieur :

- A artère fémorale
- B artère profonde de la cuisse [artère fémorale profonde]
- C artère poplitée
- D artère tibiale antérieure
- E artère tibiale postérieure

04.03.15.01 Suture de plaie d'artère du membre inférieur

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ECCA009	0	1	Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U,X	211,28	175	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	105,21	96	1

04.03.15.02 Dilatation intraluminaire et pose de prothèse d'artère du membre inférieur

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EFAF003	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	334,40	456	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							
	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	94,05	100	1

EFAF004	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	334,40	493	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							
	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	94,05	110	1

Indication : ischémie critique ; en deuxième intention, en alternative à la chirurgie qui est le traitement de référence
Environnement : spécifique

EFAF005	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	491,15	560	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							
	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	141,08	128	1

EFAF002	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	491,15	612	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY270, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							
	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	141,08	142	1

Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

EFAF001	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	334,40	512	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							
	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	94,05	115	1

EFAF006	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	501,60	571	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY270, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							
	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	141,08	131	1

Indication : échec ou insuffisance d'une dilatation intraluminaire
Environnement : spécifique

04.03.15.03 Désobstruction d'artère du membre inférieur

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EENF002	0	1	Y	F,P,S,U	313,50	538	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY250, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							
	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	94,05	122	1

EENF001	0	1	Y	F,P,S,U	313,50	586	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY250, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							
	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	94,05	135	1

EFPF002	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	334,40	512	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY210, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							
	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	94,05	115	1

EFPF001	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	334,40	549	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							
	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	94,05	125	1

Indication : en deuxième intention comme alternative à la chirurgie, qui est le traitement de référence de l'obstruction de l'artère fémorale profonde ; oblitération courte inférieure à 10 cm de l'artère fémorale superficielle ; ischémie critique de la jambe
Environnement : spécifique

EEJF001	Thromboaspiration d'artère ou de pontage artériel du membre inférieur, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	209,00	446	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	97	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EEFA004	Thrombectomie d'artère du membre inférieur, par abord inguinfémoral	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	228,30	240	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	113,55	74	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EEFA002	Thrombectomie d'artère du membre inférieur, par abord poplité	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	270,13	262	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	114,29	83	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EEFA001	Thromboendartériectomie de l'artère fémorale et/ou de ses branches, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	350	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	176,92	119	1
<i>Avec ou sans : angioplastie d'élargissement</i>						
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EEFA003	Thromboendartériectomie de l'artère poplitée, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	364	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	172,51	124	1
<i>Avec ou sans : angioplastie d'élargissement</i>						
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.03.15.04 Pontage d'artère du membre inférieur						
EECA007	Pontage artériel subclaviofémoral ou axillofémoral, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	522,50	397	1
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EECA006	Pontage artériel subclaviofémoral ou axillobifémoral, par abord direct	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	661,50	513	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	319,43	189	1
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EDCA005	Pontage artériel iliofémoral homolatéral, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	587,05	435	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	290,88	157	1
<i>À l'exclusion de : pontage artériel iliofémoral pour complication anastomotique sur prothèse de la bifurcation fémorale, par abord direct (EDCA004)</i>						
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EDEA003, YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EDCA004	Pontage artériel iliofémoral pour complication anastomotique sur prothèse de la bifurcation fémorale, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	583,48	449	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	292,62	162	1
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, ENFA003, YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EECA002	Pontage artériel fémorofémoral homolatéral, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	325	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	165,92	113	1
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EECA001	Pontage artériel fémoropoplité au-dessus de l'interligne articulaire du genou, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	367	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	167,75	140	1
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, ENFA003, EPFA006, YYYY066, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EECA003	Pontage artériel fémoropoplité au-dessous de l'interligne articulaire du genou, par abord direct	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	363,72	441	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	186,44	160	1
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EMMA001, EPFA006, YYYY066, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EECA008	Pontage artériel fémorotibial ou fémoropéronier sans collier veineux, par abord direct	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	507,64	510	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	213,15	187	1
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EMMA001, EPFA006, YYYY066, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EECA010	Pontage artériel fémorotibial ou fémoropéronier avec collier veineux, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	618,96	590	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	224,52	220	1
Coder éventuellement 14 : (EMMA001, YYYY066, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EECA005	Pontage d'une artère du pied, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	749,41	678	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	207,28	256	1
Coder éventuellement 14 : (EMMA001, EPFA006, YYYY066, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EECA012	Pontage multiple étagé [séquentiel] ou bifurqué des artères des membres inférieurs, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	798,33	744	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	249,08	284	1
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, EMMA001, EPFA006, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.03.15.05 Ablation de prothèse artérielle du membre inférieur						
EEGA001	Ablation d'une prothèse artérielle du membre inférieur sans revascularisation, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	336,07	207	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EEGA002	Ablation d'une prothèse artérielle du membre inférieur avec revascularisation, par abord direct	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	746,58	384	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	264,70	208	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.03.15.06 Occlusion d'artère du membre inférieur						
EESF007	Embolisation sélective ou hypersélective d'une artère du membre inférieur, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	355,30	413	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	110	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EESF004	Embolisation hypersélective de plusieurs artères du membre inférieur, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	355,30	542	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	138	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EESF006	Embolisation suprasélective d'une artère du membre inférieur, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	355,30	525	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	133	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EESF001	Oblitération d'un anévrisme sacculaire artériel du membre inférieur, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	355,30	489	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	122	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						

EESF005	Oblitération de plusieurs anévrismes sacculaires artériels du membre inférieur, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	355,30 94,05	572 1 147 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)					
EESA001	Ligature d'une artère de la cuisse ou de la jambe, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	62,70 91,27	141 1 62 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
EMNH001	Sclérose d'une tumeur ou d'une malformation vasculaire du membre inférieur, par injection transcutanée intralésionnelle d'agent pharmacologique avec guidage radiologique	0 1	F,P,S,U,X	348,77	479 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP025)					
04.03.15.07 Chimiothérapie anticancéreuse intraartérielle au membre inférieur					
EELF005	Injection intraartérielle in situ sélective ou hypersélective d'agent pharmacologique anticancéreux au membre inférieur, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y		153,60	329 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300, ZZLP025)					
EELF004	Injection intraartérielle in situ suprasélective d'agent pharmacologique anticancéreux au membre inférieur, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y		153,60	309 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300, ZZLP025)					
04.03.15.08 Autres actes thérapeutiques sur les artères du membre inférieur					
EELF002	Pose d'endoprothèse couverte dans une artère du membre inférieur, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	334,40 94,05	300 1 120 1
<i>Indication : lésions traumatiques ; anévrismes ; fistules artérioveineuses</i>					
<i>Environnement : spécifique</i>					
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)					
EAAA002	Angioplastie d'élargissement d'un pontage artériel du membre inférieur, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	313,50 172,88	571 1 130 1
Coder éventuellement 14 : (YYYY013) - 1 : (YYYY068) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
EEFA006	Résection-anastomose d'une artère du membre inférieur, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	313,50 155,65	200 1 96 1
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
EEFA005	Résection d'un kyste adventiciel d'une artère du membre inférieur, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 7,A	313,50 159,32	217 1 106 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
EMPA001	Libération d'une artère et/ou d'une veine poplitée piégée, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X 7,A,F,O,P,S,U	267,29 114,55	221 1 107 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
EKA001	Remplacement ou mise à plat d'une artère du membre inférieur, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	355,30 181,74	270 1 136 1
<i>Traitement d'un anévrisme poplité</i>					
Coder éventuellement 14 : (EDAA003, YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
04.03.16 Autres actes thérapeutiques sur les artères					
04.03.16.01 Dilatation intraluminaire de pontage artériel des membres					
ENAF002	Dilatation intraluminaire d'un pontage artériel non anatomique des membres sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	313,50 94,05	435 1 94 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)					
ENAF001	Dilatation intraluminaire d'un pontage artériel non anatomique des membres avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	556 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP008)					
04.03.16.02 Désobstruction de pontage artériel des membres					
ENNF001	Fibrinolyse in situ d'un pontage artériel non anatomique des membres, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	313,50 94,05	567 1 130 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY250, YYYY300) - 4 : (YYYY041)					
ENFF001	Thrombectomie ou embolectomie mécanique d'un pontage artériel non anatomique des membres, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	313,50 94,05	494 1 110 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)					
ENFA006	Thrombectomie de pontage artériel d'un membre sans réfection d'anastomose, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	243,90 138,84	271 1 85 1
<i>À l'exclusion de : thrombectomie d'un pontage ou d'une thromboendartériectomie des troncs supraaortiques, par thoracotomie (EBFA004)</i>					
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
ENFA001	Thrombectomie de pontage artériel d'un membre avec réfection d'anastomose sans prolongement du pontage, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	418,00 212,43	402 1 136 1
<i>À l'exclusion de : thrombectomie d'un pontage ou d'une thromboendartériectomie des troncs supraaortiques, par thoracotomie (EBFA004)</i>					
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
ENFA004	Thrombectomie de pontage artériel d'un membre avec réfection d'anastomose et prolongement du pontage, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	577,84 232,96	548 1 193 1
<i>À l'exclusion de : thrombectomie d'un pontage ou d'une thromboendartériectomie des troncs supraaortiques, par thoracotomie (EBFA004)</i>					
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
ENFA005	Changement d'un pontage artériel d'un membre avec thrombectomie de l'axe artériel, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	557,27 241,02	591 1 187 1
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
04.03.16.03 Autres actes thérapeutiques sur les artères					
EDLF002	Pose d'un cathéter artériel ombilical	0 1	F,U	0,00	32 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					

EZSA004	Hémostase secondaire à un acte sur les vaisseaux des membres, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	246,73	172	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	136,72	75	1

ENFA002	Prélèvement de greffe artérielle des membres, sur un sujet en état de mort encéphalique	0 1	F,U	0,00	266	1
		0 4	A,F,U	0,00	120	1

04.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES VEINES

04.04.01 Actes thérapeutiques sur les veines cervicocéphaliques et les veines du membre supérieur

Veines du membre supérieur comprend :

- veines de l'avant-bras et du bras
- veine subclavière
- veine brachiocéphalique.

04.04.01.01 Suture de plaie de veine cervicocéphalique et de veine du membre supérieur

EFGA001	Suture de plaie de veine profonde du membre supérieur ou du cou, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	À l'exclusion de : suture de plaie de la veine brachiocéphalique, par thoracotomie (DHCA003)	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	177,96	144	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	78,08	67	1

DHCA003	Suture de plaie de la veine brachiocéphalique ou de la veine cave supérieure, par thoracotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	689,15	344	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	343,99	178	1

04.04.01.02 Dilatation intraluminaire de veine cervicocéphalique et de veine du membre supérieur

EFAF002	Dilatation intraluminaire d'une veine du membre supérieur sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP008)	0 1 Y	F,P,S,U	313,50	325	1

EFAF001	Dilatation intraluminaire d'une veine du membre supérieur avec pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	313,50	332	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	75	1

04.04.01.03 Désobstruction de veine cervicocéphalique et de veine du membre supérieur

EFNF001	Fibrinolyse in situ de la veine subclavière et/ou de la veine brachiocéphalique, par voie veineuse transcutanée	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y	F,P,S,U	313,50	476	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	105	1

EFPF002	Recanalisation d'une veine du membre supérieur sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	313,50	375	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP008)					

EFPF001	Recanalisation d'une veine du membre supérieur avec pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	313,50	442	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	108	1

EFLF001	Pose d'endoprothèse couverte dans une veine du membre supérieur, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	313,50	300	1
	Indication : hyperplasie récidivante au niveau d'une endoprothèse vasculaire, rupture d'un tronc veineux proximal	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	90	1
	Environnement : spécifique					
	Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)					

EFJF001	Thromboaspiration de la veine subclavière et/ou de la veine brachiocéphalique, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	209,00	432	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	105	1

04.04.01.04 Occlusion et exérèse de veine cervicocéphalique et de veine du membre supérieur

EFFA001	Réséction ou ligature d'une veine profonde du membre supérieur ou du cou, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	À l'exclusion de : réséction de la veine brachiocéphalique, par thoracotomie (EFAA002)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	117,69	131	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	71,85	59	1

EFFA002	Réséction de la veine brachiocéphalique, par thoracotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	536,71	487	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	336,66	158	1

04.04.01.05 Autres actes thérapeutiques sur les veines cervicocéphaliques et les veines du membre supérieur

EBEA001	Réimplantation de la veine jugulaire interne dans la veine axillaire, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	522,50	498	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	274,70	166	1

EBCA012	Pontage veineux juguloaxillaire, par cervicotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	522,50	438	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	258,58	142	1

DHCA002	Pontage de la veine brachiocéphalique ou de la veine cave supérieure, par thoracotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	941,55	670	1
	Pontage veineux cavoatrial	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	460,15	234	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

04.04.02 Actes thérapeutiques sur la veine cave supérieure

04.04.02.01 Dilatation intraluminaire de la veine cave supérieure

DHAF003	Dilatation intraluminaire de la veine cave supérieure sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP008)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	342	1

DHAF001	Dilatation intraluminaire de la veine cave supérieure avec pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	313,50	417	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	87	1

04.04.02.02 Désobstruction de la veine cave supérieure

DHNF005	Fibrinolyse in situ de la veine cave supérieure, par voie veineuse transcutanée	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	0 1 Y	F,P,S,U	209,00	470	1
	Environnement : spécifique	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	100	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300) - 4 : (YYYY041)					

DHPF001	Recanalisation de la veine cave supérieure sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y	F,U	0,00	463	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
DHPF002	Recanalisation de la veine cave supérieure avec pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	313,50 94,05	507 110	1 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
DHNF001	Thrombolyse mécanique ou thromboaspiration de la veine cave supérieure, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	261,25 94,05	378 75	1 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
DHPA001	Désobstruction de la veine cave supérieure, par thoracotomie	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	655,12 364,88	642 235	1 1
Coder éventuellement 14 : (ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.04.03 Actes thérapeutiques sur les veines du membre inférieur						
<i>Comprend :</i>						
- veines de la jambe et de la cuisse						
- veine iliaque externe						
- veine iliaque commune						
Les actes thérapeutiques sur les veines des membres inférieurs incluent la contention veineuse.						
Par varicosité ou par télangectasie on entend : dilatation permanente de veinule intradermique de diamètre mesuré en orthostatisme inférieur à 1 mm						
Par veine réticulaire [varice réticulaire] on entend : dilatation permanente de veine sous-cutanée, de diamètre mesuré en orthostatisme de 1 à 3 mm						
Par varice on entend : dilatation permanente de veine, de plus de 3 mm de diamètre mesuré en orthostatisme						
04.04.03.01 Suture de veine du membre inférieur						
EJCA001	Suture de plaie de veine profonde de la jambe et/ou de la cuisse, par abord direct	Ph A Cl 0 1 Y 0 4 Y	modificateur F,J,K,M,O,P,S,T,U,X 7,A,F,M,O,P,S,U	Tarif 264,46 91,64	ICR 279 108	Ex 1 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
EGCA002	Suture de plaie du tronc ou des branches viscérales de la veine iliaque et/ou de la veine cave inférieure infrahépatique, par laparotomie	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X A,F,O,P,S,U	505,52 286,21	484 204	1 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.04.03.02 Dilatation intraluminaire de veine du membre inférieur						
EGAF003	Dilatation intraluminaire de la veine iliaque externe et/ou de la veine iliaque commune sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	Ph A Cl 0 1 Y	modificateur F,J,K,O,P,S,T,U	Tarif 313,50	ICR 241	Ex 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP008)						
EGAF002	Dilatation intraluminaire de la veine iliaque externe et/ou de la veine iliaque commune avec pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	313,50 94,05	301 70	1 1
Indication : compressions tumorales ; sténoses post-radiques ; lésions traumatiques ou iatrogènes						
Environnement : spécifique						
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
04.04.03.03 Désobstruction de veine du membre inférieur						
EJNF001	Fibrinolyse in situ d'une veine du membre inférieur, par injection transcutanée dans une veine du dos du pied	0 1 0 4	F,M,P,S,U 7,A,F,M,P,S,U	209,00 94,05	200 50	1 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EGNF002	Fibrinolyse in situ de la veine iliaque externe et/ou de la veine iliaque commune, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	209,00 94,05	270 70	1 1
Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale						
Environnement : spécifique						
Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
DHNF002	Fibrinolyse in situ fémoro-ilio-cave, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U,X 7,A,F,P,S,U	366,11 94,05	468 103	1 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
DHNF006	Fibrinolyse in situ fémoro-ilio-cave avec oblitération partielle de la veine cave inférieure [pose d'un filtre cave], par voie veineuse transcutanée	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	292,60 135,85	527 119	1 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EGPF001	Recanalisation de la veine iliaque externe et/ou de la veine iliaque commune avec pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	384	1
Indication : patients symptomatiques stade C3-C6 de la classification CEAP ou claudication veineuse						
Environnement : spécifique						
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP008)						
EGJF002	Thromboaspiration de la veine iliaque externe et/ou de la veine iliaque commune, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	209,00 94,05	200 70	1 1
Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale						
Environnement : spécifique						
Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EGFA004	Thrombectomie veineuse fémoro-iliaque, par abord fémoral	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	273,67 89,73	230 107	1 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DHFA003	Thrombectomie des veines iliaques et/ou de la veine cave inférieure, par laparotomie	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	606,90 302,90	302 139	1 1
Avec ou sans : interruption partielle de la veine cave inférieure						
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.04.03.04 Pontage de veine du membre inférieur						
EJCA002	Pontage veineux poplité-fémoral, par abord direct	Ph A Cl 0 1 Y 0 4 Y	modificateur 9,F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	Tarif 366,55 172,88	ICR 457 145	Ex 1 1
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

EGCA003	Pontage veineux fémoro-iliaque homolatéral, fémorocave ou fémororénal, par abord direct	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	573,58	608	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	232,92	201	1
EJCA003	Pontage veineux croisé fémorofémoral ou fémoro-iliaque, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	418,00	490	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY068, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	190,81	158	1
DHCA004	Pontage veineux ilio-iliaque ou iliocave, par laparotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	579,25	593	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	229,90	196	1
04.04.03.05 Autres restaurations de veine du membre inférieur						
EJMA901	Valvuloplastie de veine superficielle du membre inférieur, par abord direct	0 1 Y		0,00	188	1
		0 4 Y	7,A	0,00	100	1
EJMA900	Valvuloplastie de veine profonde du membre inférieur, par abord direct	0 1 Y		0,00	224	1
		0 4 Y	7,A	0,00	110	1
EJBA001	Interposition d'un segment veineux valvulé sur la veine poplitée ou la veine fémorale, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,T	405,55	523	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	146,30	170	1
EJEA001	Réimplantation de la veine fémorale dans la veine grande saphène ou dans la veine profonde de la cuisse [veine fémorale profonde], par abord direct	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	364,43	257	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	146,30	127	1
EGFA009	Résection de la veine fémorale et/ou de la veine iliaque sans reconstruction, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	648,74	322	1
	<i>Exérèse de tumeur de la veine fémorale et/ou de la veine iliaque, sans reconstruction</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	90,83	164	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
EGFA006	Résection de la veine fémorale et/ou de la veine iliaque avec reconstruction, par abord direct	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	736,65	445	1
	<i>Exérèse de tumeur de la veine fémorale et/ou de la veine iliaque, avec reconstruction</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	146,30	235	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
EGPA001	Décompression de la veine iliaque, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	623,92	371	1
	<i>Avec ou sans : transposition artérielle</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	80,64	193	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
04.04.03.06 Exérèse des veines saphènes						
	<i>Comprend : exérèse de la :</i>					
	<i>- grande veine saphène [veine saphène interne]</i>					
	<i>- petite veine saphène [veine saphène externe]</i>					
EJFA007	Exérèse de la crosse de la grande veine saphène, par abord direct	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	101,39	90	1
	<i>Crossectomie saphène interne, par abord direct</i>	0 4 Y	7,A,M	61,59	38	1
	<i>Environnement : spécifique ; milieu chirurgical</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
EJFA004	Exérèse de la crosse de la petite veine saphène, par abord direct	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	107,06	94	1
	<i>Avec ou sans : ligature ou résection de la portion terminale de veine surale [jumelle] et/ou de veine perforante de la région poplitée</i>	0 4 Y	7,A,M	71,48	53	1
	<i>Crossectomie saphène externe</i>					
	<i>Environnement : spécifique ; milieu chirurgical</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
EJFA006	Exérèse secondaire de la crosse de la grande veine saphène ou de la petite veine saphène, par abord direct	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	285,73	198	1
	<i>Avec ou sans :</i>	0 4 Y	7,A,M	76,97	96	1
	<i>- éveinage saphène</i>					
	<i>- phlébectomie complémentaire</i>					
	<i>Résection de cavernome d'une veine saphène</i>					
	<i>Environnement : spécifique ; milieu chirurgical</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
EJFA008	Exérèse de la grande veine saphène sans exérèse de la crosse, par abord directs multiples sous anesthésie locale	0 1 Y		94,05	75	1
	<i>Avec ou sans : exérèse ou ligature de veine collatérale</i>					
	<i>ligature de veine perforante</i>					
	<i>Phlébectomie ambulatoire saphène interne en l'absence d'incontinence ostiale</i>					
	<i>Environnement : spécifique ; milieu chirurgical</i>					
EJFA009	Exérèse de la petite veine saphène sans exérèse de la crosse, par abord directs multiples sous anesthésie locale	0 1 Y		94,05	75	1
	<i>Avec ou sans : exérèse ou ligature de veine collatérale</i>					
	<i>ligature de veine perforante</i>					
	<i>Phlébectomie ambulatoire saphène externe en l'absence d'incontinence ostiale</i>					
	<i>Environnement : spécifique ; milieu chirurgical</i>					
EJGA002	Extraction [Stripping] de la grande veine saphène, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	167,20	131	1
	<i>Avec ou sans :</i>	0 4 Y	7,A,M	69,27	62	1
	<i>- exérèse, ligature ou sclérose de veine variqueuse</i>					
	<i>- ligature de veine perforante</i>					
	<i>Éveinage saphène interne avec crossectomie</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
EJGA001	Extraction [Stripping] de la petite veine saphène, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	167,20	131	1
	<i>Avec ou sans : exérèse, ligature ou sclérose de veine variqueuse et/ou de la portion terminale de veine surale [jumelle]</i>	0 4 Y	7,A,M	74,77	63	1
	<i>ligature de veine perforante</i>					
	<i>Éveinage saphène externe avec crossectomie</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

EJGA003	Extraction [Stripping] de la grande veine saphène et de la petite veine saphène, par abord direct <i>Avec ou sans : exérèse, ligature ou sclérose de veine variqueuse et/ou de la portion terminale de veine surale [jumelle] ligature de veine perforante Éveinage saphène interne et externe avec crossectomie, par abord direct</i>	0 1 Y	9,J,K,M,T	213,41	180	1
		0 4 Y	7,A,M	78,81	86	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

04.04.03.07 Autres exérèses de veine du membre inférieur

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EJFB001	0	1	Y	9	70,10	116	1

Séance de phlébectomie du membre inférieur selon Müller

EJFA002	0	1	Y	I,J,K,M,O,T	143,22	139	1
---------	---	---	---	-------------	--------	-----	---

Phlébectomie étendue du membre inférieur sous anesthésie générale ou locorégionale

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

04.04.03.08 Occlusion de veine du membre inférieur

Indication : en conformité avec les rapports de la haute autorité de santé de 2008, 2013 et 2016, l'objectivation par échodoppler d'un reflux saphène constitue un pré-requis à toute décision de procédure endovasculaire d'occlusion saphène

Facturation : les actes réalisés pour une affection veineuse chronique de classe C1 selon la classification clinique, étiologique, anatomique et physiopathologique de la maladie veineuse chronique (CEAP) ne sont pas pris en charge

EJNF002	0	1	Y	M	18,93	40	1
---------	---	---	---	---	-------	----	---

A l'exclusion de : Séance de sclérose de varicosités et télangiectasies des veines, par injection intraveineuse transcutanée (EPNF001)

Indication : selon les recommandations du conseil national professionnel de médecine vasculaire

Facturation :

- ne peut pas être codé en association avec un acte d'occlusion de veine du membre inférieur, par injection intraveineuse transcutanée de produit sclérosant avec guidage échographique (EJNJ014), sur le même membre

- ne peut pas être facturé pour la sclérose par injection intraveineuse transcutanée de varice saphène, perforante, et/ou récidivante après occlusion, au niveau de la fosse poplitée [creux poplité] ou du trigone fémoral [triangle de scarpa] qui n'est pas indiquée sans guidage

EJNJ014	0	1	Y			58	1
---------	---	---	---	--	--	----	---

À l'exclusion de :

- occlusion de la grande veine saphène par injection intraveineuse transcutanée de produit sclérosant avec guidage échographique (EJSF007)

- occlusion de la petite veine saphène par injection intraveineuse transcutanée de produit sclérosant avec guidage échographique (EJSF019)

- occlusion pour récurrence d'insuffisance de la grande veine saphène au trigone fémoral [triangle de scarpa] et/ou de la petite veine saphène à la fosse poplitée [creux poplité] par injection intraveineuse transcutanée de produit sclérosant avec guidage échographique (EJSF021)

Indication : selon les recommandations du conseil national professionnel de médecine vasculaire

Facturation : le tarif prend en compte :

- le repérage échographique préprocédure immédiat

- le guidage échographique

- le contrôle échographique postprocédure immédiat

ne peut pas être codé en association avec une séance d'occlusion de veine du membre inférieur, par injection intraveineuse transcutanée de produit sclérosant sans guidage (EJNF002) sur le même membre

EJSF007	0	1				76	1
---------	---	---	--	--	--	----	---

Avec ou sans :

- sclérose et/ou phlébectomie de veine variqueuse superficielle collatérale et/ou accessoire de la grande veine saphène

- sclérose et/ou ligature de veine perforante du territoire de la grande veine saphène

Indication :

- insuffisance de la grande veine saphène symptomatique associée à un reflux documenté par échodoppler,

- traitement de première intention pour un diamètre interne mesuré en coupe échographique transversale à mi-cuisse, en position debout, inférieur ou égal à 8 mm hors ectasie,

- selon les recommandations du conseil national professionnel de médecine vasculaire

Facturation : le tarif prend en compte :

- le repérage échographique préprocédure immédiat

- le guidage échographique

- le contrôle échographique postprocédure immédiat

EJSF019	0	1				70	1
---------	---	---	--	--	--	----	---

Avec ou sans :

- sclérose et/ou phlébectomie de veine variqueuse superficielle collatérale et/ou accessoire de la petite veine saphène

- sclérose et/ou ligature de veine perforante du territoire de la petite veine saphène

Indication :

- insuffisance de la petite veine saphène symptomatique associée à un reflux documenté par échodoppler,

- traitement de première intention pour un diamètre interne mesuré en coupe échographique transversale à mi-mollet, en position debout, inférieur ou égal à 8 mm hors ectasie,

- selon les recommandations du conseil national professionnel de médecine vasculaire

Facturation : le tarif prend en compte :

- le repérage échographique préprocédure immédiat

- le guidage échographique

- le contrôle échographique postprocédure immédiat

EJSF021	Occlusion pour récurrence d'insuffisance de la grande veine saphène au triangle de scarpa] et/ou de la petite veine saphène à la fosse poplitée [creux poplité] par injection intraveineuse transcutanée de produit sclérosant avec guidage échographique	0	1						83	1
<p>Avec ou sans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sclérose et/ou phlébectomie de veine variqueuse superficielle collatérale et/ou accessoire de saphène - sclérose et/ou ligature de veine perforante du territoire de veine saphène <p>Sclérose de cavernome de veine saphène</p> <p>Indication : selon les recommandations du conseil national professionnel de médecine vasculaire</p> <p>Facturation : le tarif prend en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le repérage échographique préprocédure immédiat - le guidage échographique - le contrôle échographique postprocédure immédiat 										
EJSF466	Occlusion de la grande veine saphène au-dessus du tiers moyen de la jambe par laser, par voie veineuse transcutanée avec guidage échographique	0	1	Y					130	1
<p>Indication :</p> <ul style="list-style-type: none"> - insuffisance de la grande veine saphène symptomatique associée à un reflux documenté par échodoppler, - selon les préconisations formulées par la Haute Autorité de santé en 2008 et en 2016 <p>Environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - spécifique en secteur opératoire selon les termes de l'arrêté du 7 janvier 1993 - conditions de réalisation selon les préconisations formulées par la Haute Autorité de santé en 2008 et en 2016 <p>Facturation : le tarif prend en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le guidage échographique - le contrôle échographique post procédure immédiat <p>la procédure de guidage échographique doit être conforme aux évaluations de 2008 et de 2016 par la Haute Autorité de santé [HAS]</p>										
EJSF418	Occlusion de la grande veine saphène au-dessus du tiers moyen de la jambe par laser, par voie veineuse transcutanée avec guidage échographique et phlébectomie homolatérale, et/ou ligature de la veine perforante de la grande veine saphène homolatérale	0	1	Y		J,K,T			223	1
<p>Avec ou sans : sclérose de veine perforante, superficielle, collatérale et/ou accessoire homolatérale</p> <p>Indication :</p> <ul style="list-style-type: none"> - insuffisance de la grande veine saphène symptomatique associée à un reflux documenté par échodoppler, - selon les préconisations formulées par la Haute Autorité de santé en 2008 et en 2016 <p>Environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - spécifique en secteur opératoire selon les termes de l'arrêté du 7 janvier 1993 - conditions de réalisation selon les préconisations formulées par la Haute Autorité de santé en 2008 et en 2016 <p>Facturation : le tarif prend en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le guidage échographique - le contrôle échographique post procédure immédiat <p>la procédure de guidage échographique doit être conforme aux évaluations de 2008 et de 2016 par la Haute Autorité de santé [HAS]</p>										
EJSF475	Occlusion de la petite veine saphène au-dessus du tiers inférieur de la jambe par laser, par voie veineuse transcutanée avec guidage échographique	0	1	Y					107	1
<p>Indication :</p> <ul style="list-style-type: none"> - insuffisance de la petite veine saphène symptomatique associée à un reflux documenté par échodoppler, - selon les préconisations formulées par la Haute Autorité de santé en 2008 et en 2016 <p>Environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - spécifique en secteur opératoire selon les termes de l'arrêté du 7 janvier 1993 - conditions de réalisation selon les préconisations formulées par la Haute Autorité de santé en 2008 et en 2016 <p>Facturation : le tarif prend en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le guidage échographique - le contrôle échographique post procédure immédiat <p>la procédure de guidage échographique doit être conforme aux évaluations de 2008 et de 2016 par la Haute Autorité de santé [HAS]</p>										
EJSF771	Occlusion de la petite veine saphène au-dessus du tiers inférieur de la jambe par laser, par voie veineuse transcutanée avec guidage échographique et phlébectomie homolatérale, et/ou ligature de veine perforante de la petite veine saphène homolatérale	0	1	Y		J,K,T			177	1
<p>Avec ou sans : sclérose de veine perforante, superficielle, collatérale et/ou accessoire homolatérale</p> <p>Indication :</p> <ul style="list-style-type: none"> - insuffisance de la petite veine saphène symptomatique associée à un reflux documenté par échodoppler, - selon les préconisations formulées par la Haute Autorité de santé en 2008 et en 2016 <p>Environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - spécifique en secteur opératoire selon les termes de l'arrêté du 7 janvier 1993 - conditions de réalisation selon les préconisations formulées par la Haute Autorité de santé en 2008 et en 2016 <p>Facturation : le tarif prend en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le guidage échographique - le contrôle échographique post procédure immédiat <p>la procédure de guidage échographique doit être conforme aux évaluations de 2008 et de 2016 par la Haute Autorité de santé [HAS]</p>										
EJSF901	Occlusion de la grande veine saphène par radiofréquence, par voie veineuse transcutanée	0	1					0,00	90	1
<p>Avec ou sans : guidage échographique</p>										
<p>exérèse, ligature et/ou sclérose de veine variqueuse</p>										
<p>ligature de veine perforante</p>										
EJNJ001	Séance de sclérose de veine du membre inférieur, par injection intraveineuse transcutanée avec guidage échographique	0	1	Y		M		37,46	58	1
<p>Indication : acte thérapeutique</p> <p>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</p> <p>Facturation :-</p> <ul style="list-style-type: none"> - les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés - le tarif prend en compte le guidage échographique 										

EJSF900	Occlusion de veine saphène par laser, par voie veineuse transcutanée <i>Avec ou sans : guidage échographique exérèse, ligature et/ou sclérose de veine variqueuse ligature de veine perforante</i>	0 1 0 4			0,00 0,00	90 ± 80 ±
EJSF008	Occlusion de la grande veine saphène au-dessus du tiers moyen de la jambe par radiofréquence, par voie veineuse transcutanée avec guidage échographique <i>Indication : - insuffisance de la grande veine saphène symptomatique associée à un reflux documenté par échodoppler, - selon les préconisations formulées par la Haute Autorité de santé en 2008 et en 2013 Environnement : - spécifique en secteur opératoire selon les termes de l'arrêté du 7 janvier 1993 - conditions de réalisation selon les préconisations formulées par la Haute Autorité de santé en 2008 et en 2013 Facturation : - le tarif prend en compte le guidage échographique - la procédure de guidage échographique doit être conforme aux évaluations du 16 avril 2008 et du 18 décembre 2013 de la Haute Autorité de santé [HAS]</i>	0 1 Y		I,X	147,21	142 1
EJSF032	Occlusion de la grande veine saphène au-dessus du tiers moyen de la jambe par radiofréquence, par voie veineuse transcutanée avec guidage échographique et phlébectomie homolatérale, et/ou ligature de veine perforante de la grande veine saphène homolatérale <i>Avec ou sans : sclérose de veine perforante, superficielle, collatérale et/ou accessoire homolatérale Indication : - insuffisance de la grande veine saphène symptomatique associée à un reflux documenté par échodoppler, - selon les préconisations formulées par la Haute Autorité de santé en 2008 et en 2013 Environnement : - spécifique en secteur opératoire selon les termes de l'arrêté du 7 janvier 1993 - conditions de réalisation selon les préconisations formulées par la Haute Autorité de santé en 2008 et en 2013 Facturation : - le tarif prend en compte le guidage échographique - la procédure de guidage échographique doit être conforme aux évaluations du 16 avril 2008 et du 18 décembre 2013 de la Haute Autorité de santé [HAS]</i>	0 1 Y		I,J,K,T,X	191,43	220 1
EJSA003	Ligature d'une veine profonde du membre inférieur, par abord direct <i>Ligature d'une veine perforante du membre inférieur, par abord direct Indication : traumatisme, risque d'embolie septique, anévrisme rompu Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 Y 0 4 Y		I,J,K,M,T 7,A,M	138,96 69,28	149 1 77 1
EJSC001	Ligature de veine perforante du membre inférieur, par vidéochirurgie	0 1 Y 0 4 Y		J,K,M 7,A,M	0,00 0,00	165 1 86 1
EJSA001	Ligature de plusieurs veines perforantes jambières, par abord direct <i>Indication : ligature de perforantes en zone cutanée saine Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 Y 0 4 Y		I,J,K,T,X 7,A	185,05 75,14	164 1 86 1
04.04.03.09	Autres actes thérapeutiques sur les veines des membres	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
EQBP001	Contention veineuse fixe prenant au moins 2 segments de membre, par pose de bande collante ou cohésive <i>À l'exclusion de : contention veineuse peropératoire ou postopératoire Facturation : maximum 2 par semaines</i>	0 1		I,O	14,02	32 1
04.04.04	Actes thérapeutiques sur la veine cave inférieure					
04.04.04.01	Suture de plaie de la veine cave inférieure	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
DHCA001	Suture de plaie de la veine cave inférieure rétrohépatique ou suprahépatique, ou des veines hépatiques, par laparotomie <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,O,P,S,T,U,X A,F,O,P,S,U	942,26 438,56	908 1 293 1
04.04.04.02	Dilatation intraluminaire de la veine cave inférieure	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
DHAF002	Dilatation intraluminaire de la veine cave inférieure sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée <i>Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP008)</i>	0 1 Y		F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	340 1
DHAF004	Dilatation intraluminaire de la veine cave inférieure avec pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée <i>Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)</i>	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	313,50 94,05	413 1 88 1
04.04.04.03	Désobstruction de la veine cave inférieure	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
DHNF004	Fibrinolyse in situ de la veine cave inférieure, par voie veineuse transcutanée <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300) - 4 : (YYYY041)</i>	0 1 Y 0 4 Y		F,P,S,U,X 7,A,F,P,S,U	366,11 94,05	457 1 100 1
DHNF003	Thrombolyse mécanique ou thromboaspiration de la veine cave inférieure, par voie veineuse transcutanée <i>Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300) - 4 : (YYYY041)</i>	0 1 Y 0 4 Y		F,P,S,U,X 7,A,F,P,S,U	329,77 94,05	365 1 75 1
DHPF003	Recanalisation de la veine cave inférieure sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée <i>Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300) - 4 : (YYYY041)</i>	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	355,30 94,05	384 1 80 1
04.04.04.04	Résection de la veine cave inférieure <i>Comprend : résection de la veine cave inférieure pour exérèse de tumeur</i>					
DHFA002	Résection de la veine cave inférieure infrarénale sans reconstruction, par laparotomie <i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,O,P,S,T,U,X 4,7,A,F,O,P,S,U	740,20 240,39	666 1 227 1
DHFA007	Résection de la veine cave inférieure infrarénale avec reconstruction, par laparotomie <i>Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,O,P,S,T,U,X 4,7,A,F,O,P,S,U	969,91 370,38	850 1 300 1

DHFA004	Résection de la veine cave inférieure suprarénale infrahépatique sans reconstruction, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	962,82	840	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	305,63	296	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DHFA006	Résection de la veine cave inférieure suprarénale infrahépatique avec reconstruction, par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1260,60	107	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	444,06	390	1
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DHFA005	Résection de la veine cave inférieure suprarénale rétrohépatique et/ou suprahépatique sans reconstruction, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1111,00	955	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	342,65	341	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DHFA001	Résection de la veine cave inférieure suprarénale rétrohépatique et/ou suprahépatique avec reconstruction, par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	1454,16	122	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	492,81	450	1
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.04.04.05 Occlusion de la veine cave inférieure						
DHSF001	Oblitération partielle temporaire de la veine cave inférieure, par voie veineuse transcutanée <i>Pose d'un filtre cave inférieur temporaire, par voie veineuse transcutanée</i>	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	167,20	237	1
		Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP042)				
DHSF002	Oblitération partielle définitive de la veine cave inférieure, par voie veineuse transcutanée <i>Pose d'un filtre cave inférieur définitif, par voie veineuse transcutanée</i>	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	167,20	237	1
		Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP042)				
DHSA001	Oblitération partielle de la veine cave inférieure, par laparotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	285,02	452	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	160,48	101	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
DHSA002	Ligature de la veine cave inférieure et/ou de l'une de ses branches viscérales, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	339,61	494	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	175,87	121	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.04.04.06 Ablation de filtre de la veine cave inférieure						
DHGF001	Ablation d'un filtre temporaire de la veine cave inférieure, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	209,00	183	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	47	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY190, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
DHGA001	Ablation d'un filtre de la veine cave inférieure sans reconstruction de la veine, par laparotomie <i>Avec ou sans : interruption partielle de la veine cave inférieure</i>	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U,X	697,66	445	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	162,67	181	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
DHGA002	Ablation d'un filtre de la veine cave inférieure avec reconstruction de la veine, par laparotomie <i>Avec ou sans : interruption partielle de la veine cave inférieure</i>	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1011,74	489	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	230,72	200	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.04.05 Actes thérapeutiques sur la veine génitale						
<i>Comprend : actes thérapeutiques sur la veine :</i>						
<i>- testiculaire [spermatique]</i>						
<i>- ovarique [ovarienne]</i>						
04.04.05.01 Anastomose de veine génitale						
EGCA004	Anastomose saphénocaverneuse	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	313,50	210	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	147,22	90	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.04.05.02 Résection et ligature de veine génitale						
<i>Avec ou sans : fermeture d'une déhiscence du canal inguinal homolatéral</i>						
EGFC001	Résection ou ligature de la veine testiculaire, par coelioscopie	0 1 Y	J,K,T	196,00	196	1
		0 4 Y	7,A	114,47	80	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
EGFA010	Résection ou ligature de la veine testiculaire, par abord direct <i>À l'exclusion de : ligature du plexus pampiniforme ou de la veine testiculaire, par abord scrotal (EGSA002)</i>	0 1 Y	J,K,T	167,20	160	1
		0 4 Y	7,A	101,83	63	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
EGFA008	Résection ou ligature de la veine testiculaire par abord direct, avec embolisation intraveineuse	0 1 Y	I,J,K,O,T	240,35	405	1
		0 4 Y	7,A	115,66	121	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
EGSA002	Ligature du plexus pampiniforme ou de la veine testiculaire, par abord scrotal	0 1 Y	J,K,T	167,20	178	1
		0 4 Y	7,A	86,43	70	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
EGSA001	Interruption des veines de drainage du pénis, par abord direct	0 1 Y	J,K,T	167,20	182	1
		0 4 Y	7,A	87,17	72	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.04.05.03 Embolisation de veine génitale						
EGSF002	Embolisation sélective ou hypersélective de la veine testiculaire ou ovarique, par voie veineuse transcutanée <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 1 Y	F,P,S,T,U	209,00	422	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	94,05	102	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EGSF001	Embolisation suprasélective de la veine testiculaire ou ovarique, par voie veineuse transcutanée <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 1 Y	F,P,S,T,U	209,00	506	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	94,05	115	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EGSF003	Embolisation des veines de drainage du pénis, par injection intraveineuse transcutanée	0 1	F,P,S,U	209,00	200	1
		0 4	7,A,F,P,S,U	94,05	115	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
04.04.06 Actes thérapeutiques sur la veine rénale						
<i>Comprend : actes thérapeutiques sur la veine d'un rein transplanté</i>						
04.04.06.01 Dilatation intraluminaire de la veine rénale						
EGAF001	Dilatation intraluminaire de la veine rénale sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	366,11	382	1
		Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300, ZZLP008)				

EGAF004	Dilatation intraluminale de la veine rénale avec pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	355,30	415	1	
Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300, ZZLP008)									
04.04.06.02 Repermeation de veine rénale									
EGNF001	Fibrinolyse in situ de la veine rénale, par voie veineuse transcutanée	0	1	Y	F,P,S,T,U	209,00	415	1	
Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300) - 4 : (YYYY041)									
EGJF001	Thromboaspiration de la veine rénale, par voie veineuse transcutanée	0	1	Y	F,P,S,T,U,X	549,17	482	1	
Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300) - 4 : (YYYY041)									
04.04.07 Actes thérapeutiques sur les artères et/ou les veines hémorroïdales									
04.04.07.01 Hémorroïdectomie									
EGFA005	Réséction d'un paquet hémorroïdaire isolé	0	1	Y	F,P,S,U	62,70	54	1	
Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)									
EGFA003	Hémorroïdectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse <i>Avec ou sans : sphinctérotomie [léiomyotomie] interne</i> <i>Opération selon Milligan - Morgan sans anoplastie</i>	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U,X	190,01	180	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
EGFA002	Hémorroïdectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse avec anoplastie muqueuse postérieure et sphinctérotomie [léiomyotomie] interne <i>Avec ou sans : excision de fissure de l'anus</i> <i>Opération selon Milligan - Morgan avec anoplastie</i>	0	1	Y	I,J,K,T	219,08	196	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
EGFA001	Hémorroïdectomie pédiculaire semifermée ou fermée <i>Avec ou sans : anoplastie muqueuse</i> <i>Opération selon Parks ou avec étalement des ponts</i> <i>Opération selon Ferguson</i>	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U,X	229,72	194	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
04.04.07.02 Autres traitements des hémorroïdes									
EGLF002	Séance d'injection sclérosante des hémorroïdes	0	1		I,X	24,45	38	1	
EGSP001	Séance de ligature élastique des hémorroïdes	0	1		I,O	27,38	41	1	
EGNP001	Séance de traitement instrumental des hémorroïdes par procédé physique <i>Avec ou sans : ligature élastique</i> <i>Traitement des hémorroïdes par photocoagulation infrarouge, laser, cryothérapie, Bi-cap</i>	0	1			52,42	41	1	
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
EGJA001	Évacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe	0	1	Y	F,P,S,U	62,70	33	1	
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
EGFA007	Excision d'une thrombose hémorroïdaire	0	1	Y	F,P,S,U	62,70	50	1	
Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)									
EGED001	Réduction de procidence hémorroïdaire interne par agrafage circulaire, par voie anale <i>Anopexie circulaire selon Longo</i> <i>Indication : hémorroïdes internes symptomatiques de grade 3 ; technique alternative aux traitements instrumentaux et traitements chirurgicaux après échec du traitement médical</i> <i>Formation : expérience en chirurgie proctologique ; nécessité d'une formation spécifique théorique et pratique</i> <i>Environnement : réalisation dans un bloc opératoire en hospitalisation</i>	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U,X	194,27	180	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001)									
EEDSD011	Ligature des artères hémorroïdales avec guidage doppler, avec mucopexie, par voie anale <i>Indication : alternative chirurgicale à l'hémorroïdectomie ou à l'hémorroïdopexie chez les patients atteints de maladie hémorroïdaire interne de grade 2, 3 symptomatique, après échec des traitements médicamenteux et/ou instrumentaux</i> <i>Formation : opérateur bien formé auprès d'un centre expert, ayant une bonne connaissance du matériel et expérimenté en chirurgie proctologique, notamment les trois techniques chirurgicales de la maladie hémorroïdaire (hémorroïdectomie, hémorroïdopexie et ligature)</i> <i>Environnement : même environnement chirurgical que ses alternatives (hémorroïdectomie et hémorroïdopexie)</i>	0	1	Y	J,K,T		211	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
04.04.08 Actes thérapeutiques sur la veine porte et les veines digestives									
04.04.08.01 Suture de plaie de la veine porte									
EHCA008	Suture de plaie de la veine porte et/ou de l'une de ses branches principales, par laparotomie	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	505,52	496	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
04.04.08.02 Dilatation intraluminale de la veine porte									
EHA002	Dilatation intraluminale de la veine porte ou d'une anastomose portocave sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	0	1	Y	F,O,P,S,U,X	450,91	392	1	
Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300, ZZLP008)									
EHA001	Dilatation intraluminale de la veine porte ou d'une anastomose portocave avec pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U	355,30	422	1	
Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300, ZZLP008)									
EHA003	Dilatation intraluminale de veine hépatique [veine sushépatique] sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U	355,30	332	1	
Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300, ZZLP008)									
EHA004	Dilatation intraluminale d'une endoprothèse vasculaire intrahépatique pour court-circuit [shunt] vasculaire portosystémique, par voie veineuse transcutanée	0	1	Y	F,P,S,U	355,30	379	1	
Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300, ZZLP008)									
EHA001	Recalibrage d'une anastomose portocave, par laparotomie	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	522,50	496	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									

04.04.08.03 Désobstruction de la veine porte

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EHNFO01 Fibrinolyse in situ de la veine porte et/ou de ses affluents ou d'un court-circuit [shunt] vasculaire portosystémique, par voie veineuse transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U	209,00	415	1
	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	94,05	100	1
EHPFO01 Recanalisation d'un court-circuit [shunt] vasculaire portosystémique, par voie veineuse transcutanée Avec ou sans : - dilatation du pontage - prise des pressions dans la veine porte Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U,X	386,30	402	1
	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	94,05	96	1
EHFA001 Thrombectomie de la veine porte et/ou de l'un de ses affluents principaux, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA003) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,I,J,K,P,S,T,U	694,11	447	1
	0	4	Y	4,A,F,P,S,U	308,83	209	1

04.04.08.04 Dérivation portale

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EHCF002 Création d'un court-circuit [shunt] portosystémique intrahépatique par pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U	522,50	501	1
	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	188,10	160	1
EHCA003 Anastomose portocave tronculaire ou portorénale, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (EPFA006, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	816,06	509	1
	0	4	Y	4,A,F,P,S,U	468,95	255	1
EHCA006 Anastomose mésentéricocave inférieure, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (EPFA006, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U,X	924,54	583	1
	0	4	Y	4,A,F,P,S,U	526,50	297	1
EHCA009 Anastomose mésentérico-ilio-cave, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (EPFA006, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	741,70	588	1
	0	4	Y	4,A,F,P,S,U	422,03	299	1
EHCA007 Anastomose veineuse splénorénale centrale avec splénectomie, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (EPFA006, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	948,64	578	1
	0	4	Y	4,A,F,P,S,U	522,73	293	1
EHCA004 Anastomose veineuse splénorénale distale sélective sans déconnexion portosystémique, par laparotomie Opération selon Warren sans déconnexion portosystémique Coder éventuellement 14 : (EPFA006, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	791,46	607	1
	0	4	Y	4,A,F,P,S,U	499,37	310	1
EHCA002 Anastomose veineuse splénorénale distale sélective avec déconnexion portosystémique, par laparotomie Opération selon Warren avec déconnexion portosystémique Coder éventuellement 14 : (EPFA006, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	904,54	731	1
	0	4	Y	4,A,F,P,S,U	585,15	379	1
EHCA005 Anastomose entre une branche du système porte autre que la veine splénique ou la veine mésentérique supérieure et le système cave inférieur, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (EPFA006, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1052,16	615	1
	0	4	Y	4,A,F,P,S,U	504,51	314	1
EHCA010 Anastomose entre une branche du système porte et le système cave supérieur, par abord direct Dérivation veineuse mésentéricosubclavière rétrosternale Dérivation veineuse méso-innominée Coder éventuellement 14 : (EPFA006, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	841,62	656	1
	0	4	Y	A,F,P,S,U	560,59	345	1
EHCA001 Pontage veineux mésentéricoatrial, par thoracotomie et par laparotomie Coder éventuellement 14 : (EPFA006, YYYY013, ZZHA001) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	807,91	676	1
	0	4	Y	4,A,F,P,S,U	546,66	349	1

04.04.08.05 Hémostase de varices oesogastriques

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EHBD001 Tamponnement de varices oesogastriques par sonde à ballonnet Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)	0	1		F,P,S,U	37,02	40	1
EHSFO01 Embolisation de varices oesogastriques ou des branches intrahépatiques de la veine porte, par voie veineuse transcutanée ou transpariétohépatique Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U	209,00	475	1
	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	94,05	118	1
EHNE001 Séance de sclérose et/ou de ligature de varices oesogastriques en dehors de la période hémorragique, par endoscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		116,33	84	1
	0	4	Y	A	70,72	34	1
EHNE002 Sclérose et/ou ligature de varices oesogastriques en période hémorragique, par endoscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U	132,78	99	1
	0	4	Y	A,F,P,S,U	77,74	43	1

04.04.08.06 Pose d'un système diffuseur relié à la veine porte

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EHLA001 Pose d'un système diffuseur implantable souscutané avec cathéter relié à une branche de la veine porte, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	J,K,T	397,10	266	1
	0	4	Y	4,7,A	177,78	106	1

04.04.09 Accès vasculaire veineux

Avec ou sans : guidage échographique

À l'exclusion de : accès vasculaire pour circulation extracorporelle (cf 04.05.08)

EPLFO02 Pose d'un cathéter veineux central, par voie transcutanée Pose d'un cathéter veineux central pour surveillance de la pression intraveineuse centrale, par voie transcutanée Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020) Ne peut pas être facturé avec un forfait de cardiologie (YYYY001, YYYY002) Ne peut pas être facturé avec un geste d'anesthésie Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		9,F,P,S,U	63,20	74	1
EBLA002 Pose d'un cathéter dans la veine jugulaire interne, par cervicotomie Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	104,50	85	1
EGLFO01 Pose d'un cathéter veineux ombilical Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		F,P,S,U	0,00	28	1
DHLFO01 Pose d'un cathéter épicutanéocave, par voie transcutanée Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		F,P,S,U	0,00	132	1

EALB002	Pose d'une voie d'abord vasculaire intraosseuse ou dans le sinus veineux sagittal [longitudinal] supérieur	0 1	F,P,S,U	0,00	16 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
EBLA003	Pose d'un cathéter relié à une veine profonde du membre supérieur ou du cou par voie transcutanée, avec pose d'un système diffuseur implantable souscutané	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	138,96	116 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY120, YYYY300, ZZLP025)					
EPPP002	Désobstruction de site implantable ou de voie veineuse centrale tunnellisée par agent thrombolytique	0 1	F,P,S,U	19,20	40 1
EBGA001	Ablation d'un système diffuseur implanté et du cathéter relié à une veine profonde du membre supérieur ou du cou	0 1	9,F,I,P,S,U	72,32	63 1
<i>Forfait : liste SE2</i>					
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					

04.04.10 Autres actes thérapeutiques sur les veines

04.04.10.01 Suture de veine

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EFGA002	0	1	Y	F,O,P,S,U,X	80,12	104	1

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

04.04.10.02 Désobstruction de veine

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EPJB015	0	1		F,P,S,U	23,51	25	1

EPJB001	0	1		F,P,S,U	13,38	18	1
---------	---	---	--	---------	-------	----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

EFFA003	0	1		F,P,S,U	18,83	51	1
---------	---	---	--	---------	-------	----	---

Coder éventuellement 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300, ZZHA001, ZZLP025, ZZQA003)

04.04.10.03 Exérèse de malformation veineuse

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EPFA005	0	1	Y	I,X	75,86	149	1

Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)

EPFA004	0	1	Y	J,K,T,X	505,52	372	1
---------	---	---	---	---------	--------	-----	---

Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)

EPFA001	0	1	Y	J,K,R,T,X	709,00	384	1
---------	---	---	---	-----------	--------	-----	---

Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 16.03.08, 16.03.10)

Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)

04.04.10.04 Occlusion de veine

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EFGA001	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	83,60	82	1

Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)

04.04.10.05 Autres actes thérapeutiques sur les veines

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EPFA003	0	1		F,U	0,00	139	1

Coder éventuellement 4 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)

EPNF001	0	1		A,F,U	0,00	55	1
---------	---	---	--	-------	------	----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)

EPNF001	0	1			0,00	40	1
---------	---	---	--	--	------	----	---

04.05 AUTRES ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES VAISSEAUX

04.05.01 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux du cou et les vaisseaux extracrâniens de la tête

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EBSF001	0	1	Y	F,P,S,U	522,50	545	1

Coder éventuellement 4 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)

EBSF001	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	229,90	151	1
---------	---	---	---	-------------	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (YYYY041)

EBSH001	0	1		F,P,S,U,X	375,41	332	1
---------	---	---	--	-----------	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP025)

EBNH001	0	1		X	199,82	260	1
---------	---	---	--	---	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP025)

EBFA007	0	1	Y	9,I,J,K,T	591,31	443	1
---------	---	---	---	-----------	--------	-----	---

Coder éventuellement 4 : (ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)

EBFA007	0	4	Y	7,A	207,28	216	1
---------	---	---	---	-----	--------	-----	---

Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)

04.05.02 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux intracrâniens

L'exérèse de malformation vasculaire intracrânienne, par craniotomie inclut l'évacuation d'hématome intracrânien associé.

La ligature de vaisseau intracrânien, par craniotomie inclut l'évacuation d'hématome intracrânien associé.

04.05.02.01 Exérèse de malformation vasculaire intracrânienne

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EAF003	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	912,48	618	1

Coder éventuellement 14 : (ACQP002, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)

EAF003	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	431,60	210	1
--------	---	---	---	-------------	--------	-----	---

Coder éventuellement 14 : (ACQP002, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)

EAF009	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1139,36	888	1
--------	---	---	---	-------------------	---------	-----	---

Coder éventuellement 14 : (ACQP002, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)

EAF009	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	512,83	268	1
--------	---	---	---	-------------	--------	-----	---

Coder éventuellement 14 : (ACQP002, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)

EAF008	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1150,71	904	1
--------	---	---	---	-------------------	---------	-----	---

Coder éventuellement 14 : (ACQP002, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)

EAF008	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	520,16	274	1
--------	---	---	---	-------------	--------	-----	---

Coder éventuellement 14 : (ACQP002, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)

EAF005	0	1	Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1028,76	811	1
--------	---	---	---	---------------------	---------	-----	---

Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGQC001, ZZHA001) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)

EAF005	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	558,29	271	1
--------	---	---	---	-------------	--------	-----	---

04.05.02.02 Exérèse de chémodectome tympanojugulaire

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
--	----	---	----	--------------	-------	-----	----

EAFA006	Exérèse d'une tumeur du glomus [corpuscule] tympanojugulaire par abord transpétreux, sans déroutement du nerf facial	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	1164,24	944	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	332,99	276	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EAFA002	Exérèse d'une tumeur du glomus [corpuscule] tympanojugulaire par abord transpétreux, avec déroutement du nerf facial	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	919,66	115	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	412,35	356	1
Avec ou sans : déroutement de l'artère carotide interne Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EAFA004	Exérèse d'une tumeur du glomus [corpuscule] tympanojugulaire étendue à la fosse postérieure, par craniotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	1243,56	111	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	699,78	366	1
Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, ZZHA001) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EAFA007	Exérèse d'une tumeur du glomus [corpuscule] tympanojugulaire étendue aux structures cervicales, par craniocervicotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	713,71	803	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	289,73	225	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.05.02.03 Embolisation et occlusion intraluminaire de vaisseau intracrânien						
EASF006	Embolisation d'une fistule artérioveineuse durale craniocéphalique unipédiculaire, par voie artérielle ou veineuse transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	522,50	813	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	229,90	162	1
Embolisation de fistule durale unipédiculaire de la loge caverneuse, par voie artérielle ou veineuse transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EASF009	Embolisation d'une fistule artérioveineuse durale craniocéphalique unipédiculaire, par voie artérielle et par voie veineuse transcutanées	0 1 Y	F,P,S,U	522,50	959	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	230,94	194	1
Embolisation de fistule durale unipédiculaire de la loge caverneuse, par voies artérielle et veineuse transcutanées Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EASF015	Embolisation d'une fistule artérioveineuse durale craniocéphalique multipédiculaire, par voie artérielle ou veineuse transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	522,50	959	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	230,94	194	1
Embolisation de fistule durale multipédiculaire de la loge caverneuse, par voie artérielle ou veineuse transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EASF005	Embolisation d'une fistule artérioveineuse durale craniocéphalique multipédiculaire, par voie artérielle et par voie veineuse transcutanées	0 1 Y	F,P,S,U	522,50	959	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	230,94	194	1
Embolisation de fistule durale multipédiculaire de la loge caverneuse, par voies artérielle et veineuse transcutanées Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EASF002	Occlusion intraluminaire d'un vaisseau intracrânien afférent à une tumeur, par voie vasculaire transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	522,50	521	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	229,90	97	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EASF003	Occlusion intraluminaire de plusieurs vaisseaux intracrâniens afférents à une tumeur, par voie vasculaire transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	522,50	630	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	229,90	121	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EASF012	Occlusion intraluminaire d'un vaisseau intracrânien, par voie vasculaire transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	522,50	521	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	229,90	97	1
À l'exclusion de : - embolisation de fistule artérioveineuse durale (cf 04.05.02.03) - occlusion intraluminaire de vaisseau intracrânien afférent à une tumeur (cf 04.05.02.03) - occlusion d'anévrisme artériel intracrânien (cf 04.03.08.05) Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EASA001	Ligature de vaisseau intracrânien supratentorial, par craniotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	313,50	449	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	328,33	181	1
Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EASA002	Ligature de vaisseau intracrânien infratentorial, par craniotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	313,50	449	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	328,33	181	1
Occlusion permanente de l'artère vertébrale intracrânienne [segment V4], par craniotomie Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.05.02.04 Exclusion de fistule artérioveineuse intracrânienne						
EACA006	Exclusion de fistule artérioveineuse durale de la convexité, par craniotomie	0 1 Y	J,K,T	418,00	476	1
		0 4 Y	A	267,74	163	1
Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, AGQP004, AGQP005, AGQP006) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EACA005	Exclusion de fistule artérioveineuse d'un sinus veineux dural [fistule ostéodurale], par craniotomie	0 1 Y	9,J,K,T	563,66	587	1
		0 4 Y	A	305,86	200	1
Coder éventuellement 14 : (ACQP002) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EACA001	Exclusion de fistule artérioveineuse de la faux du cerveau ou de la tente du cervelet, par craniotomie	0 1 Y	9,I,J,K,T	711,84	784	1
		0 4 Y	A	373,67	264	1
Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, AGQP004, AGQP005, AGQP006) - 1 : (EZQH004, YYYY105, YYYY189, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.05.03 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux du membre supérieur						
EKSA002	Fermeture de fistule artérioveineuse traumatique du membre supérieur sans reconstruction vasculaire, par abord direct	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	204,90	209	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	70,75	92	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
EKSA001	Fermeture de fistule artérioveineuse traumatique du membre supérieur avec reconstruction de l'axe artériel, par abord direct	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	505,52	384	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	175,10	182	1
Avec ou sans : reconstruction de l'axe veineux Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.05.04 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux pulmonaires						
04.05.04.01 Suture de vaisseau pulmonaire						
DFSA002	Fermeture de fistule ou exclusion d'anévrisme artérioveineux pulmonaire, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	643,06	718	1
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U	384,67	220	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

DCA001	Suture de plaie d'artère pulmonaire ou de veine pulmonaire, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	672,13	615	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	397,50	195	1

04.05.04.02 Embolisation de vaisseau pulmonaire

DFS002	Embolisation de fistule artérioveineuse intrathoracique, par voie artérielle transcutanée	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	À l'exclusion de : embolisation ou fermeture d'une fistule ou d'un anévrisme coronaire, par voie vasculaire transcutanée (DDSF001)	0 1 Y	F,P,S,U	355,30	495	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	124	1

ECSF004	Embolisation sélective ou hypersélective d'artère à destination bronchique ou pleuropulmonaire, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	355,30	462	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	114	1

ECSF006	Embolisation suprasélective d'artère à destination bronchique ou pleuropulmonaire, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	355,30	559	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,05	143	1

04.05.04.03 Exérèse de tumeur des vaisseaux pulmonaires

DFFA004	Exérèse de tumeur des vaisseaux pulmonaires, par thoracotomie sans CEC	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	757,21	797	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	419,46	250	1

04.05.05 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux de la colonne vertébrale et de son contenu

ENNH001	Sclérose d'une malformation vasculaire ou d'une lésion vertébrale, par injection transcutanée intralésionnelle d'agent pharmacologique avec guidage radiologique	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP025)	0 1	X	394,79	100	1

ENSF001	Embolisation d'une malformation vasculaire ou d'une lésion vertébrale, par voie vasculaire transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	104,50	532	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	94,30	60	1

ENSF002	Embolisation de malformation artérioveineuse intraparenchymateuse de la moelle épinière, par voie vasculaire transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	522,50	591	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	229,90	60	1

ENFA007	Exérèse de malformation artérioveineuse intraparenchymateuse de la moelle épinière, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	836,00	736	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, ZZHA001) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	447,32	276	1

ENSF003	Embolisation de malformation artérioveineuse durale spinale, par voie vasculaire transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	522,50	577	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY220, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	229,90	70	1

ENCA001	Exclusion de malformation artérioveineuse durale rachidienne, par abord direct	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	419,02	308	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP006) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	250,23	121	1

04.05.06 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux génitaux

ELSC001	Ligature ou section du pédicule testiculaire [spermatique] pour cryptorchidie, par coelioscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	199,23	193	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	129,50	100	1

ELSA001	Ligature ou section du pédicule testiculaire [spermatique] pour cryptorchidie, par laparotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	198,52	207	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	115,02	120	1

04.05.07 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux des membres inférieurs

EMSA002	Fermeture d'une fistule artérioveineuse traumatique du membre inférieur sans reconstruction vasculaire, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	252,40	190	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	71,48	102	1

EMSA001	Fermeture d'une fistule artérioveineuse traumatique du membre inférieur avec reconstruction vasculaire, par abord direct	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	479,28	309	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	175,10	167	1

04.05.08 Accès vasculaire pour circulation extracorporelle

Comprend : accès vasculaire pour
- épuration extrarénale [hémodialyse]
- échange plasmatique
À l'exclusion de : circulation extracorporelle
- péroperatoire
- pour assistance circulatoire (cf 04.07.02.02)

04.05.08.01 Pose de cathéter vasculaire pour circulation extracorporelle

Avec ou sans : guidage échographique

EPLA002	Pose d'un cathéter veineux central tunnalisé à double courant pour circulation extracorporelle, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	146,76	241	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)					

EPLF005	Pose d'un cathéter veineux central non tunnalisé pour circulation extracorporelle, par voie transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	61,59	66	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					

EPLF003	Pose d'un cathéter veineux central tunnalisé pour circulation extracorporelle, par voie transcutanée	0 1 Y	9,F,I,P,S,U	89,55	87	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					

EPLB002	Pose d'un cathéter central dans 2 veines différentes pour circulation extracorporelle, par voie transcutanée	0 1	9,F,O,P,S,U	106,86	120	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)					

EPLF004	Pose de 2 cathéters centraux tunnalisés dans une seule veine pour circulation extracorporelle, par voie transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	167,20	113	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)					

EMLA001	Pose d'une dérivation artériovineuse fémorale, par abord direct <i>Pose d'un shunt de Thomas, par abord direct</i> Coder éventuellement 14 : (YYYY013) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	167,20 73,15	178 1 80 1
EKLA001	Pose d'une dérivation artériovineuse au membre supérieur, par abord direct <i>Pose d'un shunt de Scribner, par abord direct</i> Coder éventuellement 14 : (YYYY013) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	167,20 73,15	151 1 65 1
EZLA001	Implantation souscutanée d'un site d'accès vasculaire pour circulation extracorporelle Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y		0,00	158 1
EZKA001	Changement de la membrane d'un site d'accès vasculaire implanté pour circulation extracorporelle Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		0,00	79 1
04.05.08.02 Création d'un accès vasculaire artériovineux <i>Avec ou sans : thromboendartériectomie de contigüité</i>					
EZMA004	Création d'une fistule artériovineuse pour accès vasculaire par abord direct sans superficialisation veineuse, chez un sujet de moins de 20 kg Coder éventuellement 14 : (YYYY013) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	536,71 168,16	261 1 187 1
EZMA001	Création d'une fistule artériovineuse pour accès vasculaire par abord direct sans superficialisation veineuse, chez un sujet de plus de 20 kg Coder éventuellement 14 : (YYYY013) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	220,50 120,59	163 1 102 1
EZMA002	Création d'une fistule artériovineuse pour accès vasculaire par abord direct avec superficialisation veineuse, chez un sujet de moins de 20 kg Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X A,F,O,P,S,U	579,25 157,83	332 1 225 1
EZMA003	Création d'une fistule artériovineuse pour accès vasculaire par abord direct avec superficialisation veineuse, chez un sujet de plus de 20 kg Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	292,60 135,63	224 1 128 1
EZCA003	Pontage artériovineux pour accès vasculaire, par abord direct Coder éventuellement 1 : (YYYY068) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	313,50 153,13	239 1 114 1
04.05.08.03 Dilatation intraluminaire d'un accès vasculaire artériovineux <i>Comprend : dilatation intraluminaire - d'un accès vasculaire artériovineux d'un membre - d'une artère afférente ou efférente d'un accès vasculaire artériovineux d'un membre</i>					
EZAF001	Dilatation intraluminaire d'un accès vasculaire artériovineux d'un membre sans pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY130, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	209,00 94,05	349 1 72 1
EZAF002	Dilatation intraluminaire d'un accès vasculaire artériovineux d'un membre avec pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY130, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	209,00 94,05	411 1 89 1
04.05.08.04 Désobstruction d'un accès vasculaire artériovineux					
EZPP002	Désobstruction locale d'un dispositif de dérivation artériovineuse des membres <i>Désobstruction d'un shunt de Thomas, d'un shunt de Scribner</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY130, YYYY300)	0 1	Ph A Cl F,P,S,U	209,00	ICR Ex 73 1
EPPP003	Désobstruction locale d'un cathéter veineux pour circulation extracorporelle Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300)	0 1	F,P,S,U	20,90	48 1
EZPF004	Désobstruction mécanique d'un accès vasculaire artériovineux avec dilatation intraluminaire sans pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée <i>À l'exclusion de : thromboaspiration d'un accès vasculaire artériovineux d'un membre avec dilatation intraluminaire sans pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée (EZJF002) Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : spécifique</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY130, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	209,00 94,05	350 1 95 1
EZPF003	Désobstruction mécanique d'un accès vasculaire artériovineux avec dilatation intraluminaire et pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée <i>À l'exclusion de : thromboaspiration d'un accès vasculaire artériovineux d'un membre avec dilatation intraluminaire et pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée (EZJF001) Environnement : spécifique</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY130, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	209,00 94,05	300 1 113 1
EZNF004	Fibrinolyse in situ d'un accès vasculaire artériovineux des membres, par injection intravasculaire transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY130, YYYY300)	0 1	F,P,S,U	209,00	76 1
EZNF001	Fibrinolyse in situ d'un accès vasculaire artériovineux d'un membre avec dilatation intraluminaire sans pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY130, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	209,00 94,05	505 1 127 1
EZNF002	Fibrinolyse in situ d'un accès vasculaire artériovineux d'un membre avec dilatation intraluminaire et pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY130, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	209,00 94,05	492 1 123 1
EZJF002	Thromboaspiration d'un accès vasculaire artériovineux d'un membre avec dilatation intraluminaire sans pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY250, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	313,50 118,05	470 1 105 1
EZJF001	Thromboaspiration d'un accès vasculaire artériovineux d'un membre avec dilatation intraluminaire et pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY130, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	209,00 94,05	525 1 120 1

EPPF001	Recanalisation de la veine de drainage d'un accès vasculaire artérioveineux sans pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	209,00	433	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	94,05	95	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY130, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EPPF003	Recanalisation de la veine de drainage d'un accès vasculaire artérioveineux avec pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	209,00	499	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	94,05	113	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY130, YYYY300) - 4 : (YYYY041)						
EZPA001	Désobstruction d'un accès vasculaire artérioveineux, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	418,00	202	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	176,31	113	1
<i>Avec ou sans :</i>						
<i>- angioplastie d'élargissement</i>						
<i>- pontage</i>						
<i>- dilatation intraluminale par artériotomie ou phlébotomie</i>						
Coder éventuellement 1 : (YYYY130, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.05.08.05 Adaptation d'un accès vasculaire artérioveineux						
EPCA001	Superficialisation veineuse après création d'une fistule artérioveineuse, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	J,K,T	292,60	153	1
<i>Avec ou sans : réfection de l'anastomose artérioveineuse</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
EPCA002	Pontage ou angioplastie d'élargissement du tronc veineux axillosubclavier ou fémoral en aval d'un accès vasculaire artérioveineux, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,O,T	367,97	367	1
		0 4 Y	A	190,47	114	1
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001) - 1 : (YYYY068) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EZCA004	Pontage ou angioplastie d'élargissement d'un accès vasculaire artérioveineux, par abord direct	0 1 Y	J,K,T	313,50	182	1
		0 4 Y	A	109,88	87	1
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001) - 1 : (YYYY068) - 4 : (YYYY041)						
04.05.08.06 Exérèse d'un accès vasculaire artérioveineux						
EZFA002	Exérèse d'un accès vasculaire artérioveineux sans reconstruction vasculaire	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	J,K,O,T,X	179,38	147	1
Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)						
EZFA003	Exérèse d'un accès vasculaire artérioveineux avec reconstruction vasculaire	0 1 Y	9,J,K,O,T	377,19	253	1
		0 4 Y	A	146,30	144	1
Coder éventuellement 14 : (YYYY013, ZZHA001) - 4 : (YYYY041)						
04.05.08.07 Réduction de débit et fermeture d'un accès vasculaire artérioveineux						
EZBA002	Réduction du volume d'un anévrisme d'un accès vasculaire artérioveineux	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	J,K,T	209,00	167	1
<i>Réséction ou ourlage d'un anévrisme sur accès vasculaire artérioveineux</i>						
Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)						
EZBA003	Réduction du débit d'un accès vasculaire artérioveineux par ligature ou réduction de calibre de l'artère	0 1 Y	J,K,T	209,00	161	1
		Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)				
EZBA001	Réduction du débit d'un accès vasculaire artérioveineux avec réfection de l'anastomose artérielle	0 1 Y	9,J,K,T	277,22	212	1
		Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)				
EZCA002	Exclusion d'un accès vasculaire artérioveineux avec pontage, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,O,T	375,77	249	1
		0 4 Y	7,A	146,30	151	1
Coder éventuellement 14 : (YYYY013) - 1 : (YYYY068) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EZSA001	Fermeture d'un accès vasculaire artérioveineux, par abord direct	0 1 Y	I,J,K,T,X	164,49	136	1
		0 4 Y	7,A	79,18	86	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
EZSA003	Fermeture d'un faux anévrisme d'un accès vasculaire artérioveineux avec reconstruction des axes vasculaires, par abord direct	0 1 Y	J,K,T	397,10	194	1
		0 4 Y	A	178,74	120	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
EZSA002	Hémostase d'un accès vasculaire artérioveineux, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	228,30	167	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	126,03	104	1
<i>Avec ou sans : plastie cutanée</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
04.05.09 Autres actes thérapeutiques sur les vaisseaux						
EZFA001	Exérèse de malformation artérioveineuse cutanée et/ou souscutanée	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	I,J,K,O,T	253,11	263	1
<i>Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 16.03.08, 16.03.10)</i>						
Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP030)						
EZFA004	Exérèse de malformation artérioveineuse musculaire ou osseuse	0 1 Y	I,J,K,T,X	709,00	380	1
		0 4 Y	7,A	141,39	182	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
EZSM001	Fermeture d'un faux anévrisme ou d'une fistule artérioveineuse, par compression transcutanée avec guidage échographique	0 1	F,P,S,U	9,60	51	1
		Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)				
DZSA002	Hémostase secondaire à un acte sur le coeur et/ou les vaisseaux intrathoraciques, par thoracotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	447,38	218	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	347,03	112	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
ELGA001	Ablation d'un cathéter intravasculaire abdominal, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	174,41	180	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	110,26	67	1
<i>Avec ou sans : ablation d'un système diffuseur souscutané implanté</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
DZBF800	Acte CCAM descriptif sans code père	Descriptif : DZBF800-01 Réduction du diamètre du sinus coronaire par pose d'endoprothèse avec angiographie, par voie veineuse transcutanée				
		Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)				

04.06 ACTES THÉRAPEUTIQUES POUR MALFORMATION CONGÉNITALE DU COEUR ET DES VAISSEAUX SUPRACARDIAQUES

Avec ou sans : fermeture de communication interatriale

04.06.01 Actes thérapeutiques sur les cloisons du coeur pour malformation congénitale

04.06.01.01 Actes thérapeutiques sur les cloisons du coeur, à l'étage atrial

Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
----	---	----	--------------	-------	-----	----

DAMF001 Création d'une communication interatriale, par voie veineuse transcutanée Coder éventuellement 1 : (DZQM003, YYYY230, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,P,S,U	595,65	276	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	250,80	57	1
DAMA003 Création d'une communication interatriale, par thoracotomie <i>Atrioseptectomie selon Blalock-Hanlon</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	592,72	426	1
	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	383,26	143	1
DAAF003 Agrandissement d'une communication interatriale, par voie veineuse transcutanée <i>Atrioseptostomie selon Rashkind</i> Coder éventuellement 1 : (DZQM003, YYYY230, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,P,S,U	595,65	236	1
	0 4 Y	A,F,P,S,U	250,80	53	1
DASF004 Fermeture d'une communication interatriale, par voie veineuse transcutanée <i>À l'exclusion de : fermeture d'un foramen ovale perméable, par voie veineuse transcutanée (DASF005)</i> <i>Avec ou sans : mesure des pressions intracardiaques</i> <i>Formation : définie par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i> <i>Environnement : défini par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i> <i>Facturation : cet acte ne peut pas être facturé dans les indications suivantes : prévention d'accident ischémique cérébral transitoire, migraine, accidents de décompression.</i> <i>Établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie</i> Coder éventuellement 1 : (DZQM003, YYYY230, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,P,S,U	595,65	391	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	322,42	93	1
DASF005 Fermeture d'un foramen ovale perméable, par voie veineuse transcutanée <i>Avec ou sans : mesure des pressions intracardiaques</i> <i>Indication :</i> <i>- platypnée-orthodéoxie chez un patient sous oxygénothérapie au long cours</i> <i>- FOP associé à un ASIA (>10mm) ou à un shunt droit-gauche >20 µbulles ou un diamètre > ou = 2mm chez un patient âgé entre 16 et 60 ans, ayant eu un infarctus cérébral récent (< ou = 6 mois) (ce délai sera prolongé si un enregistrement prolongé du rythme cardiaque est nécessaire). Le FOP étant la cause la plus probable de l'infarctus cérébral après un bilan étiologique par un spécialiste neuro-vasculaire.</i> <i>Formation : définie par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i> <i>Environnement : défini par les recommandations de bonne pratique de la Société française de cardiologie</i> <i>Facturation : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie</i> Coder éventuellement 1 : (DZQM003) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,P,S,U	819,46	391	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	96,50	93	1
DASA003 Fermeture d'une communication interatriale, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	731,50	641	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	522,50	182	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DAMA005 Correction d'une malformation sténosante intraatriale droite ou gauche congénitale, par thoracotomie avec CEC <i>Correction du coeur triatrial</i> Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	947,93	738	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	546,15	207	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
04.06.01.02 Actes thérapeutiques sur les cloisons du coeur, à l'étage ventriculaire					
DAAA001 Agrandissement d'une communication interventriculaire ou du foramen bulboventriculaire, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	978,75	855	1
	0 4 Y	A,F,P,S,U	565,58	233	1
DASF003 Fermeture de communication interventriculaire, par voie veineuse transcutanée <i>Avec ou sans : mesure des pressions intracardiaques</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique ; centre disposant d'un bloc opératoire</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 1 : (DZQM003, YYYY230, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,P,S,U	595,65	100	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	373,68	93	1
	0 5 Y	F,P,S,U	313,50	0	1
DASA012 Fermeture d'une communication interventriculaire sans pose d'un conduit extracardiaque, par thoracotomie avec CEC <i>À l'exclusion de : fermeture d'une communication interventriculaire pour discordance atrioventriculaire et transposition ou malposition des gros vaisseaux, par thoracotomie avec CEC (DASA004)</i> Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1106,0	812	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	541,75	221	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DASA001 Fermeture d'une communication interventriculaire avec pose d'un conduit extracardiaque, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	2010,7	108	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	662,71	283	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DASA004 Fermeture d'une communication interventriculaire pour discordance atrioventriculaire et transposition ou malposition des gros vaisseaux, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	1315,5	983	1
	0 4 Y	A,F,P,S,U	554,21	256	1
	0 5 Y	F,P,S,U	313,50	0	1
DASA014 Fermeture d'une communication interventriculaire avec résection musculaire cardiaque intraventriculaire, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	1184,0	886	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	582,07	241	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DASA009 Fermeture d'une communication interventriculaire avec correction d'une sténose de l'aorte thoracique horizontale et/ou de l'isthme aortique, par thoracotomie avec CEC <i>Avec ou sans : interruption du conduit artériel</i> Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	1480,3	108	1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	661,98	293	1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DASA007 Fermeture d'une communication interventriculaire avec correction d'une sténose de l'aorte thoracique horizontale et/ou de l'isthme aortique, avec commissurotomie ou valvectomie pulmonaire, par thoracotomie avec CEC <i>Avec ou sans : interruption du conduit artériel</i> Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	1605,1	111	1
	0 4 Y	A,F,P,S,U	624,59	300	1
	0 5 Y	F,P,S,U	313,50	0	1

DASA011	Fermeture de communications interventriculaires multiples, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1444,94	960	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	591,23	249	1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DASA010	Fermeture de communications interventriculaires multiples, avec résection musculaire cardiaque intraventriculaire, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1615,10	107	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	604,06	280	1
		0 5 Y	9,F,O,P,S,U	333,70	0	1
04.06.01.03 Actes thérapeutiques sur les cloisons du coeur, à l'étage atrioventriculaire						
DASA002	Fermeture d'une communication atrioventriculaire sans geste sur le septum interventriculaire, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1164,89	820	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	522,50	234	1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DASA008	Fermeture d'une communication atrioventriculaire avec geste sur le septum interventriculaire, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1672,53	101	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	581,70	283	1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DASA013	Fermeture d'une communication atrioventriculaire, avec geste sur le septum interventriculaire et correction d'une sténose de la voie pulmonaire, par thoracotomie avec CEC <i>Correction de CAV-Fallot</i> Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	1597,61	110	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	573,64	306	1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
04.06.02 Correction des malformations congénitales des valves et des parois du coeur						
DBPA003	Commissurotomie [Valvulotomie] ou valvectomie [valvulectomie] pulmonaire, par thoracotomie avec clampage cave Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	618,03	360	1
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U	471,28	177	1
DBPA001	Commissurotomie [Valvulotomie] ou valvectomie [valvulectomie] pulmonaire avec fermeture d'une communication interatriale, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	940,50	766	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	533,68	214	1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DAFA007	Résection musculaire cardiaque intraventriculaire, par thoracotomie avec CEC <i>À l'exclusion de : résection d'un bourrelet musculaire infraaortique pour cardiomyopathie obstructive, par thoracotomie avec CEC (DAFA006)</i> Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1157,80	816	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	539,92	213	1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DAFA010	Résection d'une sténose congénitale infraorificielle de l'aorte, par thoracotomie avec CEC <i>À l'exclusion de : résection musculaire cardiaque intraventriculaire, par thoracotomie avec CEC (DAFA007)</i> Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	843,00	734	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	559,25	206	1
		0 5 Y	F,P,S,U	313,50	0	1
DAAA003	Plastie d'agrandissement de l'infundibulum pulmonaire, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	789,83	766	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	561,18	214	1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
DAAA002	Plastie d'agrandissement de l'infundibulum pulmonaire avec section de l'anneau pulmonaire, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	940,50	789	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	575,84	221	1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0	1
04.06.03 Correction des cardiopathies congénitales complexes avec communication [shunt] droite-gauche						
DZMA012	Réparation à l'étage atrial de la transposition des gros vaisseaux, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1783,14	108	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	591,97	302	1
		0 5 Y	9,F,O,P,S,U	333,70	0	1
DZMA007	Réparation à l'étage artériel de la transposition des gros vaisseaux, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U,X	2031,29	114	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	621,29	317	1
		0 5 Y	9,F,O,P,S,U	333,70	0	1
DZMA006	Réparation à l'étage atrial d'une transposition ou d'une malposition des gros vaisseaux avec fermeture d'une communication interventriculaire, par thoracotomie avec CEC <i>Réparation à l'étage atrial d'un ventricule droit ou gauche à double issue, d'un syndrome de Taussig-Bing</i> Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	2088,71	112	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	608,10	310	1
		0 5 Y	F,P,S,U	313,50	0	1
DZMA004	Réparation à l'étage artériel d'une transposition ou d'une malposition des gros vaisseaux avec fermeture d'une communication interventriculaire, par thoracotomie avec CEC <i>Réparation à l'étage artériel d'un ventricule droit ou gauche à double issue, d'un syndrome de Taussig-Bing</i> Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	2212,08	119	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	647,32	330	1
		0 5 Y	9,F,O,P,S,U	333,70	0	1
DZMA001	Réparation d'une malposition des gros vaisseaux avec communication interventriculaire, sans conduit extracardiaque ni mobilisation de l'artère pulmonaire, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	2085,17	111	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	605,16	308	1
		0 5 Y	9,F,O,P,S,U	333,70	0	1
DZMA010	Réparation d'une malposition des gros vaisseaux avec communication interventriculaire, par pose de conduit extracardiaque ou mobilisation de l'artère pulmonaire, par thoracotomie avec CEC <i>Opération selon Rastelli ou Rev</i> Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	2087,30	114	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	621,29	317	1
		0 5 Y	9,F,O,P,S,U	333,70	0	1

DZMA003 Réparation anatomique à l'étage artériel et atrial de la discordance atrioventriculaire et de la transposition ou malposition des gros vaisseaux avec communication interventriculaire, par thoracotomie avec CEC <i>Avec ou sans : correction de sténose pulmonaire</i> <i>Double dérivation [Double switch]</i> Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	1857,08	138 10
	0 4 Y	A,F,P,S,U	715,50	365 1
	0 5 Y	F,P,S,U	313,50	0 1
DZMA002 Réparation anatomique de la discordance atrioventriculaire et de la transposition ou malposition des gros vaisseaux avec communication interventriculaire et sténose pulmonaire à l'étage ventriculaire et atrial, par thoracotomie avec CEC <i>Avec ou sans : pose de conduit extracardiaque entre le ventricule droit et l'artère pulmonaire</i> Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	1857,08	133 14
	0 4 Y	A,F,P,S,U	715,50	365 1
	0 5 Y	F,P,S,U	313,50	0 1
DFCA006 Anastomose entre le tronc de l'artère pulmonaire et l'aorte thoracique ascendante, par thoracotomie avec CEC <i>Opération selon Damus - Kaye - Stansel</i> Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1579,65	906 1
	0 4 Y	A,F,P,S,U	552,38	255 1
	0 5 Y	F,P,S,U	313,50	0 1
DFMA012 Réparation d'une atrésie de l'artère pulmonaire avec fermeture d'une communication interventriculaire sans prothèse [tube valvé ou non], par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	1302,31	945 1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	571,81	264 1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0 1
DFMA011 Réparation d'une atrésie de l'artère pulmonaire avec fermeture d'une communication interventriculaire avec prothèse [tube valvé ou non], par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1863,25	108 19
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	643,29	302 1
	0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0 1
DFCA002 Anastomose cavopulmonaire fonctionnellement terminotermine, par thoracotomie sans CEC <i>Opération selon Glenn, sans CEC</i> Coder éventuellement 14 : (DZSA900) - 1 : (DZQJ002, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1048,61	725 1
	0 4 Y	A,F,P,S,U	487,40	210 1
DFCA008 Anastomose cavopulmonaire fonctionnellement terminotermine, par thoracotomie avec CEC <i>Opération selon Glenn, avec CEC</i> Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	1081,45	855 1
	0 4 Y	A,F,P,S,U	526,35	241 1
	0 5 Y	F,P,S,U	313,50	0 1
DFCA005 Anastomose cavopulmonaire bidirectionnelle, par thoracotomie sans CEC Coder éventuellement 14 : (DZSA900) - 1 : (DZQJ002, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	884,81	799 1
	0 4 Y	A,F,P,S,U	526,26	230 1
DFCA007 Anastomose cavopulmonaire bidirectionnelle, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1221,61	933 1
	0 4 Y	A,F,P,S,U	565,58	261 1
	0 5 Y	F,P,S,U	313,50	0 1
DFCA004 Anastomose cavopulmonaire ou atriopulmonaire totale, par thoracotomie avec CEC <i>Opération selon Fontan</i> Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	1615,81	108 19
	0 4 Y	A,F,P,S,U	658,22	302 1
	0 5 Y	F,P,S,U	313,50	0 1
DZMA005 Réparation de la tétralogie de Fallot sans section de l'anneau pulmonaire, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	1499,54	933 1
	0 4 Y	A,F,P,S,U	601,50	289 1
	0 5 Y	9,F,O,P,S,U	333,70	0 1
DZMA011 Réparation de la tétralogie de Fallot avec section de l'anneau pulmonaire, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	1460,54	945 1
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	608,46	293 1
	0 5 Y	9,F,O,P,S,U	333,70	0 1
DZMA009 Réparation du tronc artériel commun [truncus arteriosus], par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1958,26	108 19
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	683,97	330 1
	0 5 Y	9,F,O,P,S,U	333,70	0 1
DFCA010 Anastomose entre le tronc pulmonaire et l'aorte avec anastomose systémopulmonaire, par thoracotomie avec CEC <i>Avec ou sans : création de communication interatriale et élargissement de l'aorte thoracique horizontale</i> <i>Opération selon Norwood</i> Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	1691,22	110 18
	0 4 Y	A,F,P,S,U	694,24	335 1
	0 5 Y	F,P,S,U	313,50	0 1

04.06.04 Correction des malformations congénitales des vaisseaux coronaires

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DDSA002 Fermeture de fistule coronarocardiaque, par thoracotomie sans CEC Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,J,K,P,S,T,U	638,48	615 1	
	0 4 Y			A,F,P,S,U	402,69	158 1	
DDSA001 Fermeture de fistule coronarocardiaque, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y			9,F,J,K,O,P,S,T,U	894,76	789 1	
	0 4 Y			A,F,O,P,S,U	575,84	221 1	
	0 5 Y			F,O,P,S,U	313,50	0 1	
DDEA001 Réimplantation d'une artère coronaire pour anomalie congénitale d'origine, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y			9,F,J,K,O,P,S,T,U	1386,10	960 1	
	0 4 Y			A,F,O,P,S,U	672,24	264 1	
	0 5 Y			F,O,P,S,U	313,50	0 1	

04.06.05 Correction des malformations congénitales de l'aorte

Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
----	---	----	--------------	-------	-----	----

DGAF006	Dilatation intraluminale d'une coarctation de l'aorte thoracique sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	397,10	339 1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	209,00	76 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY230, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
DGAF004	Dilatation intraluminale d'une coarctation de l'aorte thoracique avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	397,10	339 1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	209,00	76 1
<i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>					
Coder éventuellement 1 : (YYYY230, YYYY300) - 4 : (YYYY041)					
DGMA009	Plastie d'une sténose supraartificielle de l'aorte, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	1184,7	728 1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	554,58	209 1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0 1
Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)					
DGMA011	Correction d'une interruption de l'aorte thoracique horizontale sans prothèse, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	799,27	668 1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	469,44	201 1
<i>Avec ou sans : cerclage de l'artère pulmonaire</i>					
Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
DGMA001	Correction d'une interruption de l'aorte thoracique horizontale avec prothèse, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	843,16	699 1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	506,43	212 1
<i>Avec ou sans : cerclage de l'artère pulmonaire</i>					
Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
DGMA012	Correction d'une interruption de l'aorte thoracique horizontale sans prothèse, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1189,7	840 1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	586,84	236 1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0 1
Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)					
DGMA010	Correction d'une interruption de l'aorte thoracique horizontale avec prothèse, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	1109,7	899 1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	616,89	249 1
		0 5 Y	F,P,S,U	313,50	0 1
Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)					
DGMA005	Correction d'une interruption de l'aorte thoracique horizontale avec réparation de lésion intracardiaque associée, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1400,2	982 1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	617,99	273 1
		0 5 Y	9,F,O,P,S,U	333,70	0 1
<i>À l'exclusion de : réparation du tronc artériel commun [truncus arteriosus], par thoracotomie avec CEC (DZMA009)</i>					
Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ002, DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)					
DGMA002	Correction d'une interruption de l'aorte thoracique horizontale sans prothèse, avec réparation du tronc artériel commun [truncus arteriosus], par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	1379,4	982 1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	627,16	314 1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0 1
<i>Avec ou sans : cerclage de l'artère pulmonaire</i>					
Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)					
DGAA005	Angioplastie d'élargissement ou résection-anastomose d'une sténose de l'aorte thoracique horizontale et de l'isthme aortique, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	888,38	603 1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	431,69	182 1
<i>Avec ou sans :</i>					
<i>- cerclage de l'artère pulmonaire</i>					
<i>- interruption du conduit ou du ligament artériel</i>					
Coder éventuellement 14 : (YYYY013) - 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
DGAA004	Angioplastie d'élargissement ou résection-anastomose d'une sténose de l'aorte thoracique horizontale et de l'isthme aortique, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	992,60	728 1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	527,09	209 1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0 1
Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002, YYYY013) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)					
DGAA002	Angioplastie d'élargissement ou résection-anastomose d'une sténose de l'aorte thoracique horizontale et de l'isthme aortique avec réparation de lésion intracardiaque, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1317,3	994 1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	625,69	276 1
		0 5 Y	9,F,O,P,S,U	333,70	0 1
<i>À l'exclusion de : réparation du tronc artériel commun [truncus arteriosus], par thoracotomie avec CEC (DZMA009)</i>					
<i>Avec ou sans : interruption du conduit ou du ligament artériel</i>					
Coder éventuellement 14 : (EQCF002, YYYY013) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (AALF002, YYYY595)					
DGFA020	Résection-anastomose de l'isthme de l'aorte, par thoracotomie sans CEC, avant l'âge de 3 ans	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	604,07	625 1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	443,42	188 1
<i>Opération selon Crafoord sans CEC, avant l'âge de 3 ans</i>					
Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
DGFA016	Résection-anastomose de l'isthme de l'aorte, par thoracotomie sans dérivation vasculaire ni CEC, après l'âge de 3 ans	0 1 Y	I,J,K,T	738,78	820 1
		0 4 Y	A	490,62	188 1
<i>Opération selon Crafoord sans CEC, après l'âge de 3 ans</i>					
Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
DGFA013	Résection-anastomose de l'isthme de l'aorte, par thoracotomie avec dérivation vasculaire	0 1 Y	J,K,T,X	917,45	954 1
		0 4 Y	4,A	612,31	210 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
DGFA018	Résection-anastomose de l'isthme de l'aorte, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	J,K,T	871,73	102 1
		0 4 Y	A	562,92	218 1
		0 5 Y		313,50	0 1
<i>Opération selon Crafoord avec CEC</i>					
Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)					
DGKA022	Remplacement de l'isthme de l'aorte pour coarctation, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	J,K,T	752,28	811 1
		0 4 Y	A	495,34	198 1
<i>Avec ou sans : interruption du conduit ou du ligament artériel</i>					
Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

DGKA024	Remplacement de l'isthme de l'aorte pour coarctation, par thoracotomie avec CEC <i>Avec ou sans : interruption du conduit ou du ligament artériel</i>	0 1 Y	J,K,T	994,98	102 1
	Coder éventuellement 14 : (DGLA001, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A	563,65	219 1
		0 5 Y		313,50	0 1
DGKA017	Remplacement de l'aorte thoracique descendante pour sténose congénitale, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	J,K,T	752,28	659 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	495,34	198 1
DGKA021	Remplacement de l'aorte thoracique descendante pour sténose congénitale, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	9,J,K,T	1081,2 3	756 1
	Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A	549,36	213 1
		0 5 Y		313,50	0 1
DGAFO03	Dilatation intraluminaire d'une coarctation de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U,X	850,67	278 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY240, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	104,88	70 1
04.06.06	Interruption du conduit [canal] artériel	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
DASF001	Fermeture du conduit artériel, par voie vasculaire transcutanée	0 1 Y	F,P,S,U	595,65	368 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY230, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	229,90	86 1
DAPC001	Interruption du conduit artériel, par thoracoscopie sans CEC	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	627,79	597 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	375,24	153 1
DAPA001	Interruption du conduit artériel, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	538,13	545 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	348,11	138 1
04.06.07	Correction des malformations congénitales de l'artère pulmonaire	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
DFBA001	Cerclage de l'artère pulmonaire, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	645,19	468 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	307,42	117 1
DFEA001	Réimplantation d'une artère pulmonaire pour anomalie d'origine, par thoracotomie <i>À l'exclusion de : au cours de la réparation du tronc artériel commun (DZMA009)</i>	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	1184,7 4	510 1
	Coder éventuellement 14 : (DZSA900) - 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,P,S,U	482,27	209 1
DFCA009	Anastomose artérielle systémicopulmonaire sans prothèse, par thoracotomie sans CEC <i>Opération selon Blalock - Taussig</i>	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	743,76	652 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	404,56	168 1
DFCA003	Anastomose artérielle systémicopulmonaire avec prothèse, par thoracotomie sans CEC <i>Opération modifiée d'après Blalock</i>	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	777,06	652 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	422,12	168 1
DFMA003	Unifocalisation artérielle pulmonaire, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	J,K,T	1023,3 9	835 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	501,70	218 1
DFMA006	Unifocalisation artérielle pulmonaire, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	I,J,K,O,T	1701,6 0	894 1
	Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A	584,64	222 1
		0 5 Y		313,50	0 1
DFAA003	Angioplastie d'élargissement d'une sténose congénitale du tronc de l'artère pulmonaire, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	J,K,T	836,00	738 1
	Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002, YYYY013) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A	522,50	182 1
		0 5 Y		313,50	0 1
DFAA004	Angioplastie d'élargissement d'une sténose congénitale de la bifurcation de l'artère pulmonaire, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	J,K,T	1149,5 0	882 1
	Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002, YYYY013) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A	576,94	219 1
		0 5 Y		313,50	0 1
DFAA005	Angioplastie d'élargissement d'une sténose congénitale d'une branche de l'artère pulmonaire, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	I,J,K,O,T	779,19	725 1
	Coder éventuellement 14 : (DZSA900, YYYY013) - 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	486,30	182 1
DFAA002	Angioplastie d'élargissement d'une sténose congénitale d'une branche de l'artère pulmonaire, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	9,J,K,T	1054,2 8	816 1
	Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002, YYYY013) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A	539,55	202 1
		0 5 Y		313,50	0 1
04.06.08	Correction des malformations congénitales des veines pulmonaires	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
DFSA001	Suppression de circulation systémique pulmonaire, par thoracotomie	0 1 Y	J,K,T	644,65	360 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A	385,13	158 1
DFMA008	Réparation du retour veineux pulmonaire anormal partiel, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	9,J,K,O,T	969,20	711 1
	Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A	522,50	181 1
		0 5 Y		313,50	0 1
DFMA004	Réparation du retour veineux pulmonaire anormal total, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	I,J,K,O,T	1691,6 7	105 1
	Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A	579,87	269 1
		0 5 Y		313,50	0 1
DFMA001	Réparation d'une obstruction du retour veineux pulmonaire, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1574,6 9	105 1
	Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	579,87	269 1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0 1
04.06.09	Autres actes thérapeutiques palliatifs pour cardiopathie congénitale	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex

DBLA001	Pose d'un tube valvé ou non entre un ventricule et l'artère pulmonaire, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (DZSA900, EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	9,J,K,T	1074,84	855 1
		0 4 Y	A	559,34	253 1
		0 5 Y		313,50	0 1
DBLA002	Pose d'un tube valvé entre un ventricule et l'aorte, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	9,J,K,T	1123,77	855 1
		0 4 Y	A	559,34	253 1
		0 5 Y		313,50	0 1
DBLA003	Pose d'un tube valvé entre le ventricule gauche et l'aorte [tube apicoaortique], par thoraco-phréno-laparotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	1268,55	107 3
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	669,68	309 1
		0 5 Y	F,O,P,S,U	313,50	0 1

04.06.10 Correction d'autres malformations congénitales des vaisseaux

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DGSA003	Fermeture d'une fenêtre [fistule] aortopulmonaire, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y		9,F,J,K,O,P,S,T,U	1099,66	828 1	
		0 4 Y		A,F,O,P,S,U	573,27	246 1	
		0 5 Y		F,O,P,S,U	313,50	0 1	
DGDA001	Aortopexie rétrosternale Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		F,J,K,P,S,T,U	522,50	398 1	
		0 4 Y		4,A,F,P,S,U	351,04	140 1	
ECPA003	Section-anastomose d'un vaisseau pour anomalie des arcs aortiques, par thoracotomie sans CEC Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		F,I,J,K,O,P,S,T,U	762,88	571 1	
		0 4 Y		A,F,O,P,S,U	362,41	146 1	
EPMA001	Correction d'une anomalie du retour veineux systémique sans prothèse, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y		J,K,T	967,96	200 1	
		0 4 Y		A	522,50	180 1	
		0 5 Y			313,50	0 1	
EPMA002	Correction d'une anomalie du retour veineux systémique avec prothèse, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y		J,K,T	1011,84	200 1	
		0 4 Y		A	522,50	180 1	
		0 5 Y			313,50	0 1	
EZSA005	Fermeture d'une communication artérioveineuse tronculaire congénitale [d'un shunt artérioveineux tronculaire congénital], par abord direct Coder éventuellement 1 : (YYYY062) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		F,J,K,P,S,T,U	522,50	390 1	
		0 4 Y		4,A,F,P,S,U	229,90	76 1	

04.06.11 Autres actes thérapeutiques pour cardiopathie congénitale

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DFGA003	Ablation d'un cerclage pulmonaire, par thoracotomie sans CEC Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		F,I,J,K,O,P,S,T,U	637,39	604 1	
		0 4 Y		A,F,P,S,U	378,90	154 1	
DFGA001	Ablation d'un cerclage pulmonaire, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y		J,K,T	749,71	723 1	
		0 4 Y		A	522,50	179 1	
		0 5 Y			313,50	0 1	
DFGA004	Ablation d'un cerclage pulmonaire avec fermeture d'une communication interventriculaire unique, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y		I,J,K,T	1302,43	867 1	
		0 4 Y		A	569,24	216 1	
		0 5 Y			313,50	0 1	
DFGA002	Ablation d'un cerclage pulmonaire avec fermeture de communications interventriculaires multiples, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y		9,J,K,T	1444,94	956 1	
		0 4 Y		A	593,80	239 1	
		0 5 Y			313,50	0 1	
DFMA010	Démontage d'une anastomose cavopulmonaire totale, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y		F,J,K,P,S,T,U	1414,54	101 1	
		0 4 Y		A,F,P,S,U	575,02	259 1	
		0 5 Y		F,P,S,U	313,50	0 1	
DZSA001	Suppression d'une anastomose palliative pour cardiopathie congénitale, avec angioplastie d'agrandissement d'une branche de l'artère pulmonaire, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002) - 1 : (DZQJ007, YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 1 Y		I,J,K,T	1154,96	871 1	
		0 4 Y		A	532,50	222 1	
		0 5 Y			313,50	0 1	

04.07 ASSISTANCE CIRCULATOIRE

04.07.01 Suppléance hémodynamique non mécanique

Avec ou sans : surveillance de la pression artérielle effractive [sanguante] et/ou de la pression veineuse centrale [PVC]

Environnement : services de réanimation au sens du décret

Facturation : le codage des actes du sous paragraphe 04.07.01 doit être accompagné d'un code de forfait du sous chapitre 19.01

DKMD002	Ressuscitation cardiorespiratoire avec intubation trachéale, dans un bloc médicotechnique Avec ou sans : choc électrique externe Ventilation par voie trachéale avec massage cardiaque externe pour rétablissement d'une efficacité circulatoire, dans un bloc médicotechnique	0 1		F,U	0,00	78 1	
DKMD001	Ressuscitation cardiorespiratoire avec intubation trachéale, en dehors d'un bloc médicotechnique Avec ou sans : choc électrique externe Ventilation par voie trachéale avec massage cardiaque externe pour rétablissement d'une efficacité circulatoire, en dehors d'un bloc médicotechnique	0 1		F,U	0,00	92 1	
EQLF005	Administration intraveineuse continue d'agent pharmacologique vasoactif chez le nouveau-né pour suppléance hémodynamique, par 24 heures Avec ou sans : oxygénothérapie	0 1			0,00	53 1	
EQLF001	Injection intraveineuse continue de dobutamine ou de dopamine à débit inférieur à 8 microgrammes par kilogramme par minute [µg/kg/min], ou de dopexamine en dehors de la période néonatale, par 24 heures Avec ou sans : oxygénothérapie	0 1			0,00	45 1	

EQLF003	Injection intraveineuse continue de dobutamine ou de dopamine à débit supérieur à 8 microgrammes par kilogramme par minute [µg/kg/min], d'adrénaline ou de noradrénaline en dehors de la période néonatale, par 24 heures	0	1					0,00	74	1
	<i>Avec ou sans : oxygénothérapie</i>									
EQLF002	Perfusion intraveineuse de produit de remplissage à un débit supérieur à 50 millilitres par kilogramme [ml/kg] en moins de 24 heures, chez l'adulte	0	1					0,00	60	1
FELF004	Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume supérieur à une demimasse sanguine chez l'adulte ou à 40 millilitres par kilogramme [ml/kg] chez le nouveau-né en moins de 24 heures <i>À l'exclusion de : transfusion de plus d'une demimasse sanguine, au cours d'une anesthésie générale ou locorégionale (FELF001)</i>	0	1					0,00	60	1
	04.07.02 Assistance circulatoire mécanique									
	04.07.02.01 Contrepulsion diastolique intraaortique [Pose de ballon intraaortique]									
DGLF006	Pose d'un ballon de contrepulsion diastolique intraaortique, par voie artérielle transcutanée <i>Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300) - 4 : (YYYY041)</i>	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1	Y		F,P,S,U		209,00	204	1
		0	4	Y		A,F,P,S,U		125,40	65	1
DGLA002	Pose d'un ballon de contrepulsion diastolique intraaortique, par abord artériel périphérique <i>Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300) - 4 : (YYYY041)</i>	0	1	Y		F,P,S,U		209,00	138	1
		0	4	Y		A,F,P,S,U		125,40	65	1
DGGA004	Ablation d'un dispositif de contrepulsion diastolique intraaortique avec rétablissement de la continuité artérielle, par abord artériel périphérique <i>Coder éventuellement 1 : (ZZLP012)</i>	0	1	Y		F,J,K,O,P,S,T,U		313,50	138	1
DGGA001	Ablation d'un dispositif de contrepulsion diastolique intraaortique, par thoracotomie <i>Coder éventuellement 1 : (YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0	1	Y		F,J,K,P,S,T,U		271,18	180	1
		0	4	Y		A,F,P,S,U		237,07	135	1
EQMP001	Suppléance hémodynamique par dispositif de contrepulsion diastolique intraaortique, par 24 heures	0	1					0,00	144	1
EQMF003	Suppléance hémodynamique et ventilatoire d'un patient en état de mort encéphalique, en vue de prélèvement d'organe	0	1					0,00	390	1
	04.07.02.02 Circulation extracorporelle [CEC] pour assistance circulatoire									
EQLA002	Pose d'une circulation extracorporelle en urgence pour assistance circulatoire, par abord vasculaire périphérique <i>CEC de nécessité</i> <i>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</i>	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1	Y		F,U		0,00	149	1
EQLA001	Pose d'une circulation extracorporelle pour assistance circulatoire de longue durée, par thoracotomie <i>Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0	1	Y		F,I,J,K,O,P,S,T,U		394,91	198	1
		0	4	Y		A,F,O,P,S,U		248,80	162	1
EQGA001	Ablation d'une circulation extracorporelle [CEC] établie sur les vaisseaux périphériques <i>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</i>	0	1			F,J,K,O,P,S,T,U,X		236,81	152	1
EQCF001	Circulation extracorporelle pour réchauffement d'une hypothermie accidentelle <i>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</i>	0	1			F,U		0,00	396	1
EQGA002	Ablation d'une circulation extracorporelle [CEC] pour assistance circulatoire de longue durée, par thoracotomie <i>Coder éventuellement 1 : (YYYY062, YYYY189) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0	1	Y		F,J,K,O,P,S,T,U,X		394,91	244	1
		0	4	Y		A,F,O,P,S,U		248,80	149	1
EQQP004	Suppléance hémodynamique par circulation extracorporelle, par 24 heures	0	1					0,00	240	1
	04.07.02.03 Assistance circulatoire mécanique ventriculaire									
EQLA003	Pose d'une assistance circulatoire mécanique monoventriculaire externe, par thoracotomie sans CEC <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001)</i>	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1	Y		F,U		0,00	835	1
		0	4	Y		A,F,U		0,00	187	1
EQLA004	Pose d'une assistance circulatoire mécanique monoventriculaire externe, par thoracotomie avec CEC <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001)</i>	0	1	Y		F,U		0,00	855	1
		0	4	Y		A,F,U		0,00	184	1
		0	5	Y		F,U		0,00	0	1
EQLA005	Pose d'une assistance circulatoire mécanique biventriculaire externe, par thoracotomie sans CEC <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001)</i>	0	1	Y		F,U		0,00	104	1
									4	
		0	4	Y		A,F,U		0,00	244	1
EQLA006	Pose d'une assistance circulatoire mécanique biventriculaire externe, par thoracotomie avec CEC <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001)</i>	0	1	Y		F,U		0,00	112	1
									7	
		0	4	Y		A,F,U		0,00	253	1
		0	5	Y		F,U		0,00	0	1
EQLA007	Pose d'une assistance circulatoire mécanique monoventriculaire interne, par thoracotomie sans CEC <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001)</i>	0	1	Y		F,U		0,00	883	1
		0	4	Y		A,F,U		0,00	200	1
EQLA008	Pose d'une assistance circulatoire mécanique monoventriculaire interne, par thoracotomie avec CEC <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001)</i>	0	1	Y		F,U		0,00	105	1
									0	
		0	4	Y		A,F,U		0,00	233	1
		0	5	Y		F,U		0,00	0	1
EQLA009	Pose d'une assistance circulatoire mécanique biventriculaire interne, par thoracotomie sans CEC <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001)</i>	0	1	Y		F,U		0,00	103	1
									7	
		0	4	Y		A,F,U		0,00	243	1
EQLA010	Pose d'une prothèse mécanique biventriculaire orthotopique, par thoracotomie avec CEC <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001)</i>	0	1	Y		F,U		0,00	127	1
									5	
		0	4	Y		A,F,U		0,00	290	1
		0	5	Y		F,U		0,00	0	1

EQKA003	Changement d'un système d'assistance circulatoire mécanique ventriculaire, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	F,U	0,00	105	1		
		Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y	A,F,U	0,00	247	1	
EQKA002	Changement d'un système d'assistance circulatoire mécanique ventriculaire, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,U	0,00	114	1		
		Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y	A,F,U	0,00	257	1	
		0 5 Y	F,U	0,00	0	1		
EQQP013	Suppléance hémodynamique par assistance circulatoire mécanique ventriculaire, par 24 heures	0 1		0,00	360	1		
04.07.02.04 Autre technique d'assistance circulatoire		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EQLA665	Pose d'un dispositif d'assistance circulatoire mécanique temporaire, monoventriculaire interne par abord vasculaire	0 1		A			0	1
		0 4		A			0	1
<i>Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</i>								
<i>Son utilisation est limitée à un centre tertiaire disposant de comité pluridisciplinaire (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes réanimateurs, perfusionnistes, psychologue), dédié à l'assistance circulatoire mécanique (ACM), mis en place pour discuter de l'opportunité d'une escalade thérapeutique</i>								
EQLA011	Pose d'un dispositif interne d'assistance circulatoire, en dehors de la circulation extracorporelle [CEC] et de ventricule artificiel, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	F,U	0,00	200	1		
		Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y	A,F,U	0,00	180	1	
EQGA214	Ablation d'un dispositif d'assistance circulatoire mécanique temporaire, monoventriculaire interne, par abord vasculaire	0 1	A,F,U			0 1		
		0 4	A,F,U			0 1		
EQGA003	Ablation d'un dispositif d'assistance circulatoire interne ou externe, en dehors d'un dispositif de contreimpulsion diastolique intraaortique, par thoracotomie sans CEC	0 1 Y	F,U	0,00	586	1		
		Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y	A,F,U	0,00	174	1	
EQGA004	Ablation d'un dispositif d'assistance circulatoire interne ou externe, en dehors d'un dispositif de contreimpulsion diastolique intraaortique, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	F,U	0,00	707	1		
		Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y	A,F,U	0,00	205	1	
		0 5 Y	F,U	0,00	0	1		

05 SYSTÈME IMMUNITAIRE ET SYSTÈME HÉMATOPOÏÉTIQUE

05.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR LE SYSTÈME IMMUNITAIRE ET LE SYSTÈME HÉMATOPOÏÉTIQUE

05.01.01 Radiographie des systèmes immunitaire et hématopoïétique

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LCQK002 Radiographie des tissus mous du cou <i>Radiographie du pharynx, du larynx ou de la trachée</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	19,95	9	2
FCQH001 Lymphographie du membre supérieur <i>Avec ou sans : réalisation de clichés tardifs</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		E,F,P,R,S,U,Y,Z	133,00	228	2
FCQH002 Lymphographie des membres inférieurs <i>Avec ou sans : réalisation de clichés tardifs</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	133,00	340	2

05.01.02 Scanographie des systèmes immunitaire et hématopoïétique

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LCQK001 Scanographie des tissus mous du cou, sans injection intraveineuse de produit de contraste Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	57	2
LCQH001 Scanographie des tissus mous du cou, avec injection intraveineuse de produit de contraste Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	58	2

05.01.03 Remnographie [IRM] des systèmes immunitaire et hématopoïétique

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LCQN001 Remnographie [IRM] des tissus mous du cou, sans injection intraveineuse de produit de contraste Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)	0	1		F,P,S,U	69,00	107	2
LCQJ001 Remnographie [IRM] des tissus mous du cou, avec injection intraveineuse de produit de contraste Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)	0	1		F,P,S,U	69,00	111	2

05.01.04 Scintigraphie des systèmes immunitaire et hématopoïétique

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
FCQL001 Lymphoscintigraphie <i>Lymphoscintigraphie à visée angéiologique</i> <i>Indication : examen de première intention dans l'exploration des affections lymphatiques suspectées ou avérées des membres</i> Coder éventuellement 1 : (ZZQL007)	0	1		G	268,87	93	2
FFQL001 Scintigraphie de la rate, par injection de traceur radio-isotopique spécifique	0	1		G	162,76	60	2
FDQL001 Scintigraphie de la moelle osseuse	0	1		G	180,44	78	2
FEQL001 Mesure radio-isotopique de la durée de vie des hématies	0	1		G	123,80	135	2
FEQL005 Mesure radio-isotopique de la cinétique érythrocytaire	0	1		G	123,80	90	2
FEQL002 Mesure radio-isotopique de la durée de vie des plaquettes	0	1		G	123,80	90	2
FEQL007 Mesure radio-isotopique du volume sanguin	0	1		G	56,65	36	2
FEQL004 Mesure radio-isotopique de la disparition plasmatique du fer [fer rapide]	0	1		G	268,87	60	2
ZZQL006 Recherche d'un foyer infectieux ou inflammatoire par injection de polynucléaires marqués, sans séparation des lymphocytes	0	1		G	268,87	93	2
ZZQL011 Recherche d'un foyer infectieux ou inflammatoire par injection de polynucléaires marqués, avec séparation des lymphocytes Coder éventuellement 1 : (ZZQL018, ZZQL019)	0	1		G	268,87	108	2
ZZQL015 Recherche d'un foyer infectieux ou inflammatoire par injection d'anticorps ou de peptide marqué, ou de traceur radio-isotopique non spécifique <i>Bilan d'une sarcoïdose par injection d'anticorps ou de peptide marqué, ou de traceur radio-isotopique non spécifique</i>	0	1		G	268,87	90	2

05.01.05 Épreuves fonctionnelles des systèmes immunitaire et hématopoïétique

05.01.05.01 Tests allergologiques cutanés

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
FGRP007 Test allergologique épicutané en chambre close [Patch test] par batterie standard et/ou batterie complémentaire <i>Avec ou sans : tests épicutanés ouverts</i>	0	1		9,I	30,85	23	2
FGRP003 Test allergologique épicutané en chambre close [Patch test] par tests orientés <i>Avec ou sans :</i> <i>- tests épicutanés ouverts</i> <i>- batterie complémentaire</i> <i>Environnement : l'utilisation de produits préparés extemporanément nécessite des précautions de préparation des produits par le praticien</i>	0	1		O,X	37,64	29	2
FGRP005 Test allergologique épicutané en chambre close [Patch test] par batterie standard et tests orientés <i>Avec ou sans :</i> <i>- tests épicutanés ouverts</i> <i>- batterie complémentaire</i> <i>Environnement : les tests orientés nécessitent des précautions de préparation des produits par le praticien.</i>	0	1		9,I	45,04	38	2
FGRB003 Test allergologique par piqûre épidermique avec des substances administrées à concentration fixe <i>À l'exclusion de : test allergologique par piqûre épidermique avec des aliments natifs (FGRB004)</i> <i>Prick test pour recherche d'allergie au latex, d'allergie médicamenteuse</i> <i>Prick test avec nombre de substances testées supérieur ou égal à 10, témoins inclus, pour rhinite allergique</i> <i>Environnement : permettant rapidement la reconnaissance et le traitement d'un choc anaphylactique</i>	0	1			28,80	19	2
FGRB004 Test allergologique par piqûre épidermique avec des aliments natifs <i>Prick test avec aliments natifs testés, témoins inclus</i> <i>Environnement : permettant rapidement la reconnaissance et le traitement d'un choc anaphylactique</i>	0	1		9	37,02	25	2
FGRB005 Test allergologique par injection intradermique de substances administrées à concentration fixe <i>Test allergologique par injection intradermique d'au moins 6 substances, témoins inclus</i> <i>Environnement : permettant rapidement la reconnaissance et le traitement d'un choc anaphylactique</i>	0	1		9,O	33,94	25	2
FGRB002 Test allergologique par injection intradermique d'une substance administrée à concentration croissante <i>Environnement : permettant rapidement la reconnaissance et le traitement d'un choc anaphylactique</i>	0	1		9	37,02	29	2

FGRB001	Test allergologique par injection intradermique de plusieurs substances administrées à concentration croissante avec au moins 2 dilutions	0	1		9,I	45,04	38	2
---------	--	---	---	--	-----	-------	----	---

Test allergologique par injection intradermique d'un venin d'abeille et de 2 venins de guêpe, avec 3 dilutions à concentration croissante
 Environnement : permettant rapidement la reconnaissance et le traitement d'un choc anaphylactique

05.01.05.02 Tests allergologiques de provocation

Les tests allergologiques de provocation incluent le contrôle avec placebo.

FGRD002	Test de provocation par ingestion d'un allergène à concentration fixe	0	1		I,O	42,57	158	2
---------	--	---	---	--	-----	-------	-----	---

Environnement : spécifique ; milieu hospitalier spécialisé, sous surveillance médicale étroite, personnel entraîné, équipement adapté, disponible immédiatement pour traiter un choc anaphylactique

FGRD003	Test de provocation par ingestion d'un allergène administré à concentration croissante	0	1		9,X	59,23	158	2
---------	---	---	---	--	-----	-------	-----	---

Environnement : spécifique ; milieu hospitalier spécialisé, sous surveillance médicale étroite, personnel entraîné, équipement adapté, disponible immédiatement pour traiter un choc anaphylactique
 Forfait : liste SE3

FGRP009	Test de provocation conjonctival par allergène administré à concentration croissante	0	1			28,80	25	2
---------	---	---	---	--	--	-------	----	---

Environnement :
 - spécifique ;
 - évaluation allergologique et ophtalmologique apportés par un ou deux professionnels nécessaires pour la réalisation de cet acte ;
 - permettant de répondre à une crise aiguë de bronchospasme ou d'urticaire selon les recommandations de bonne pratique en cours de publication par le groupe ophtalmologie et allergologie

FGRD004	Test de provocation par allergène administré à concentration croissante par voie nasale	0	1		9,O	33,94	27	2
---------	--	---	---	--	-----	-------	----	---

Avec ou sans : rhinomanométrie antérieure
 Indication : en cas de tests cutanés négatifs malgré des signes cliniques suggestifs, en cas de polysensibilisation cutanée
 Environnement : absence de bronchospasme vérifiée au préalable par réalisation d'un débitmètre de pointe ou d'une courbe débit volume ; la mesure par rhinomanométrie est recommandée

FGRP006	Test allergologique de provocation par plusieurs aliments natifs administrés par contact labial	0	1		9,O	33,94	27	2
---------	--	---	---	--	-----	-------	----	---

Indication : diagnostic d'allergies alimentaires et médicamenteuses
 Environnement : conditions permettant rapidement la reconnaissance et le traitement d'un choc anaphylactique

FGRB006	Test d'introduction ou de réintroduction d'un allergène par injection à concentration fixe	0	1			28,80	52	2
---------	---	---	---	--	--	-------	----	---

Indication : allergie aux anesthésiques locaux
 Environnement : adapté au risque en fonction de la substance et du patient

FGRB007	Test d'introduction ou de réintroduction d'un allergène par injection à concentration croissante	0	1		9,X	59,85	106	2
---------	---	---	---	--	-----	-------	-----	---

Indication : allergie aux anesthésiques locaux
 Environnement : adapté au risque en fonction de la substance et du patient

05.01.06 Ponction, biopsie et prélèvement des systèmes immunitaire et hématopoïétique

05.01.06.01 Ponction de noeud [ganglion] lymphatique

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
FCHB001	0	1			5,76	15	2

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

05.01.06.02 Ponction et biopsie de moelle osseuse

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
FDHB001	0	1		F,P,S,U	9,60	19	2

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

FDHB005	Ponction de moelle osseuse pour myélogramme dans plusieurs territoires sous anesthésie générale, par voie transcutanée	0	1		F,P,S,U	14,40	53	1
		0	4		A,F,P,S,U	54,98	29	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

FDHB006	Ponction de moelle osseuse pour myélogramme et analyses biologiques dans un territoire, par voie transcutanée	0	1			9,60	22	2
---------	--	---	---	--	--	------	----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

FDHB003	Ponction de moelle osseuse pour myélogramme et analyses biologiques dans plusieurs territoires sous anesthésie générale, par voie transcutanée	0	1			14,40	67	1
		0	4		A	58,28	33	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

FDHB002	Biopsie ostéomédullaire, par voie transcutanée	0	1		J,K,T	62,70	31	1
---------	---	---	---	--	-------	-------	----	---

Forfait : liste SE2
 Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

FDHB004	Ponction de moelle osseuse pour myélogramme et analyses biologiques avec biopsie ostéomédullaire dans le même territoire, par voie transcutanée	0	1		J,K,T	67,50	37	1
---------	--	---	---	--	-------	-------	----	---

Forfait : liste SE2
 Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

05.01.06.03 Prélèvement de sang

Le prélèvement de sang, par voie vasculaire transcutanée inclut le guidage angiographique.

FEHB001	Prélèvement de sang artériel, par voie transcutanée	0	1		F,P,S,U	9,60	8	2
---------	--	---	---	--	---------	------	---	---

EAHF001	Prélèvements sanguins hypersélectifs étagés des sinus pétreux, par voie veineuse transcutanée	0	1		9	320,35	414	1
---------	--	---	---	--	---	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY250, YYYY300, ZZLP030)

EHHF001	Prélèvements sanguins veineux étagés sélectifs ou hypersélectifs de vaisseau affluent de la veine porte, par voie veineuse transhépatique transcutanée	0	1			288,00	462	1
---------	---	---	---	--	--	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY250, YYYY300, ZZLP030)

EHHF002	Prélèvements sanguins veineux étagés suprasélectifs de vaisseau affluent de la veine porte, par voie veineuse transhépatique transcutanée	0	1			288,00	494	1
---------	--	---	---	--	--	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY250, YYYY300, ZZLP030)

EGHF001	Prélèvements sanguins bilatéraux étagés ou simultanés des veines rénales, par voie veineuse transcutanée	0	1			96,00	260	1
---------	---	---	---	--	--	-------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP030)

EGHF003	Prélèvements sanguins bilatéraux étagés ou simultanés des veines surrénales, par voie veineuse transcutanée	0	1			240,00	366	1
---------	--	---	---	--	--	--------	-----	---

Avec ou sans : prélèvements sanguins veineux rénaux

Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300, ZZLP030)

EGHF002	Prélèvements sanguins bilatéraux étagés ou simultanés des veines gonadiques, par voie veineuse transcutanée	0	1			192,00	302	1
---------	--	---	---	--	--	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP030)

05.01.07 Exploration chirurgicale des systèmes immunitaire et hématopoïétique

ZAQAO01	Exploration du cou, par cervicotomie [Cervicotomie exploratrice]	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
---------	---	----	---	----	--------------	-------	-----	----

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

FCFA012	Exérèse de noeud [ganglion] lymphatique du cou à visée diagnostique, par cervicotomie	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	103,18	131	1
---------	--	---	---	---	---------------------	--------	-----	---

Forfait : liste SE2

Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)

FCFA021	Exérèse de noeud [ganglion] lymphatique des membres à visée diagnostique, par abord direct	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	106,26	78	1
---------	---	---	---	---	---------------------	--------	----	---

Exérèse de ganglion sentinelle

Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)

05.01.08 Examen anatomopathologique des systèmes immunitaire et hématopoïétique

Par structure anatomique, on entend : élément du corps humain, unitissulaire ou pluritissulaire, topographiquement délimité, constituant un ensemble organisé destiné à remplir un rôle déterminé ou une fonction. Il peut s'agir par exemple :

- d'un organe : estomac, peau, muscle,
- d'une entité concourant à une finalité caractéristique : méninge, séreuse,
- d'une région anatomique : médiastin, région rétropéritonéale

Par biopsie, on entend : prélèvement sur une structure anatomique d'un fragment biopsique ou de fragments biopsiques multiples non distingués les uns des autres lors du prélèvement.

L'examen histopathologique de biopsie inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalum ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans : - coloration spéciale

- coupes sériées
- empreinte par apposition cellulaire
- écrasis cellulaire

Par pièce d'exérèse, on entend : exérèse partielle ou totale, monobloc ou en plusieurs fragments non différenciés par le préleveur, pour chaque structure anatomique

Par berge, on entend : limite de la résection [incision]

Par recoupe, on entend : exérèse supplémentaire effectuée par le préleveur, au-delà des berges de l'exérèse initiale

Avec ou sans : examen de berge

Par groupe lymphonodal [ganglionnaire lymphatique], on entend : ensemble de noeuds [ganglions] lymphatiques non différenciés par le préleveur au cours d'un curage lymphonodal [ganglionnaire]

L'examen anatomopathologique, inclut : l'examen macroscopique et microscopique de pièce d'exérèse

L'examen anatomopathologique d'un organe inclut : l'examen du feuillet viscéral de son éventuelle séreuse

L'examen anatomopathologique de pièce d'exérèse inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalum ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans : - coloration spéciale

- coupes sériées
- empreinte par apposition cellulaire
- écrasis cellulaire

Facturation :

- un seul acte peut être facturé que l'exérèse soit monobloc ou en fragments non différenciés par le préleveur, partielle ou totale, pour chaque structure anatomique

La pièce d'exérèse pour examen anatomopathologique à visée carcinologique inclut :

- les structures anatomiques ayant un rapport de continuité ou de contiguïté [organes de voisinage] quel qu'en soit le nombre
- les éventuelles recoupes
- les noeuds [ganglions] lymphatiques ou groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] satellites non différenciés par le préleveur

Par examen anatomopathologique à visée carcinologique, on entend : examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de lésion présumée cancéreuse ou précancéreuse

L'examen anatomopathologique à visée carcinologique, inclut : l'examen anatomopathologique de lésion cancéreuse de découverte fortuite lors de l'intervention ou de l'examen anatomopathologique

À l'exclusion de : examen anatomopathologique de lésion précancéreuse de découverte fortuite lors de l'examen anatomopathologique

Coder éventuellement :

- examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une autre structure anatomique différenciée par le préleveur
- examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] différenciés par le préleveur ou de pièce de curage lymphonodal [ganglionnaire]

05.01.08.01 Examen histopathologique de biopsie de structure anatomique des systèmes immunitaire et hématopoïétique

FCQX028	Examen histopathologique de biopsie de noeud [ganglion] lymphatique	0	1			71,00	43	5
---------	--	---	---	--	--	-------	----	---

FDQX007	Examen histopathologique de biopsie de moelle osseuse avec coloration spéciale	0	1			71,00	54	5
---------	---	---	---	--	--	-------	----	---

05.01.08.02 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'organe du système lymphatique

L'examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'un noeud [ganglion] lymphatique sentinelle inclut : l'analyse histologique systématique en coupes sériées de 2 à 3 mm d'épaisseur de la totalité du ganglion prélevé, colorées à l'hématoxyline-éosine. Un résultat positif est défini actuellement par la présence d'au moins une lésion métastatique de diamètre supérieur à 0.2 mm

FCQX004	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de noeud [ganglion] lymphatique	0	1			55,30	59	5
---------	--	---	---	--	--	-------	----	---

À l'exclusion de : examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de noeud [ganglion] lymphatique sentinelle (FCQX005, FCQX008, FCQX007)

FCQX005	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'un noeud [ganglion] lymphatique sentinelle	0	1			42,59	41	5
---------	---	---	---	--	--	-------	----	---

FCQX008	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 2 noeuds [ganglions] lymphatiques sentinelles	0	1			57,21	71	5
---------	---	---	---	--	--	-------	----	---

FCQX007	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 3 noeuds [ganglions] lymphatiques sentinelles	0	1			75,64	99	5
---------	---	---	---	--	--	-------	----	---

FCQX006	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse d'un groupe lymphonodal [ganglionnaire lymphatique]	0 1		38,14	54 5
FCQX010	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièces d'exérèse de 2 ou 3 groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques]	0 1		66,11	92 5
FCQX012	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièces d'exérèse de 4 à 6 groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques]	0 1		102,34	148 5
FCQX011	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièces d'exérèse de 7 groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] ou plus	0 1		124,58	179 5

05.01.08.03 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'autres organes des systèmes immunitaire et hématopoïétique

FAQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'amygdalectomie	0 1		64,20	38 5
FBQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse du thymus ou de vestiges thymiques	0 1		116,48	128 5
FFQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de splénectomie	0 1		69,92	79 5

05.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE SYSTÈME IMMUNITAIRE

05.02.01 Actes thérapeutiques sur les organes de l'immunité

05.02.01.01 Actes thérapeutiques sur les tonsilles pharyngiennes [végétations adénoïdes]

Comprend : exérèse des tonsilles pharyngiennes [tonsillectomie pharyngienne] [adénoïdectomie]

Avec ou sans : examen de l'oreille externe et/ou moyenne

FAFA008	Adénoïdectomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	44,66	20 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	58,67	19 1
FAFA001	Adénoïdectomie avec pose unilatérale d'aérateur transtympanique	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	78,50	34 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	87,08	25 1
FAFA002	Adénoïdectomie avec pose bilatérale d'aérateur transtympanique	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	86,40	38 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	94,05	27 1
FAFA013	Adénoïdectomie avec myringotomie unilatérale ou bilatérale	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	64,68	32 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	84,88	24 1

05.02.01.02 Actes thérapeutiques sur les tonsilles palatines [amygdales pharyngiennes]

Comprend : exérèse unilatérale ou bilatérale de la tonsille palatine [tonsillectomie palatine] [amygdalectomie]

Avec ou sans : examen de l'oreille externe et/ou moyenne

FAFA011	Amygdalectomie à l'amygdalotome	0 1	F,J,K,P,S,U	64,88	28 1
	Indication : enfant de moins de 7 ans, avec intubation systématique, à l'exclusion des enfants ayant un syndrome d'apnée	0 4	A,F,P,S,U	74,91	29 1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
FAFA004	Amygdalectomie à l'amygdalotome, avec adénoïdectomie	0 1	F,J,K,P,S,U	66,40	28 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	A,F,P,S,U	74,91	29 1
FAFA003	Amygdalectomie à l'amygdalotome, avec adénoïdectomie et myringotomie unilatérale ou bilatérale	0 1	F,J,K,P,S,U	91,50	40 1
	Indication : amygdalectomie à l'amygdalotome : enfant de moins de 7 ans, avec intubation systématique, à l'exclusion des enfants ayant un syndrome d'apnée	0 4	A,F,P,S,U	101,63	36 1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
FAFA012	Amygdalectomie à l'amygdalotome, avec adénoïdectomie et pose unilatérale d'aérateur transtympanique	0 1	F,J,K,P,S,U	92,56	46 1
	Indication : amygdalectomie à l'amygdalotome : enfant de moins de 7 ans, avec intubation systématique, à l'exclusion des enfants ayant un syndrome d'apnée	0 4	A,F,P,S,U	106,85	40 1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
FAFA009	Amygdalectomie à l'amygdalotome, avec adénoïdectomie et pose bilatérale d'aérateur transtympanique	0 1	F,J,K,P,S,U	112,40	56 1
	Indication : amygdalectomie à l'amygdalotome : enfant de moins de 7 ans, avec intubation systématique, à l'exclusion des enfants ayant un syndrome d'apnée	0 4	A,F,P,S,U	114,77	45 1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
FAFA014	Amygdalectomie par dissection	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	88,55	60 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	89,46	35 1
FAFA015	Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	91,63	66 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	98,23	40 1
FAFA006	Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie et myringotomie unilatérale ou bilatérale	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	112,40	76 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	110,34	46 1
FAFA005	Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie et pose unilatérale d'aérateur transtympanique	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	112,40	80 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	124,08	48 1
FAFA010	Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie et pose bilatérale d'aérateur transtympanique	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	120,89	90 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	134,34	53 1
FASD001	Hémostase secondaire à une amygdalectomie ou une adénoïdectomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	70,07	48 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	106,67	45 1
FAFA007	Exérèse de moignon amygdalien	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	65,45	34 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	63,41	22 1
FAND001	Séance de destruction de tissu amygdalien pharyngien ou lingual	0 1 Y	X	46,97	47 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				

05.02.01.03 Actes thérapeutiques sur le thymus

Comprend : thymectomie pour myasthénie sans thymome

À l'exclusion de :

- exérèse de vestige thymique au cours de l'exploration des sites parathyroïdiens
- thymectomie pour tumeur du thymus (cf 06.03.12)

FBFA001	Exérèse du thymus vestigial, par cervicotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,J,K,O,T	365,14	310 1
		0 4 Y	A	254,96	113 1
FBFC900	Exérèse du thymus vestigial, par thoracoscopie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001)	0 1 Y		0,00	426 1
		0 4 Y	A	0,00	112 1
FBFA900	Exérèse du thymus vestigial, par thoracotomie avec préparation par thoracoscopie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001)	0 1 Y		0,00	435 1
		0 4 Y	A	0,00	112 1
FBFA003	Exérèse du thymus vestigial, par thoracotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,J,K,T	409,09	375 1
		0 4 Y	A	310,30	126 1

05.02.02 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux et noeuds [ganglions] lymphatiques

Par curage lymphonodal [ganglionnaire], on entend : exérèse complète et systématisée des vaisseaux et des noeuds [ganglions] lymphatiques d'un territoire anatomique, drainant un organe ou une région de l'organisme.

Le prélèvement d'un noeud [ganglion] lymphatique ou de quelques-uns [picking] à titre diagnostique, au cours de l'exérèse d'un organe, est inclus dans l'acte principal et ne donne pas lieu à codage supplémentaire.

05.02.02.01 Actes thérapeutiques sur le conduit [canal] thoracique

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
FCSA002	Ligature du conduit thoracique, par cervicotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			I,J,K,T,X	257,37	341	1
		0 4 Y			A	114,00	121	1
FCSC001	Fermeture de fistule ou ligature du conduit thoracique, par thoracoscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			J,K,T	313,50	300	1
		0 4 Y			A	224,89	91	1
FCSA001	Fermeture de fistule ou ligature du conduit thoracique, par thoracotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			9,J,K,T	409,09	310	1
		0 4 Y			A	276,21	113	1

05.02.02.02 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux et noeuds [ganglions] lymphatiques de la tête et du cou

Comprend : noeuds lymphatiques régionaux du cou répartis en :

- Groupe 1 : groupe lymphonodal submentosubmandibulaire
- Groupe 2 : groupe lymphonodal jugulodigastrique
- Groupe 3 : groupe lymphonodal jugulo-omo-hyoïdien
- Groupe 4 : groupe lymphonodal jugulaire inférieur
- Groupe 5 : groupe lymphonodal cervical accessoire
- Groupe 6 : groupe lymphonodal cervical antérieur

Par curage lymphonodal [ganglionnaire] cervical partiel, on entend : exérèse de 1 à 3 des groupes de noeuds lymphatiques du cou.

Par curage lymphonodal [ganglionnaire] cervical complet, on entend :

- curage radical
- curage fonctionnel

- exérèse de 4 des groupes de noeuds lymphatiques du cou, ou plus.

FCFA028	Exérèse de noeud [ganglion] lymphatique du cou à visée thérapeutique, par cervicotomie Forfait : liste SE2 Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)	0 1 Y			I,J,K,T,X	106,26	45	1
FCFA016	Curage lymphonodal [ganglionnaire] cervical partiel unilatéral, par cervicotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			J,K,T,X	220,99	201	1
		0 4 Y			7,A	97,87	90	1
FCFA020	Curage lymphonodal [ganglionnaire] cervical partiel bilatéral, par cervicotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			9,I,J,K,T	343,42	333	1
		0 4 Y			7,A	132,60	153	1
FCFA008	Curage lymphonodal [ganglionnaire] cervical complet unilatéral, par cervicotomie Facturation : ne peut pas être facturé avec les exérèses de thyroïde du sous paragraphe 10.02.03.02 Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			9,J,K,O,T	340,34	291	1
		0 4 Y			7,A	176,79	133	1
FCFA027	Curage lymphonodal [ganglionnaire] cervical complet unilatéral, élargi aux muscles profonds et/ou aux nerfs du cou, à l'artère carotide externe, à la glande parotide, par cervicotomie Facturation : ne peut pas être facturé avec les exérèses de thyroïde du sous paragraphe 10.02.03.02 Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			9,J,K,T,X	593,67	435	1
		0 4 Y			7,A	176,79	202	1
FCFA025	Curage lymphonodal [ganglionnaire] cervical complet unilatéral avec curage partiel controlatéral, par cervicotomie Facturation : ne peut pas être facturé avec les exérèses de thyroïde du sous paragraphe 10.02.03.02 Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			9,I,J,K,T	558,25	428	1
		0 4 Y			7,A	205,59	199	1
FCFA013	Curage lymphonodal [ganglionnaire] cervical complet bilatéral, par cervicotomie Facturation : ne peut pas être facturé avec les exérèses de thyroïde du sous paragraphe 10.02.03.02 Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			9,I,J,K,T	644,49	500	1
		0 4 Y			7,A	249,94	233	1
FCFA005	Curage lymphonodal [ganglionnaire] cervical complet et médiastinorécurrentiel unilatéral, par cervicotomie Facturation : ne peut pas être facturé avec les exérèses de thyroïde du sous paragraphe 10.02.03.02 Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			I,J,K,T	468,93	363	1
		0 4 Y			7,A	205,59	168	1
FCFA009	Curage lymphonodal [ganglionnaire] cervical complet et médiastinorécurrentiel bilatéral, par cervicotomie Facturation : ne peut pas être facturé avec les exérèses de thyroïde du sous paragraphe 10.02.03.02 Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			I,J,K,T	811,58	579	1
		0 4 Y			7,A	213,55	271	1
FCNB001	Sclérose de lymphangiome cervical ou cervicofacial, par injection transcutanée intralésionnelle d'agent pharmacologique Avec ou sans : contrôle radiologique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1			I,X	104,93	76	1
FCFA001	Exérèse de lymphangiome cervical Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			I,J,K,T,X	425,04	257	1
		0 4 Y			7,A	117,30	122	1

FCFA003	Exérèse de lymphangiome cervical avec extension médiastinale, par cervicotomie	0 1 Y	I,J,K,T,X	560,56	431	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	148,09	205	1
FCFA026	Exérèse de lymphangiome cervicofacial sans dissection du nerf facial	0 1 Y	I,J,K,T,X	539,00	200	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	133,06	205	1
FCFA015	Exérèse de lymphangiome cervicoparotidien	0 1 Y	J,K,T,X	642,18	348	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	148,09	205	1
FCFA014	Exérèse de lymphangiome cervicoparotidien avec extension buccopharyngée	0 1 Y	I,J,K,T,X	830,06	538	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	198,21	271	1
FCFA023	Exérèse de lymphangiome cervicoparotidien avec extension buccopharyngée et médiastinale, par cervicotomie	0 1 Y	J,K,T,X	1094,94	475	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	272,26	290	1
05.02.02.03 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux et noeuds [ganglions] lymphatiques du thorax						
FCFC002	Exérèse de noeud [ganglion] lymphatique du médiastin, par thoracoscopie ou par médiastinoscopie	0 1 Y	9,J,K,T	277,93	355	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	149,46	93	1
FCFA002	Curage lymphonodal [ganglionnaire] médiastinal supérieur, par cervicotomie	0 1 Y	J,K,T	209,00	266	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	104,50	68	1
FCFA004	Curage lymphonodal [ganglionnaire] médiastinal unilatéral ou bilatéral, par thoracotomie	0 1 Y	J,K,O,T	327,56	352	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	225,17	112	1
05.02.02.04 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux et noeuds [ganglions] lymphatiques de l'abdomen						
FCFC003	Curage lymphonodal [ganglionnaire] pelvien, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	0 1 Y	9,J,K,T	272,97	337	1
	Descriptif : FCFC003-30 Curage lymphonodal [ganglionnaire] pelvien par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, sans assistance par robot Descriptif : FCFC003-40 Curage lymphonodal [ganglionnaire] pelvien par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, avec assistance par robot <i>Curage lymphonodal iliaque externe avec curage obturateur, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,T	128,50	89	1
FCFA006	Curage lymphonodal [ganglionnaire] pelvien, par laparotomie	0 1 Y	9,J,K,O,T	248,15	312	1
	<i>Curage lymphonodal iliaque externe avec curage obturateur, par laparotomie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,T	125,40	89	1
FCFC001	Curage lymphonodal [ganglionnaire] iliaque, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	0 1 Y	I,J,K,O,T	319,05	315	1
	Descriptif : FCFC001-30 Curage lymphonodal [ganglionnaire] iliaque, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, sans assistance par robot Descriptif : FCFC001-40 Curage lymphonodal [ganglionnaire] iliaque, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, avec assistance par robot <i>Curage lymphonodal iliaque commun et iliaque externe, par coelioscopie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,T	125,27	83	1
FCFA019	Curage lymphonodal [ganglionnaire] iliaque unilatéral ou bilatéral, par laparotomie	0 1 Y	9,J,K,T	283,60	295	1
	<i>Curage lymphonodal iliaque commun et iliaque externe unilatéral ou bilatéral, par laparotomie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	121,23	83	1
FCFC005	Curage lymphonodal [ganglionnaire] lomboaortique, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	0 1 Y	9,J,K,O,T	382,86	470	1
	Descriptif : FCFC005-30 Curage lymphonodal [ganglionnaire] lomboaortique, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, sans assistance par robot Descriptif : FCFC005-40 Curage lymphonodal [ganglionnaire] lomboaortique, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, avec assistance par robot Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	150,90	133	1
FCFA010	Curage lymphonodal [ganglionnaire] lomboaortique, par laparotomie	0 1 Y	9,J,K,O,T	368,68	422	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	143,94	125	1
FCFC004	Curage lymphonodal [ganglionnaire] lomboaortique avec curage iliaque unilatéral ou bilatéral, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	0 1 Y	I,J,K,O,T	623,21	725	1
	Descriptif : FCFC004-30 Curage lymphonodal [ganglionnaire] lomboaortique avec curage iliaque unilatéral ou bilatéral, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, sans assistance par robot Descriptif : FCFC004-40 Curage lymphonodal [ganglionnaire] lomboaortique avec curage iliaque unilatéral ou bilatéral, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, avec assistance par robot Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	183,85	189	1
FCFA022	Curage lymphonodal [ganglionnaire] lomboaortique avec curage iliaque unilatéral ou bilatéral, par laparotomie	0 1 Y	9,J,K,T	459,43	532	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	177,65	161	1
05.02.02.05 Actes thérapeutiques sur les vaisseaux et noeuds [ganglions] lymphatiques des membres						
FCFA018	Exérèse de noeud [ganglion] lymphatique des membres à visée thérapeutique, par abord direct	0 1 Y	I,J,K,T	97,84	90	1
	<i>À l'exclusion de : curage lymphonodal [ganglionnaire] axillaire, par abord direct (FCFA029) inguinal, par abord direct (FCFA011)</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	62,68	36	1
FCFA029	Curage lymphonodal [ganglionnaire] axillaire, par abord direct	0 1 Y	9,I,J,K,T	209,16	143	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,T	57,60	69	1
FCFA011	Curage lymphonodal [ganglionnaire] inguinal, par abord direct	0 1 Y	I,J,K,O,T	191,43	143	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,T	84,67	69	1
FCPA001	Mise à plat d'une lymphocèle d'un membre avec lymphostase, par abord direct	0 1 Y	J,K,O,T	169,45	135	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	82,47	65	1
FCFA007	Lymphangectomie partielle ou totale d'un membre, par abord direct	0 1 Y	I,J,K,T,X	505,52	266	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	132,99	139	1

FCFA001	Dérivation lympholympatique ou lymphoveineuse d'un membre, par abord direct	0 1 Y	I,J,K,T,X	505,52	275	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	132,99	139	1

05.02.02.06 Autres actes thérapeutiques sur les vaisseaux et les noeuds lymphatiques

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
FCNH001	Sclérose de malformation lymphatique, par injection transcutanée intralésionnelle d'agent pharmacologique avec guidage échographique et/ou radiologique	0	1		X	73,32	228	1
	<i>À l'exclusion de : sclérose de lymphangiome cervical ou cervicofacial, par injection transcutanée intralésionnelle d'agent pharmacologique (FCNB001)</i>							
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

FCFA024	Exérèse d'un lymphangiome superficiel	0	1	Y	J,K,T,X	314,09	237	1
	<i>À l'exclusion de : exérèse de lymphangiome cervical ou cervicofacial (cf 05.02.02.02)</i>							
	Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP030)							

FCBP001	Séance de compression [pressothérapie] mercurielle d'un membre	0	1			28,80	47	1
	<i>Indication : lymphoedème ou phléboedème</i>							
	<i>Facturation : 10 séances maximum en 6 mois</i>							

FCBP002	Séance de compression [pressothérapie] pneumatique unilatérale ou bilatérale d'un membre	0	1			28,80	32	1
	<i>Indication : lymphoedème ou phléboedème</i>							
	<i>Facturation : 10 séances maximum en 6 mois</i>							

05.02.03 Actes thérapeutiques d'allergologie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
FGLB002	Injection d'extrait allergénique à concentration croissante par voie souscutanée, jusqu'à obtention de la dose d'entretien pour désensibilisation spécifique par méthode semiaccelérée ou accélérée [semirush ou rush]	0	1		X	85,15	151	1
	<i>Environnement : spécifique : pour désensibilisation aux venins d'hyménoptères et pour désensibilisation dans l'asthme, réservé aux centres cliniques en possédant l'expérience et se trouvant à proximité immédiate d'une unité de réanimation</i>							

FGLB001	Séance d'injection d'extrait allergénique à concentration donnée pour désensibilisation spécifique, par voie souscutanée	0	1			12,34	12	1
---------	---	---	---	--	--	-------	----	---

FGLB004	Séance d'injection ou d'ingestion d'un médicament à concentration croissante pour accoutumance	0	1		X	112,91	12	1
	<i>Indication : absence d'alternative thérapeutique au traitement nécessaire avec le médicament allergisant</i>							
	<i>Environnement : spécifique : à réaliser en milieu hospitalier</i>							

05.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE SYSTÈME HÉMATOPOÏÉTIQUE

05.03.01 Actes thérapeutiques sur la rate

05.03.01.01 Évacuation de collection splénique

Avec ou sans : drainage

FFJC001	Évacuation de collection de la rate, par coelioscopie	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	272,97	336	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
		0	4	Y	4,7,A,F,O,P,S,U	192,12	127	1

FFJA001	Évacuation de collection de la rate, par laparotomie	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	259,49	306	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
		0	4	Y	4,7,A,F,O,P,S,U	182,04	97	1

05.03.01.02 Splénectomie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
FFFC420	Splénectomie partielle, par coelioscopie	0	1	Y	F,J,K,S,T,U	496,00	360	1
	Coder éventuellement 14 : (FELF001, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
		0	4	Y	4,7,A,F,S,U	268,00	210	1

FFFA002	Splénectomie partielle, par laparotomie	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	350,96	355	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)							
		0	4	Y	4,7,A,F,O,P,S,U	202,57	131	1

FFFC001	Splénectomie totale, par coelioscopie	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	484,25	411	1
	<i>Avec ou sans : greffe de rate</i>							
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)							
		0	4	Y	4,7,A,F,O,P,S,U	229,51	181	1

FFFA001	Splénectomie totale, par laparotomie	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	305,58	303	1
	<i>Avec ou sans : greffe de rate</i>							
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)							
		0	4	Y	4,7,A,F,O,P,S,U	187,91	113	1

05.03.01.03 Autres actes thérapeutiques sur la rate

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
FFSC272	Hémostase splénique avec conservation de la rate, par coelioscopie	0	1	Y	F,J,K,S,T,U	461,00	384	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
		0	4	Y	4,5,A,F,S,U	427,00	255	1

FFSA001	Hémostase splénique avec conservation de la rate, par laparotomie	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	399,17	370	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
		0	4	Y	4,A,F,O,P,S,U	283,95	159	1

05.03.02 Actes thérapeutiques concernant l'hématopoïèse

05.03.02.01 Actes thérapeutiques sur la moelle osseuse

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
FDFB001	Prélèvement de cellules souches hématopoïétiques médullaires [Prélèvement de moelle osseuse], pour thérapie cellulaire	0	1			0,00	269	1
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>							
	<i>Environnement : spécifique : respect des bonnes pratiques de prélèvement, préparation et stockage des cellules souches hématopoïétiques définies par arrêté du JO du 30/12/98</i>							
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

05.03.02.02 Actes thérapeutiques sur le sang

À l'exclusion de : actes thérapeutiques chez le fœtus (cf 09.04)

FEJF003	Saignée thérapeutique	0	1		F,I,P,S,U,X	25,28	23	1
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)</i>							
	<i>Forfait : liste SE4</i>							

FEJF006	Saignée thérapeutique, avec transfusion de concentré de globules rouges	0	1		F,I,P,S,U	55,62	72	1
	<i>À l'exclusion de : saignée thérapeutique avec transfusion de concentré de globules rouges, chez le nouveau-né (FEJF008)</i>							
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)</i>							

FEJF008	Saignée thérapeutique avec transfusion de concentré de globules rouges, chez le nouveau-né	0	1		F,P,S,U	60,30	61	1
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)</i>							

FELF012	Exsanguinotransfusion d'épuration ou de substitution	0	1		9,F,P,S,U	203,50	168	1
	<i>À l'exclusion de : exsanguinotransfusion d'épuration ou de substitution, chez le nouveau-né (FELF005)</i>							

FELF005	Exsanguinotransfusion d'épuration ou de substitution, chez le nouveau-né	0	1		F,P,S,U	153,60	139	1
---------	---	---	---	--	---------	--------	-----	---

FELF011	Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demimasse sanguine À l'exclusion de : transfusion de concentré de globules rouges - d'un volume inférieur à 40 ml/kg, chez le nouveau-né (FELF007) - à domicile (FELF008) Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020) ne peut pas être facturé avec un geste d'anesthésie	0	1	F,I,P,S,U	46,14	45	1
FELF007	Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à 40 ml/kg, chez le nouveau-né Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020) ne peut pas être facturé avec un geste d'anesthésie	0	1	F,I,P,S,U,X	55,62	25	1
FELF008	Transfusion de concentré de globules rouges, à domicile	0	1	F,P,S,U	61,22	85	1
FELF006	Transfusion de produit sanguin labile non érythrocytaire À l'exclusion de : - injection intraveineuse d'un produit de thérapie cellulaire pour allogreffe (FELF009) - injection intraveineuse d'un produit de thérapie cellulaire pour autogreffe (FELF010) - transfusion de produit sanguin labile non érythrocytaire, chez le nouveau-né (FELF002) Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020) ne peut pas être facturé avec un geste d'anesthésie	0	1	F,I,P,S,U	46,14	30	1
FELF002	Transfusion de produit sanguin labile non érythrocytaire, chez le nouveau-né À l'exclusion de : - injection intraveineuse d'un produit de thérapie cellulaire pour allogreffe (FELF009) - injection intraveineuse d'un produit de thérapie cellulaire pour autogreffe (FELF010) Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020) ne peut pas être facturé avec un geste d'anesthésie	0	1	F,I,P,S,U,X	55,62	25	1
FELF003	Administration intraveineuse simultanée de deux des produits sanguins suivants : plasma frais congelé, plaquettes, facteur antihémophilique, fibrinogène, antithrombine III pour suppléance de coagulopathie, par 24 heures	0	1		0,00	38	1
FEPF003	Séance d'érythraphèse thérapeutique avec transfusion de globules rouges [échange érythrocytaire]	0	1	F,I,P,S,U,X	86,58	104	1
FEPF005	Séance d'érythraphèse thérapeutique avec perfusion [hémodilution normovolémique intentionnelle]	0	1	F,I,P,S,U	64,46	54	1
FEPF002	Séance de thrombocythaphèse thérapeutique À l'exclusion de : pour thérapie cellulaire (FEFF001, FEFF002) Indication : thrombocytémie essentielle	0	1	F,P,S,U,X	73,31	125	1
FEPF001	Séance programmée de leucaphèse thérapeutique pour affection chronique À l'exclusion de : - pour thérapie cellulaire (FEFF001, FEFF002) - pour thérapie génique (FEFF438, FEFF220) Indication : leucémie myéloïde chronique, leucémie lymphoïde chronique, hyperleucocytaire	0	1		50,59	96	1
FEPF004	Séance non programmée de leucaphèse thérapeutique pour affection aiguë À l'exclusion de : - pour thérapie cellulaire (FEFF001, FEFF002) - pour thérapie génique (FEFF438, FEFF220)	0	1	F,P,S,U	118,03	190	1
FEJF004	Séance programmée de soustraction thérapeutique de plasma avec perfusion de produit de substitution [échange plasmatique] pour affection chronique	0	1		153,60	72	1
FEJF002	Séance non programmée de soustraction thérapeutique de plasma avec perfusion de produit de substitution [échange plasmatique] pour affection aiguë Échange plasmatique pour syndrome hémolytique et urémique	0	1	9,F,O,P,S,U	189,60	190	1
FERP001	Photochimiothérapie extracorporelle des cellules sanguines mononucléées Descriptif : FERP001-01 Séance de photochimiothérapie extracorporelle des cellules sanguines mononucléées par technique ouverte Phase 1 : collecte des leucocytes par cytophèse [leucaphèse] Phase 2 : irradiation des leucocytes par UVA en présence d'un produit photosensibilisant Phase 3 : autotransfusion des leucocytes	1	1		0,00	40	1
		2	1		0,00	50	1
		3	1		0,00	40	1
FEJF005	Séance d'épuration chimique des lipoprotéines [LDLaphèse] à partir du plasma ou du sang total Indication : hypercholestérolémie familiale homozygote, hypercholestérolémie familiale hétérozygote sévère biologique et clinique échappant à tout traitement hypolipémiant Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : spécifique	0	1	F,P,S,U,X	189,60	189	1
FEJF007	Séance d'épuration immunologique de substance plasmatique [immunoabsorption]	0	1	F,P,S,U	136,36	254	1
FEJF001	Séance d'épuration semisélective de substance plasmatique par double filtration [épuration en cascade]	0	1	F,P,S,U,X	221,20	223	1
FEJF009	Séance d'ultrafiltration plasmatique	0	1	9,F,I,P,S,U	52,46	91	1
FEFF001	Prélèvement de cellules mononucléées par cytophèse, pour thérapie cellulaire	0	1		50,59	99	1
FEFF438	Prélèvement de cellules mononucléées par cytophèse, pour production de médicament de thérapie génique autologue chez un patient de 20kg et plus Prélèvement de cellules mononucléées par cytophèse, pour immunothérapie par CAR-Tcells [cellules T à récepteur antigénique chimérique] autologues Indication : Dans les indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge du produit de santé. - au titre de la liste en sus des prestations d'hospitalisation mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et figurant dans l'avis relatif au produit de santé émis par la commission de la Haute autorité de santé mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ; - au titre des articles L.162-22-7, L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : conformément aux arrêtés en vigueur limitant l'utilisation de médicament de thérapie innovante à base de lymphocytes T génétiquement modifiés dits CAR-T Cells autologues Recueil de données : conformément aux arrêtés en vigueur subordonnant la prise en charge du médicament par l'assurance maladie au recueil et à la transmission de certaines informations relatives à sa prescription, en application de l'article L.162-17-1-2 du code de la sécurité sociale	0	1			123	1

FEFF220	Prélèvement de cellules mononucléées par cytophérèse, pour production de médicament de thérapie génique autologue chez un patient de moins de 20kg	0	1						297	1
	<i>Prélèvement de cellules mononucléées par cytophérèse, pour immunothérapie par CAR-Tcells [cellules T à récepteur antigénique chimérique] autologues</i> <i>Indication : Dans les indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge du produit de santé,</i> <i>- au titre de la liste en sus des prestations d'hospitalisation mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et figurant dans l'avis relatif au produit de santé émis par la commission de la Haute autorité de santé mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ;</i> <i>- au titre des articles L. 162-22-7, L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : conformément aux arrêtés en vigueur limitant l'utilisation de médicament de thérapie innovante à base de lymphocytes T génétiquement modifiés dits CAR-T Cells autologues</i> <i>Recueil de données : conformément aux arrêtés en vigueur subordonnant la prise en charge du médicament par l'assurance maladie au recueil et à la transmission de certaines informations relatives à sa prescription, en application de l'article L.162-17-1-2 du code de la sécurité sociale</i>									
FEFF002	Prélèvement de cellules souches hématopoïétiques sanguines par cytophérèse, pour thérapie cellulaire	0	1					0,00	95	1
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique : respect des bonnes pratiques de prélèvement, préparation et stockage des cellules souches hématopoïétiques définies par arrêté du JO du 30/12/98</i>									
FELF010	Injection intraveineuse d'un produit de thérapie cellulaire pour autogreffe	0	1	Y				0,00	42	1
FELF009	Injection intraveineuse d'un produit de thérapie cellulaire pour allogreffe	0	1	Y				0,00	45	1
FGLF671	Administration d'un médicament de thérapie génique autologue par voie veineuse	0	1						12	1
	<i>Injection intraveineuse de CAR-Tcells [cellules T à récepteur antigénique chimérique] autologues</i> <i>Indication : Dans les indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge du produit de santé,</i> <i>- au titre de la liste en sus des prestations d'hospitalisation mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et figurant dans l'avis relatif au produit de santé émis par la commission de la Haute autorité de santé mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ;</i> <i>- au titre des articles L. 162-22-7, L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : conformément aux arrêtés en vigueur limitant l'utilisation de médicament de thérapie innovante à base de lymphocytes T génétiquement modifiés dits CAR-T Cells autologues</i> <i>Recueil de données : conformément aux arrêtés en vigueur subordonnant la prise en charge du médicament par l'assurance maladie au recueil et à la transmission de certaines informations relatives à sa prescription, en application de l'article L.162-17-1-2 du code de la sécurité sociale</i>									
FENL001	Irradiation interne pour polyglobulie, par injection intraveineuse de phosphore 32	0	1				G	74,33	42	1
FERP858	Acte CCAM descriptif sans code père									
	Descriptif : FERP858-01 Séance de photochimiothérapie extracorporelle des cellules sanguines mononucléées par technique fermée									
	05.03.03	Autres actes thérapeutiques sur les systèmes immunitaire et hématopoïétique								
EBSA011	Hémostase secondaire, par reprise de cervicotomie	Ph	A	Cl			modificateur	Tarif	ICR	Ex
	<i>À l'exclusion de : hémostase secondaire à un acte sur les vaisseaux cervicocéphaliques, par cervicotomie (EBSA012)</i>									
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)		0	1	Y		F,J,K,O,P,S,T,U,X	199,43	120	1
			0	4	Y		A,F,O,P,S,U	156,52	95	1

06 APPAREIL RESPIRATOIRE

Par thoracotomie, on entend : tout abord de la cavité thoracique - sternotomie, thoracotomie latérale, thoracotomie postérieure -.

Les actes sur le thorax, par thoracoscopie incluent l'évacuation de collection intrathoracique associée, la pose de drain pleural et/ou péricardique.

Les actes sur le thorax, par thoracotomie incluent l'évacuation de collection intrathoracique associée, la pose de drain pleural et/ou péricardique.

La circulation extracorporelle [CEC] pour acte intrathoracique inclut, pour le chirurgien, l'installation, la conduite de la circulation extracorporelle, et son ablation. Elle inclut les responsabilités suivantes :

- décision de l'indication et choix de la technique
- pose et ablation des canules
- choix du niveau d'hypothermie
- choix du débit de CEC
- décision d'arrêt circulatoire
- définition des protocoles de remplissage
- décision de cardioplégie
- décision d'assistance circulatoire.

06.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL RESPIRATOIRE

06.01.01 Explorations électrophysiologiques de l'appareil respiratoire

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AHQP006 Électromyographie de détection des muscles du larynx par électrode externe	0	1		O	54,67	29	2
AHQE002 Électromyographie de détection des muscles du larynx par électrode aiguille, par laryngoscopie	0	1		I	123,97	48	2

06.01.02 Échographie de l'appareil respiratoire

À l'exclusion de : échographie et/ou échographie-doppler de contrôle ou surveillance de pathologie (chapitre 19)

GBQM001 Échographie unilatérale ou bilatérale du sinus maxillaire et/ou du sinus frontal	0	1		F,P,S,U	34,97	18	2
GFQM001 Échographie transthoracique du médiastin, du poumon et/ou de la cavité pleurale <i>Échographie transthoracique du thymus</i>	0	1		F,P,S,U	37,05	31	2
GFQJ002 Échographie du médiastin et/ou du poumon, par voie oesophagienne ou par voie bronchique	0	1		F,P,S,U	37,80	48	2

06.01.03 Radiographie de l'appareil respiratoire

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ZBQK002 Radiographie du thorax	0	1		B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	21,28	29	2

À l'exclusion de : radiographie du squelette du thorax (LJQK001)

Radiographie pulmonaire

Indications : selon rapport d'évaluation technologique "Principales indications et "non indications" de la radiographie du thorax" - HAS - février 2009

Facturation : la radiographie du thorax ne peut pas être facturée dans les situations de "non-indication", notamment :

infections des voies aériennes hautes ; hypertension artérielle ; suivi périodique de l'insuffisance cardiaque congestive chronique et des cardiomyopathies ; en préopératoire de chirurgie non cardiothoracique chez les adultes de moins de 60 ans sans pathologie cardio-pulmonaire ou avec pathologie cardio-pulmonaire stable.

HAS - "Avis sur l'acte de radiographie du thorax" - février 2009.

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

LJQK002 Radiographie du thorax avec radiographie du squelette du thorax	0	1		B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	45,22	33	2
--	---	---	--	-------------------	-------	----	---

Radiographie pulmonaire avec grill costal

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

ZBQK003 Examen radiologique dynamique du thorax, pour étude de la fonction respiratoire et/ou cardiaque	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	21,28	32	2
--	---	---	--	---------------	-------	----	---

Avec ou sans : opacification

Étude radiologique de prothèse valvulaire cardiaque

Étude radiologique de la cinétique des coupes diaphragmatiques

Coder éventuellement 1 : (YYYY030)

GEQH001 Bronchographie	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	33,25	55	2
-------------------------------	---	---	--	---------------	-------	----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

06.01.04 Scanographie de l'appareil respiratoire

À l'exclusion de : scanographie du cœur et des vaisseaux intrathoraciques (cf 04.01.05)

ZBQK001 Scanographie du thorax, sans injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	57	2
---	---	---	--	---------------	-------	----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)

ZBQH001 Scanographie du thorax, avec injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	60	2
---	---	---	--	---------------	-------	----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)

06.01.05 Remnographie [IRM] de l'appareil respiratoire

À l'exclusion de : remnographie du cœur et des vaisseaux intrathoraciques (cf 04.01.06)

ZBQN001 Remnographie [IRM] du thorax, sans injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		F,P,S,U	69,00	105	2
---	---	---	--	---------	-------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)

ZBQJ001 Remnographie [IRM] du thorax, avec injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		F,P,S,U	69,00	112	2
---	---	---	--	---------	-------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)

06.01.06 Scintigraphie de l'appareil respiratoire

À l'exclusion de : recherche d'une thrombose artérielle pulmonaire, par injection de traceur radio-isotopique spécifique (DFQL001)

GFQL004 Scintigraphie pulmonaire de ventilation	0	1		F,G,P,S,U	176,85	36	2
--	---	---	--	-----------	--------	----	---

GFQL007 Scintigraphie pulmonaire de perfusion	0	1		F,G,P,S,U	180,44	48	2
--	---	---	--	-----------	--------	----	---

GFQL006 Scintigraphie pulmonaire de ventilation et de perfusion	0	1		F,G,P,S,U	357,29	84	2
--	---	---	--	-----------	--------	----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZQL017)

GFQL001 Tomoscintigraphie pulmonaire de ventilation	0	1		F,G,P,S,U	265,28	69	2
--	---	---	--	-----------	--------	----	---

GFQL005 Tomoscintigraphie pulmonaire de perfusion	0	1		F,G,P,S,U	268,87	60	2
--	---	---	--	-----------	--------	----	---

GFQL002 Tomoscintigraphie pulmonaire de ventilation et de perfusion	0	1		F,G,P,S,U	534,15	114	2
--	---	---	--	-----------	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZQL017)

GEQL001 Scintigraphie de l'épuration mucociliaire bronchique	0	1		G	265,28	99	2
---	---	---	--	---	--------	----	---

Aérosol bronchique particulière sans étude de perméabilité

GLQL002 Mesure radio-isotopique de la perméabilité alvéolocapillaire	0	1		G	265,28	99	2
---	---	---	--	---	--------	----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZQL017)

06.01.07 Épreuves fonctionnelles de l'appareil respiratoire**06.01.07.01 Épreuves fonctionnelles sur le nez**

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GAQD003 Mesure de la différence de potentiel des muqueuses nasales	0	1			0,00	5	2
FGRP010 Tests vasomoteurs de stimulation cutanée pour rhinite	0	1		9,I	31,57	25	2
GAQD007 Rhinomanométrie antérieure sans test de provocation	0	1			28,80	13	2
GAQD002 Rhinomanométrie antérieure avec test de provocation <i>À l'exclusion de : test de provocation par allergène administré à concentration croissante par voie nasale (FGRD004)</i> <i>Indication : en dépit de signes cliniques suggestifs, si les tests cutanés sont négatifs ou lorsqu'il y a une polysensibilisation cutanée</i>	0	1		9	38,50	45	2
GAQD005 Rhinomanométrie postérieure sans test de provocation	0	1		9	37,73	18	2
GAQD001 Rhinomanométrie postérieure avec test de provocation	0	1		9,I	46,97	45	2
GAQD004 Rhinométrie acoustique sans test de provocation	0	1		0	30,80	14	2
GAQD006 Rhinométrie acoustique avec test de provocation	0	1		I,0	42,35	45	2
GJQP001 Olfactométrie	0	1			0,00	45	2
GAQD349 Mesure du monoxyde d'azote (NO) nasal <i>Indication : diagnostic de la dyskinésie ciliaire primitive</i> <i>Environnement : Cet examen est à réaliser dans un centre spécialisé ou dans une salle dédiée aux explorations fonctionnelles respiratoires, avec une concentration normale en NO ambiant, par du personnel formé à cet examen dans un centre spécialisé</i> <i>Facturation :</i> <i>Ne peut pas être facturé pour le diagnostic d'une autre pathologie</i> <i>Ne peut pas être facturé dans une situation de suivi</i>	0	1				29	2

06.01.07.02 Épreuves fonctionnelles sur le larynx

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GKQP010 Bilan instrumental de la phonation avec enregistrement vidéoscopique et/ou photographique, et examen stroboscopique du larynx <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un acte inscrit à la 2ème partie, titre IV, chapitre II, article 2 de la nomenclature générale des actes professionnels</i>	0	1	Y	I,X	52,36	27	2
GKQP008 Analyse informatisée de la parole et/ou de la voix par électroglottographie	0	1		I	26,18	13	2
GKQE001 Bilan phonétique de la parole avec fibroscopie du pharynx et du larynx par voie nasale <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un acte inscrit à la 2ème partie, titre IV, chapitre II, article 2 de la nomenclature générale des actes professionnels</i>	0	1		9,X	61,60	25	2
GKQP006 Analyse informatisée acoustique de la parole <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un acte inscrit à la 2ème partie, titre IV, chapitre II, article 2 de la nomenclature générale des actes professionnels</i>	0	1		9,I	46,20	25	2
GKQP001 Analyse informatisée acoustique de la voix <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0	1		I	40,04	23	2
GKQP011 Analyse informatisée aérodynamique de la phonation	0	1		I	40,04	25	2

06.01.07.03 Étude des pressions de l'appareil respiratoire

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GBQD001 Manométrie des sinus paranasaux <i>Avec ou sans : sinusoscopie</i>	0	1		9,X	61,60	34	2

06.01.07.04 Explorations fonctionnelles de la respiration

La polygraphie respiratoire nocturne inclut la réalisation simultanée des examens suivants : mesure de la saturation sanguine en oxygène par oxymétrie et flux aérien nasobuccal, et/ou quantification des ronflements avec enregistrement des bruits trachéaux, et/ou détection des efforts respiratoires, et/ou analyse de la position corporelle, sur une période nocturne d'au moins 6 heures.

GLHF001 Prélèvement de sang artériel avec gazométrie sanguine et mesure du pH, sans épreuve d'hyperoxie <i>À l'exclusion de : au cours de l'adaptation d'une ventilation non effractive d'une suppléance ventilatoire</i> <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)</i> <i>Facturation : cet acte n'est pas facturable en cas de prélèvement capillaire</i>	0	1		F,P,S,U	36,48	10	2
GLHF002 Prélèvement de sang artériel avec gazométrie sanguine et mesure du pH, avec épreuve d'hyperoxie <i>À l'exclusion de : au cours de l'adaptation d'une ventilation non effractive d'une suppléance ventilatoire</i> <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)</i> <i>Facturation : cet acte n'est pas facturable en cas de prélèvement capillaire</i>	0	1		F,P,S,U	54,72	24	2
GLQP005 Enregistrement continu de la saturation sanguine en oxygène par mesure transcutanée [SpO2] [Oxymétrie de pouls], pendant au moins 6 heures	0	1	Y	F,U	0,00	12	2
GLQP013 Mesure transcutanée de la tension partielle en oxygène [TcPO2] au repos	0	1			0,00	11	2
GLQP010 Mesure transcutanée de la tension partielle d'oxygène [TcPO2] en hyperhémie	0	1			0,00	21	2
GLQP012 Mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée, avec enregistrement [Spirométrie standard] <i>Coder éventuellement 1 : (GERD001, GERD002, GLQD001, GLQD003, YYYY025)</i>	0	1		9,0	40,28	15	2
GLQP008 Mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée, avec gazométrie sanguine artérielle [Spirométrie standard avec gaz du sang] <i>Coder éventuellement 1 : (GERD001, GERD002, GLQD001, GLQD003, YYYY025)</i>	0	1			67,20	24	2
GLQP002 Mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée, avec mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie <i>Avec ou sans : mesure des résistances des voies aériennes</i> <i>Coder éventuellement 1 : (GERD001, GERD002, GLQD001, YYYY232)</i>	0	1			76,80	24	2
GLQP009 Mesure de la capacité vitale et du volume courant par pléthysmographie d'inductance <i>Coder éventuellement 1 : (GLQD003, YYYY186)</i>	0	1			34,56	11	2
GLQP003 Mesure de l'expiration forcée [Courbe débit-volume] avec enregistrement	0	1			0,00	6	2
GLQP014 Mesure du débit expiratoire maximal par technique de compression <i>Technique de la jaquette</i>	0	1			0,00	5	2
GLQP011 Mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie <i>Avec ou sans : mesure des résistances des voies aériennes</i> <i>Coder éventuellement 1 : (GERD001, GERD002, GLQD001, YYYY232)</i>	0	1		9,0	67,64	23	2

GLQP016	Mesure des résistances des voies aériennes ou de l'appareil respiratoire par interruption des débits ou des oscillations forcées	0	1					28,80	19	2
Coder éventuellement 1 : (GERD001, GERD002, YYYY232)										
GFQP001	Mesure de la compliance [de l'élasticité] pulmonaire	0	1			9		64,60	42	2
Coder éventuellement 1 : (YYYY058)										
GLQD002	Mesure des compliances [de l'élasticité] thoracopulmonaires avec mesure de la pression oesophagienne, avant l'âge de 3 ans	0	1			I		117,80	98	2
Coder éventuellement 1 : (YYYY058)										
GLQD006	Mesure de la pression d'occlusion à la bouche à 0,1 seconde d'inspiration [P 0,1]	0	1					0,00	15	2
LLQP002	Étude des muscles ventilatoires par mesure de pression à la bouche	0	1					0,00	17	2
GLQD004	Mesure de la différence alvéoloartérielle des pressions partielles en oxygène par analyse des gaz expirés et des gaz du sang	0	1					69,12	19	2
GLQD007	Mesure du volume capillaire pulmonaire par mesures de la capacité de transfert pulmonaire	0	1			I,0		54,72	30	2
GLQP006	Mesure de la réponse au dioxyde de carbone [CO2] par établissement d'une courbe réponse ventilatoire/concentration de CO2	0	1					0,00	38	2
Coder éventuellement 1 : (YYYY058)										
GLQP007	Polygraphie respiratoire nocturne	0	1	Y		X		145,92	60	2
GLRP003	Épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec mesure des gaz du sang [Épreuve d'effort simplifiée] [Gazométrie à l'effort]	0	1			9		73,72	34	2
<i>Environnement : les épreuves d'effort doivent être réalisées dans une salle disposant des moyens de réanimation en établissement de soins comportant une unité de soins intensifs cardiologiques ou une unité de réanimation ou une salle de surveillance post interventionnelle ou dans établissement de réadaptation des cardiaques disposant d'une salle de réanimation.</i>										
Coder éventuellement 1 : (YYYY232)										
GLRP004	Épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec mesure des gaz du sang et du débit d'oxygène consommé [VO2], et surveillance électrocardioscopique discontinue	0	1			9		121,60	53	2
<i>Environnement : les épreuves d'effort doivent être réalisées dans une salle disposant des moyens de réanimation en établissement de soins comportant une unité de soins intensifs cardiologiques ou une unité de réanimation ou une salle de surveillance post interventionnelle ou dans établissement de réadaptation des cardiaques disposant d'une salle de réanimation.</i>										
Coder éventuellement 1 : (YYYY232)										
EQQP003	Mesure de la distance de marche en terrain plat en 6 minutes, avec surveillance de la saturation en oxygène par mesure transcutanée	0	1					28,80	14	2
EQQP002	Mesure de la distance de marche en terrain plat en 6 minutes, avec surveillance de la saturation en oxygène par mesure transcutanée et mesure du débit d'oxygène utile	0	1					28,80	12	2
GLQP017	Épreuve d'oxygénothérapie hyperbare [OHB] avec mesure transcutanée de la pression partielle en oxygène [PtcO2]	0	1			9		24,46	0	2
<i>Avec ou sans : utilisation d'agent pharmacologique vasoactif</i>										
<i>Indication : sélection des patients porteurs d'écrasement de membre, d'ulcère ou de gangrène ischémique persistant après revascularisation ou sans possibilité de revascularisation pouvant bénéficier d'un traitement hyperbare (l'absence d'élévation de la PtcO2 contre-indique le traitement hyperbare)</i>										
<i>Formation : diplôme interuniversitaire de médecine subaquatique et hyperbare</i>										
<i>Environnement : spécifique : la pratique de cet acte nécessite le respect du code européen de bonne pratique pour la thérapie hyperbare [COST].</i>										
<i>Facturation : en établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité d'OHB. Il ne peut être facturé qu'une seule mesure de la PtcO2 par patient et par traitement. Une deuxième voire une troisième mesure peut toutefois être facturée au dixième et/ou au vingtième jours de traitement par OHB devant une évolution non conforme aux prévisions et documentée dans le dossier médical.</i>										
06.01.07.05 Surveillance continue de l'appareil respiratoire										
GLLB001	Pose d'un dispositif de mesure de la saturation jugulaire en oxygène, par voie veineuse transcutanée	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1					0,00	27	2
GLQP004	Surveillance continue transcutanée de la pression partielle sanguine en oxygène [PO2] et/ou en dioxyde de carbone [PCO2] chez le nouveau-né, par 24 heures	0	1					0,00	22	2
GLQP015	Surveillance continue de la saturation jugulaire en oxygène par dispositif intraveineux, par 24 heures	0	1					0,00	58	2
06.01.08 Endoscopie et échoendoscopie de l'appareil respiratoire										
<i>Comprend : examen endoscopique en vision directe ou avec vidéoscopie</i>										
<i>Facturation : Possibilité de facturation de l'association des actes GAQE001 et GCQE001 pour un :</i>										
<i>- Bilan diagnostique d'un cancer des voies aérodigestives supérieures, selon le guide ALD 30 de la HAS de novembre 2009 : " Cancer des voies aérodigestives supérieures "</i>										
<i>- Bilan d'une ronchopathie chronique dans le cadre du syndrome d'apnée du sommeil</i>										
<i>- Bilan d'extension ou de suivi thérapeutique d'un cancer des voies aérodigestives supérieures</i>										
<i>- Bilan d'une otite sérumqueuse avec suspicion de reflux gastrooesophagien.</i>										
06.01.08.01 Endoscopie de la cavité nasale										
<i>Avec ou sans : biopsie et/ou prélèvement</i>										
GAQE003	Endoscopie de la cavité nasale, par voie nasale	0	1					0,00	10	2
<i>Rhinoscopie par voie nasale</i>										
GAQE001	Endoscopie de la cavité nasale et du rhinopharynx [cavum], par voie nasale	0	1			F,O,P,S,U		30,80	16	2
<i>Rhinocavoscopie par voie nasale</i>										
GCQE002	Endoscopie du rhinopharynx [cavum], par voie buccale sous anesthésie générale	0	1	Y		F,I,O,P,S,U		42,35	28	1
<i>Avec ou sans : endoscopie nasale</i>										
<i>Cavoscopie par voie buccale</i>										
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)										
06.01.08.02 Endoscopie des sinus paranasaux										
<i>Avec ou sans : biopsie et/ou prélèvement</i>										
GBQE002	Sinusoscopie frontale	0	1	Y		9,F,O,P,S,T,U		77,77	33	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)										

GBQE001	Sinuoscopie sphénoïdale	0 1 Y	F,I,P,S,T,U	92,40	35 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
GBQA002	Sinuoscopie maxillaire, par voie méatale inférieure et/ou par abord de la fosse canine [abord vestibulaire]	0 1 Y	F,O,P,S,T,U	57,75	34 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
	06.01.08.03 Endoscopie du larynx <i>Avec ou sans : biopsie et/ou prélèvement</i>				
GCQE001	Fibroscopie du pharynx et du larynx, par voie nasale	0 1 Y	F,P,S,U	28,80	14 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
GCQE003	Fibroscopie du pharynx et du larynx par voie nasale, avec examen stroboscopique du larynx	0 1	9	33,11	22 2
GDQE005	Laryngoscopie directe [Laryngoscopie en suspension]	0 1 Y	9,F,P,S,U	73,92	56 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	86,51	35 1
GDQE003	Laryngoscopie indirecte au laryngoscope rigide	0 1 Y	F,P,S,U	28,80	16 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
GDQE002	Laryngoscopie indirecte au laryngoscope rigide, avec examen stroboscopique du larynx	0 1 Y	9,F,P,S,U	38,50	23 2
GDQE004	Fibroscopie du larynx et de la trachée	0 1 Y	F,O,P,S,U	44,66	26 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
GDQE001	Laryngo-trachéo-bronchoscopie au tube rigide	0 1 Y	9,F,P,S,U	83,93	60 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	84,68	37 1
	06.01.08.04 Endoscopie de la trachée et des bronches <i>Avec ou sans :</i> <i>- brossage à visée cytologique ou bactériologique</i> <i>- lavage bronchique</i>				
GEQE008	Bronchoscopie au tube rigide <i>Indication : hémoptysie massive, ponction et biopsie, contre-indication à la fibroscopie chez les patients infectés par un agent transmissible non conventionnel</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique ; acte réalisé sous anesthésie générale ; conditions d'exécution précisées par les recommandations européennes (- ERS/ATS : European Respiratory Society / American Thoracic Society -)</i>	0 1 Y	F,O,P,S,U,X	112,48	82 1
	Coder éventuellement 1 : (GEHE001) - 4 : (YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	75,14	41 1
GEQE011	Bronchoscopie au tube rigide, avec lavage bronchioloalvéolaire à visée diagnostique <i>Indication : impossibilité d'effectuer un lavage par fibroscopie chez un patient atteint d'une maladie agent transmissible non conventionnel (ATNC)</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique ; conditions d'exécution de la bronchoscopie au tube rigide (GEQE008) (sous anesthésie générale, conditions d'exécution précisées par les recommandations européennes - ERS/ATS : European Respiratory Society / American Thoracic Society)</i>	0 1	F,P,S,U	92,13	94 1
	Coder éventuellement 1 : (GEHE001) - 4 : (YYYY041)	0 4	A,F,P,S,U	63,44	49 1
GEQE001	Bronchoscopie au tube rigide, avec prélèvement médiastinal à l'aiguille par voie transbronchique <i>Avec ou sans : prélèvement par fibroscopie</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique ; conditions d'exécution de la bronchoscopie au tube rigide (GEQE008), sous anesthésie générale, conditions d'exécution précisées par les recommandations européennes (- ERS/ATS : European Respiratory Society / American Thoracic Society -)</i>	0 1 Y	9,F,I,P,S,U	121,60	92 1
	Coder éventuellement 1 : (GEHE001) - 4 : (YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	75,14	41 1
GEQE005	Bronchoscopie au tube rigide, avec biopsie pulmonaire par voie transbronchique sans guidage <i>Indication : pédiatrie</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique ; conditions d'exécution de la bronchoscopie au tube rigide (GEQE008), sous anesthésie générale, conditions d'exécution précisées par les recommandations européennes (- ERS/ATS : European Respiratory Society / American Thoracic Society -)</i>	0 1 Y	9,F,I,P,S,U	126,16	83 1
	Coder éventuellement 1 : (GEHE001) - 4 : (YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	75,14	42 1
GEQH003	Bronchoscopie au tube rigide, avec biopsie pulmonaire par voie transbronchique avec guidage radiologique <i>Indication : pédiatrie</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique ; conditions d'exécution de la bronchoscopie au tube rigide (GEQE008), sous anesthésie générale, conditions d'exécution précisées par les recommandations européennes (- ERS/ATS : European Respiratory Society / American Thoracic Society -)</i>	0 1 Y	F,I,P,S,U,X	104,12	98 1
	Coder éventuellement 1 : (GEHE001) - 4 : (YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	75,14	42 1
GEQE007	Fibroscopie bronchique <i>À l'exclusion de : fibroscopie bronchique, chez un patient intubé ou trachéotomisé (GEQE012)</i> <i>Forfait : liste SE1</i>	0 1 Y	F,P,S,U	96,00	59 1
	Coder éventuellement 1 : (GEHE001, ZZLP025)				
GEQE012	Fibroscopie bronchique, chez un patient intubé ou trachéotomisé	0 1 Y	F,P,S,U	96,00	32 1
	Coder éventuellement 1 : (GEHE001, ZZLP025)				
GEQE004	Fibroscopie bronchique, avec lavage bronchioloalvéolaire à visée diagnostique <i>À l'exclusion de : fibroscopie bronchique avec lavage bronchioloalvéolaire à visée diagnostique, chez un patient intubé ou trachéotomisé (GEQE009)</i> <i>Forfait : liste SE1</i>	0 1 Y	F,P,S,U	110,40	90 1
	Coder éventuellement 1 : (GEHE001, ZZLP054)				

GEQE009	Fibroskopie bronchique avec lavage bronchioloalvéolaire à visée diagnostique, chez un patient intubé ou trachéotomisé Coder éventuellement 1 : (GEHE001, ZZLP054)	0 1 Y	F,P,S,U	110,40	57	1
GEQE002	Fibroskopie bronchique, avec prélèvement lymphonodal à l'aiguille par voie transbronchique Forfait : liste SE1 Coder éventuellement 1 : (GEHE001, ZZLP025)	0 1 Y	9,F,P,S,U	104,88	74	1
GEQE006	Fibroskopie bronchique, avec biopsie pulmonaire par voie transbronchique sans guidage Forfait : liste SE1 Coder éventuellement 1 : (GEHE001, ZZLP025)	0 1 Y	9,F,O,P,S,U	110,96	76	1
GEQH002	Fibroskopie bronchique, avec biopsie pulmonaire par voie transbronchique avec guidage radiologique Forfait : liste SE1 Coder éventuellement 1 : (GEHE001, ZZLP025)	0 1 Y	F,P,S,U	96,00	91	1
GEQE010	Fibroskopie trachéobronchique avec photodétection de lésion par autofluorescence sans laser Forfait : liste SE1 Coder éventuellement 1 : (GEHE001, ZZLP025)	0 1 Y	9	110,20	89	1
GEQE003	Fibroskopie trachéobronchique avec photodétection de lésion par autofluorescence avec laser Coder éventuellement 1 : (GEHE001, ZZLP025)	0 1 Y	9	120,08	117	1
GEQE013	Examen panendoscopique des voies aérodigestives supérieures avec trachéoscopie et oesophagoscopie Indication : bilan de lésion néoplasique Environnement : bloc opératoire Coder éventuellement 1 : (GEHE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U A,F,P,S,U	115,20 135,92	54 38	1 1
06.01.08.05 Échoendoscopie de la trachée et des bronches						
GEQJ237	Échoendoscopie bronchique, avec prélèvement médiastinal à l'aiguille par voie transbronchique Indication : - selon l'avis de la Haute Autorité de Santé [HAS] Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	Ph A Cl 0 1 Y 0 4 Y	modificateur A	Tarif	ICR	Ex 139 1 54 1
06.01.09 Ponction, biopsie et prélèvement de l'appareil respiratoire						
GGHB001	Ponction d'un épanchement pleural, sans guidage	Ph A Cl 0 1	modificateur 9,F,I,P,S,T,U	Tarif 37,24	ICR 25	Ex 2
GAHA001	Biopsie de la peau du nez et/ou de la muqueuse nasale Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	9,I	30,40	18	2
GDHE001	Biopsie oro-pharyngo-laryngée, par laryngoscopie indirecte Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	I,O	43,12	35	1
GGHB002	Biopsie de la plèvre, par voie transcutanée sans guidage Forfait : liste SE3	0 1	I,T,X	79,04	46	2
GEHD001	Prélèvement intrabronchique distal protégé sur sonde d'intubation ou sur trachéotomie, sans fibroscopie	0 1		0,00	16	2
06.01.10 Exploration chirurgicale de l'appareil respiratoire						
GDQE007	Exploration de pli vocal [corde vocale], par laryngoscopie directe [Cordotomie exploratrice endoscopique] Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	Ph A Cl 0 1 0 4	modificateur 9,I A	Tarif 92,17 105,57	ICR 32 25	Ex 1 1
GHQA001	Exploration du médiastin, par cervicotomie Avec ou sans : biopsie et/ou prélèvement Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	313,50 218,66	258 98	1 1
GHQC001	Exploration du médiastin, par médiastinoscopie Avec ou sans : biopsie et/ou prélèvement Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,P,S,U,X 7,A,F,P,S,U	240,35 105,21	110 69	1 1
ZBQC001	Exploration du thorax sans biopsie du poumon, par thoracoscopie Biopsie du médiastin, de la plèvre, de noeud [ganglion] lymphatique, par thoracoscopie Thoracoscopie exploratrice Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 4,5,A,F,O,P,S,U	209,00 150,20	187 72	1 1
ZBQA002	Exploration du thorax sans biopsie du poumon, par thoracotomie Biopsie du médiastin, de la plèvre, de noeud [ganglion] lymphatique, par thoracotomie Thoracotomie exploratrice Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X 4,5,A,F,O,P,S,U	348,83 216,54	301 120	1 1
ZBQC002	Exploration du thorax avec biopsie du poumon, par thoracoscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 4,5,A,F,O,P,S,U	209,00 154,96	199 78	1 1
ZBQA001	Exploration du thorax avec biopsie du poumon, par thoracotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U 4,5,A,F,O,P,S,U	249,57 205,18	267 107	1 1

06.01.11 Examen anatomopathologique de l'appareil respiratoire

Par structure anatomique, on entend : élément du corps humain, unitissulaire ou pluritissulaire, topographiquement délimité, constituant un ensemble organisé destiné à remplir un rôle déterminé ou une fonction. Il peut s'agir par exemple :

- d'un organe : estomac, peau, muscle,
- d'une entité concourant à une finalité caractéristique : méninge, séreuse,
- d'une région anatomique : médiastin, région rétropéritonéale

Par prélèvements non différenciés [non individualisés], on entend : prélèvements multiples, quels que soient leur nombre et leurs modalités, non distingués les uns des autres lors du prélèvement

Par prélèvements différenciés [individualisés], on entend : prélèvements multiples, quels que soient leur nombre et leurs modalités, distingués les uns des autres lors du prélèvement

L'examen cytopathologique d'un prélèvement inclut : la préparation de l'échantillon, sa fixation, la préparation microscopique avec une coloration standard, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu et le codage

Avec ou sans : coloration spéciale

Par biopsie, on entend : prélèvement sur une structure anatomique d'un fragment biopsique ou de fragments biopsiques multiples non distingués les uns des autres lors du prélèvement.

L'examen histopathologique de biopsie inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalum ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans : – coloration spéciale

– coupes sériées

– empreinte par apposition cellulaire

– écrasis cellulaire

Par pièce d'exérèse, on entend : exérèse partielle ou totale, monobloc ou en plusieurs fragments non différenciés par le préleveur, pour chaque structure anatomique

Par berge, on entend : limite de la résection [incision].

Par recoupe, on entend : exérèse supplémentaire effectuée par le préleveur, au-delà des berges de l'exérèse initiale

Avec ou sans : examen de berge

Par groupe lymphonodal [ganglionnaire lymphatique], on entend : ensemble de noeuds [ganglions] lymphatiques non différenciés par le préleveur au cours d'un curage lymphonodal [ganglionnaire]

L'examen anatomopathologique, inclut : l'examen macroscopique et microscopique de pièce d'exérèse

L'examen anatomopathologique d'un organe inclut : l'examen du feuillet viscéral de son éventuelle séreuse

L'examen anatomopathologique de pièce d'exérèse inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalum ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans : – coloration spéciale

– coupes sériées

– empreinte par apposition cellulaire

– écrasis cellulaire

Facturation :

– un seul acte peut être facturé que l'exérèse soit monobloc ou en fragments non différenciés par le préleveur, partielle ou totale, pour chaque structure anatomique

La pièce d'exérèse pour examen anatomopathologique à visée carcinologique inclut :

– les structures anatomiques ayant un rapport de continuité ou de contiguïté [organes de voisinage] quel qu'en soit le nombre

– les éventuelles recoupes

– les noeuds [ganglions] lymphatiques ou groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] satellites non différenciés par le préleveur

Par examen anatomopathologique à visée carcinologique, on entend : examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de lésion présumée cancéreuse ou précancéreuse

L'examen anatomopathologique à visée carcinologique, inclut : l'examen anatomopathologique de lésion cancéreuse de découverte fortuite lors de l'intervention ou de l'examen anatomopathologique

A l'exclusion de : examen anatomopathologique de lésion précancéreuse de découverte fortuite lors de l'examen anatomopathologique

Coder éventuellement :

– examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une autre structure anatomique différenciée par le préleveur

– examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] différenciés par le préleveur ou de pièce de curage lymphonodal [ganglionnaire]

06.01.11.01 Examen cytopathologique de prélèvement de l'appareil respiratoire

À l'exclusion de : examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] (cf. 17.02.01.02)

GEQX002	Examen cytopathologique de produit de lavage bronchioalvéolaire, non différencié, avec coloration spéciale	0	1					28,00	59	5
GEQX001	Examen cytopathologique de produit de lavage bronchioalvéolaire, différencié, avec coloration spéciale	0	1					56,00	84	5

06.01.11.02 Examen histopathologique de biopsie de l'appareil respiratoire

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GFQX020	Examen histopathologique de biopsie de poumon avec coloration spéciale pour diagnostic d'affection non carcinologique	0	1			60,00	64	5

06.01.11.03 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse du haut appareil respiratoire

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GCQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de cavité nasale [fosse nasale] et/ou de sinus paranasal	0	1			68,20	51	5
GCQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse du rhinopharynx	0	1			66,45	64	5
GDQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de cordectomie laryngée	0	1			70,27	51	5
GDQX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de laryngectomie partielle et/ou de pharyngectomie partielle	0	1			108,23	84	5

À l'exclusion de : Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de laryngectomie partielle verticale ou de laryngectomie totale (GDQX005)

GDQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de laryngectomie partielle verticale ou de laryngectomie totale	0	1			119,57	120	5
---------	--	---	---	--	--	--------	-----	---

06.01.11.04 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de l'appareil respiratoire intrathoracique

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GFQX006	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse pulmonaire non anatomique et/ou de segmentectomie, non différenciées, sans résection de côte ni de vertèbre	0	1			68,45	64	5
GFQX009	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse pulmonaire non anatomique et/ou de segmentectomie, différenciées, sans résection de côte ni de vertèbre	0	1			99,72	107	5
GFQX010	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse pulmonaire non anatomique et/ou de segmentectomie, avec résection de côte et/ou de vertèbre	0	1			96,64	140	5
GFQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse d'une lobectomie pulmonaire, sans résection de côte ni de vertèbre	0	1			116,35	105	5
GFQX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pneumonectomie ou de lobectomies pulmonaires multiples, sans résection de côte ni de vertèbre	0	1			132,60	150	5
GFQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse pulmonaire non anatomique et/ou de segmentectomie	0	1			142,24	173	5
GFQX007	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse d'une lobectomie pulmonaire, avec résection de côte et/ou de vertèbre	0	1			142,24	173	5
GFQX007	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pneumonectomie ou de lobectomies pulmonaires multiples, avec résection de côte et/ou de vertèbre	0	1			159,06	235	5

Avec ou sans : examen à visée carcinologique de pièce d'exérèse pulmonaire non anatomique et/ou de segmentectomie

GGQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de tumeur de plèvre	0	1			70,71	97	5
<i>Avec ou sans : Examen anatomopathologique à visée carcinologique de résection de côte et/ou de vertèbre et/ou de poumon</i>								

06.01.11.05 Examens de génétique somatique à visée oncothéranostique

Par thérapie ciblée on entend : traitement n'apportant de bénéfices que chez certains patients identifiés par un marqueur prédictif déterminé par un test compagnon
 Par test compagnon on entend : test diagnostique permettant de sélectionner, en fonction de leur statut pour un marqueur prédictif identifié par ce test, uniquement les patients chez lesquels le traitement est susceptible d'apporter un bénéfice parmi ceux diagnostiqués pour une maladie donnée. Le test est considéré comme "compagnon" d'utilisation du traitement.

ZZQX042	Test de détection des mutations génétiques de tumeur maligne de l'appareil respiratoire pour thérapie ciblée [Test compagnon]	0	1					0	5
<i>Indication : dans les indications des autorisations de mise sur le marché de la thérapie ciblée</i>									
<i>Environnement : conformément aux conditions de réalisation listées par la Haute autorité de santé dans son rapport d'évaluation des technologies de santé du 9 septembre 2021</i>									
<i>Facturation :</i>									
- seuls les tests identifiant le biomarqueur désigné dans l'autorisation de mise sur le marché de la thérapie ciblée peuvent être facturés ;									
- la détection de la mutation ne doit pas avoir été réalisée dans le cadre d'un panel NGS au moment du diagnostic du cancer									
- Prise en charge provisoire conformément aux dispositions des articles L.162-1-7 et D. 162-25-1 du Code de la sécurité sociale									

06.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES VOIES RESPIRATOIRES

06.02.01 Actes thérapeutiques sur le nez

06.02.01.01 Suture de plaie du nez

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GAJA002	0	1		F,I,M,P,S,U,X	53,88	43	1
<i>Parage et/ou suture de plaie du nez</i>							
<i>Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)</i>							
GAEA001	0	1	Y	9,F,P,S,U,X	133,29	100	1
<i>Repositionnement de fragment de nez amputé, sans anastomose vasculaire</i>							
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>							
GAEA002	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	475,03	435	1
<i>Réimplantation de fragment de nez, avec anastomoses vasculaires</i>							
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>							
	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	79,36	80	1
	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	137,37	200	1

06.02.01.02 Exérèse de lésion du nez

Avec ou sans : suture immédiate
Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 06.02.01.03)

GAF007	0	1	Y	9,I	49,13	28	1
<i>Exérèse non transfixiante de lésion de la peau du nez ou de la muqueuse narinaire</i>							
<i>À l'exclusion de :</i>							
- exérèse de lésion ou de malformation de la cavité nasale, par voie nasale (GAFD001)							
- polypectomie intranasale (GAFD002)							
<i>Forfait : liste FSD</i>							
<i>Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)</i>							
GAF005	0	1	Y	J,K,T	125,40	71	1
<i>Exérèse transfixiante de lésion de la peau du nez et/ou de la muqueuse narinaire</i>							
<i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>							
GAF002	0	1	Y	J,K,T	125,40	57	1
<i>Exérèse subtotale ou totale [amputation] de la pointe et/ou de l'aile du nez</i>							
<i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>							
GAF008	0	1	Y	I,J,K,O,T	190,01	157	1
<i>Amputation de la pyramide nasale</i>							
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>							
GAF004	0	1	Y	I,J,K,O,T	190,01	199	1
<i>Amputation de la pyramide nasale étendue au philtrum et/ou à la joue</i>							
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>							
GAF003	0	1	Y	9,I,J,K,T	102,81	86	1
<i>Excision ou décortication d'un rhinophyma, sans laser</i>							
<i>Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)</i>							
GAF001	0	1	Y	9,I,J,K,T	102,81	93	1
<i>Excision ou décortication d'un rhinophyma, avec laser</i>							
<i>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</i>							

06.02.01.03 Réparation de perte de substance du nez

La réparation de perte de substance du nez par autogreffe ou lambeau inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.

GAMA019	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	218,59	164	1
<i>Réparation de perte de substance du nez par autogreffe composée d'auricule</i>							
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>							
GAMA018	0	1	Y	F,J,K,P,S,U	191,24	106	1
<i>Réparation de perte de substance du nez par lambeau local</i>							
<i>Réparation de perte de substance du nez par lambeau de rotation, d'avancement, de transposition, hachette</i>							
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>							
GAMA012	0	1	Y	9,F,J,K,P,S,U	210,57	132	1
<i>Réparation de perte de substance du nez par lambeau régional</i>							
<i>À l'exclusion de : réparation de perte de substance du nez</i>							
- par lambeau frontal à pédicule inférieur (GAMA002)							
- par lambeau scalpant (GAMA014)							
<i>Réparation de perte de substance du nez par lambeau nasogénien, jugal, frontoglabellaire, labial, de Rieger</i>							
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>							
GAMA002	0	1	Y	9,F,J,K,P,S,T,U	342,45	291	1
<i>Réparation de perte de substance du nez par lambeau frontal à pédicule inférieur</i>							
<i>Réparation de perte de substance du nez par lambeau médian, oblique, en aile de mouette</i>							
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>							
GAMA014	0	1	Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	514,03	432	1
<i>Réparation de perte de substance du nez par lambeau scalpant</i>							
<i>Réparation de perte de substance du nez par lambeau scalpant type Converse, frontal à pédicule supérieur, faucille, Washio</i>							
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>							
GAMA006	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	599,81	467	1
<i>Réparation de perte de substance du nez par lambeau scalpant doublé par lambeau en charnière, lambeau frontal, et/ou autogreffe</i>							
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>							
	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	137,83	216	1

GAMA023 Réparation de perte de substance du nez par lambeau brachial ou antébrachial à pédicule transitoire	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	479,56	327	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	120,23	150	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GAMA021 Reconstruction du nez, de l'héminez ou de la pointe de nez avec armature ostéocondrale, lambeau de couverture cutanée et lambeau de doublure muqueuse	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	684,89	569	1
	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	174,20	266	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
06.02.01.04 Rhinoplastie, septoplastie et rhinoseptoplastie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GAMA008 Rhinoplastie primitive de la pointe	0 1 Y	J,K,T	209,00	106	1
<i>Indication : liée à des troubles fonctionnels ou des malformations : séquelles de fente labioalvéolaire et autres malformations nasales, problèmes de ventilation liée à la valve nasale</i>	0 4 Y	7,A	76,61	67	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GAMA003 Rhinoplastie sans ostéotomie, avec autogreffe de cartilage de septum nasal	0 1 Y	J,K,O,T	257,37	204	1
<i>Indication : troubles fonctionnels ou malformations : séquelles de fente labioalvéolaire et autres malformations nasales, problèmes de ventilation liée à la valve nasale, séquelles de traumatisme nasal (ensellure, déviation)</i>	0 4 Y	7,A	109,14	100	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GAMA024 Rhinoplastie avec ostéotomie, sans autogreffe de cartilage	0 1 Y	9,J,K,O,T	257,37	204	1
<i>Indication : troubles fonctionnels ou malformations : séquelles de fente labioalvéolaire et autres malformations nasales, problèmes de ventilation liée à la valve nasale, séquelles de traumatisme nasal (ensellure, déviation)</i>	0 4 Y	7,A	104,50	100	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GAMA013 Rhinoplastie avec ostéotomie et autogreffe de cartilage de septum nasal	0 1 Y	9,J,K,T	322,60	278	1
<i>Indication : troubles fonctionnels ou malformations : séquelles de fente labioalvéolaire et autres malformations nasales, problèmes de ventilation liée à la valve nasale, séquelles de traumatisme nasal (ensellure, déviation)</i>	0 4 Y	7,A	123,06	136	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GAMA007 Septoplastie nasale	0 1 Y	I,J,K,T	175,56	132	1
<i>Avec ou sans : - turbinectomie inférieure - réinclusion du septum Indication : acte thérapeutique</i>	0 4 Y	7,A	74,78	65	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GAMA001 Rhinoseptoplastie sans ostéotomie, sans autogreffe de cartilage	0 1 Y	J,K,O,T	225,46	178	1
<i>Indication : troubles fonctionnels ou malformations : séquelles de fente labioalvéolaire et autres malformations nasales, problèmes de ventilation liée à la valve nasale, séquelles de traumatisme nasal (ensellure, déviation)</i>	0 4 Y	7,A	77,71	78	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GAMA020 Rhinoseptoplastie sans ostéotomie, avec autogreffe de cartilage de septum nasal	0 1 Y	9,J,K,T	282,89	222	1
<i>Indication : troubles fonctionnels ou malformations : séquelles de fente labioalvéolaire et autres malformations nasales, problèmes de ventilation liée à la valve nasale, séquelles de traumatisme nasal (ensellure, déviation)</i>	0 4 Y	7,A	87,60	100	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GAMA004 Rhinoseptoplastie avec ostéotomie, sans autogreffe de cartilage	0 1 Y	9,J,K,T	282,89	222	1
<i>Indication : troubles fonctionnels ou malformations : séquelles de fente labioalvéolaire et autres malformations nasales, problèmes de ventilation liée à la valve nasale, séquelles de traumatisme nasal (ensellure, déviation)</i>	0 4 Y	7,A	87,60	100	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GAMA016 Rhinoseptoplastie avec ostéotomie et autogreffe de cartilage de septum nasal	0 1 Y	I,J,K,T	347,41	280	1
<i>Indication : troubles fonctionnels ou malformations : séquelles de fente labioalvéolaire et autres malformations nasales, problèmes de ventilation liée à la valve nasale, séquelles de traumatisme nasal (ensellure, déviation)</i>	0 4 Y	7,A	119,04	128	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GAMA010 Rhinoseptoplastie avec autogreffe osseuse et cartilagineuse	0 1 Y	I,J,K,O,T	365,14	276	1
<i>Indication : troubles fonctionnels ou malformations : séquelles de fente labioalvéolaire et autres malformations nasales, problèmes de ventilation liée à la valve nasale, séquelles de traumatisme nasal (ensellure, déviation)</i>	0 4 Y	7,A	118,30	125	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
06.02.01.05 Autres plasties du nez					
<i>À l'exclusion de : réparation secondaire d'une fente orofaciale (07.02.06.09)</i>					
GAMA005 Plastie ostéo-cutané-cartilagineuse pour sténose narinaire	0 1 Y	I,J,K,T,X	415,03	240	1
	0 4 Y	7,A	101,17	133	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GAMA015 Plastie narinaire pour collapsus de la valve nasale interne	0 1 Y	J,K,O,T	181,72	112	1
	0 4 Y	7,A	72,21	62	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GAMA009 Plastie narinaire pour collapsus de la valve nasale interne, avec septoplastie	0 1 Y	9,J,K,O,T	284,13	150	1
	0 4 Y	7,A	92,18	83	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GAMA017 Plastie des orifices piriformes du nez chez le nourrisson	0 1 Y	I,J,K,O,T	253,33	156	1
	0 4 Y	A	83,96	117	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GASA001 Fermeture de perforation du septum nasal	0 1 Y	O	66,22	60	1
	0 4 Y	7,A	72,00	34	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GAMA022 Correction secondaire du résultat esthétique d'une rhinoplastie ou d'une rhinoseptoplastie	0 1 Y	9,J,K,T	143,93	118	1
<i>Facturation : l'acte initial à visée réparatrice a été lui-même pris en charge par l'AM et laisse persister une disgrâce.</i>	0 4 Y	7,A	64,52	50	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
06.02.01.06 Autres actes thérapeutiques sur le nez	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GAJA001 Évacuation de collection du septum nasal	0 1	F,I,P,S,U,X	53,13	23	1
	0 4	A,F,P,S,U	69,65	42	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GALD002 Pose de conformateur d'orifice narinaire	0 1	I,J,K,O,T	91,63	26	1
GALP001 Pose d'une épithèse nasale	0 1		0,00	586	1
06.02.02 Actes thérapeutiques sur la cavité nasale [les fosses nasales]					
06.02.02.01 Exérèse et destruction de lésion de la cavité nasale	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex

GAFD002 Polypectomie intranasale <i>Avec ou sans : endoscopie</i> <i>Facturation : une seule fois en 3 mois</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	F,I,P,S,U	64,68	36	1
GAFD001 Exérèse de lésion ou de malformation de la cavité nasale, par voie nasale <i>À l'exclusion de :</i> <i>- polypectomie intranasale (GAFD002)</i> <i>- exérèse de lésion muqueuse nasale (GAFA007, GAFA005)</i> Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)	0 1	F,J,K,O,P,S,T,U,X	197,89	62	1
GAFA006 Exérèse de lésion ou de malformation de la cavité nasale, par abord paralatéronasal <i>Exérèse de gliome des fosses nasales, par abord paralatéronasal</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X 7,A,F,O,P,S,U	408,87 138,56	200 171	1 1
GAND001 Cautérisation unilatérale ou bilatérale de la muqueuse du cornet inférieur Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	F,P,S,U,X	34,65	18	1
06.02.02.02 Plastie de la cavité nasale	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GAME001 Turbinoplastie ou turbinectomie inférieure et/ou moyenne unilatérale ou bilatérale, par endoscopie Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)	0 1 Y	O,X	77,00	62	1
GAME002 Plastie unilatérale ou bilatérale de la cavité nasale pour rhinite atrophique, par endoscopie Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)	0 1 Y	O	206,36	107	1
GAMA011 Reconstruction de la cavité nasale pour hypoplasie ou aplasie, chez l'enfant Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T 7,A	560,56 133,70	260 188	1 1
GALD001 Pose unilatérale ou bilatérale de prothèse de calibrage de la cavité nasale Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		0,00	26	1
GAGD001 Ablation unilatérale ou bilatérale de prothèse de calibrage de la cavité nasale Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	F,U	0,00	13	1
06.02.02.03 Hémostase de la cavité nasale	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GABD002 Tamponnement nasal antérieur	0 1	F,I,M,O,P,S,U	27,72	13	1
GABD001 Tamponnement nasal antérieur et postérieur	0 1	F,I,M,P,S,U,X	56,21	20	1
GASE001 Hémostase intranasale par cautérisation ou électrocoagulation, par endoscopie <i>À l'exclusion de : coagulation de l'artère sphéno-palatine, par endoscopie nasale (EBNE001, EBNE002)</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	F,I,P,S,U	26,18	13	1
GASE002 Hémostase intranasale par injection unilatérale ou bilatérale transmuqueuse d'agent pharmacologique, par endoscopie Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	F,P,S,U,X	94,71	45	1
06.02.02.04 Autres actes thérapeutiques sur la cavité nasale	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GAGD002 Ablation de corps étranger de la cavité nasale <i>Avec ou sans : endoscopie</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	F,P,S,U,X	35,42	12	1
06.02.03 Actes thérapeutiques sur les sinus paranasaux					
06.02.03.01 Actes thérapeutiques sur le sinus maxillaire <i>Comprend :</i> <i>- évacuation de collection du sinus maxillaire</i> <i>- extraction de corps étranger</i>					
GBJD002 Évacuation de collection du sinus maxillaire, par voie méatale inférieure <i>Avec ou sans : drainage</i> <i>Ponction du sinus maxillaire</i> <i>Forfait : liste SE2</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	F,P,S,T,U	57,60	0	1
GBPE003 Méatotomie nasale inférieure bilatérale, par endoscopie Coder éventuellement 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	250,80 86,40	56 48	1 1
GBPE001 Méatotomie nasale moyenne, par endoscopie <i>Avec ou sans : méatotomie nasale inférieure</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	167,20	57	1
GBPA004 Sinusotomie maxillaire, par abord de la fosse canine [abord vestibulaire] <i>Avec ou sans : méatotomie nasale inférieure</i> <i>Opération selon Caldwell - Luc</i> <i>Ablation de corps étranger du sinus maxillaire, par abord vestibulaire</i> Coder éventuellement 14 : (GELE001) - 4 : (YYYY041)	0 1 0 4	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,T,U	167,20 80,64	0 0	1 1
GBPA002 Sinusotomie maxillaire, par abord de la fosse canine [abord vestibulaire] et par voie méatale moyenne <i>Avec ou sans : méatotomie nasale inférieure</i> Coder éventuellement 14 : (GELE001) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,T,U	167,20 86,14	142 68	1 1
GBPA001 Sinusotomie maxillaire par abord de la fosse canine [abord vestibulaire], avec sinusotomie ethmoïdale et/ou sphénoïdale Coder éventuellement 14 : (GELE001) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,T,U	287,21 118,76	164 102	1 1
GBBA002 Comblement préimplantaire sousmuqueux unilatéral du sinus maxillaire <i>Facturation :</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement, chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i> Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY183) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	T 7,A,T	240,35 109,34	288 128	1 1

GBBA364	Comblement préimplantaire sousmuqueux bilatéral du sinus maxillaire	0 1 Y			356	1
	<i>Facturation :</i>	0 4			154	1
	- prise en charge dans le cadre du traitement, chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare					
	- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires					
	Coder éventuellement 1 : (PAFA010, YYYY183) - 4 : (YYYY041)					

06.02.03.02 Actes thérapeutiques sur le sinus ethmoïdal

Avec ou sans : méatotomie moyenne

GBFA002	Exérèse de lésion du sinus ethmoïdal, par abord paralatéronasal ou par abord bilatéral de la fosse canine [abord bivestibulaire]	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	270,74	220	1
	<i>Exérèse d'ostéome, de mucocèle, de papillome inversé du sinus ethmoïdal, par rhinotomie paralatéronasale ou souslabiale</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	112,53	122	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LAF021	Ethmoïdectomie antérieure, par endoscopie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	223,30	126	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	93,47	78	1
LAF023	Ethmoïdectomie antérieure unilatérale avec septoplastie nasale, par endoscopie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	324,94	184	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	119,68	110	1
GBFA008	Ethmoïdectomie antérieure bilatérale avec septoplastie nasale, par endoscopie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	487,41	200	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	146,44	140	1
LAF024	Ethmoïdectomie totale unilatérale, par endoscopie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	375,76	186	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	109,97	111	1
LAF016	Ethmoïdectomie totale unilatérale avec septoplastie nasale, par endoscopie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	394,24	216	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	122,25	120	1
LAF017	Ethmoïdectomie totale unilatérale avec sphénoïdectomie, par endoscopie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	472,78	220	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	117,30	122	1
LAF015	Ethmoïdectomie totale unilatérale avec septoplastie nasale et sphénoïdectomie, par endoscopie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	503,58	256	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	134,34	142	1
LAF022	Ethmoïdectomie totale bilatérale, par endoscopie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	560,56	276	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	135,08	153	1
LAF020	Ethmoïdectomie totale bilatérale avec septoplastie nasale, par endoscopie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	589,82	332	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	145,34	184	1
LAF018	Ethmoïdectomie totale bilatérale avec sphénoïdectomie, par endoscopie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	642,18	328	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	148,09	182	1
LAF019	Ethmoïdectomie totale bilatérale avec septoplastie nasale et sphénoïdectomie, par endoscopie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	776,93	384	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	157,99	213	1

06.02.03.03 Actes thérapeutiques sur le sinus sphénoïdal

Avec ou sans : drainage

GBJE002	Évacuation de collection du sinus sphénoïdal, par endoscopie directe ou transethmoïdale	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	159,39	86	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	87,24	65	1
GBFA007	Exérèse de lésion du sinus sphénoïdal, par endoscopie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	246,40	128	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	101,17	88	1

06.02.03.04 Actes thérapeutiques sur le sinus frontal

Avec ou sans : drainage

GBJB001	Évacuation de collection du sinus frontal, par voie transcutanée	0 1	F,I,P,S,T,U,X	72,38	27	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
GBJE001	Évacuation de collection du sinus frontal, par endoscopie nasale	0 1 Y	F,P,S,T,U,X	161,70	110	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
GBJA002	Évacuation de collection du sinus frontal, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	167,20	80	1
	<i>Évacuation de collection du sinus frontal, par abord frontosourcilier ou coronal</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	87,97	68	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GBJA001	Évacuation unilatérale ou bilatérale de collection du sinus frontal, par endoscopie nasale et par abord direct	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	235,62	250	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	126,09	136	1
GBPA003	Sinusotomie frontale unilatérale ou bilatérale avec résection du septum et du plancher nasaux, par endoscopie nasale ou par abord direct	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	560,56	450	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	186,95	227	1
GBFA001	Exérèse de lésion du sinus frontal, par abord frontosourcilier	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	235,62	134	1
	<i>Exérèse d'ostéome, de mucocèle du sinus frontal, par abord frontosourcilier</i>	0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	105,57	99	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
GBFA003	Exérèse de lésion du sinus frontal, par abord coronal	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	284,90	375	1
	<i>Exérèse d'ostéome, de mucocèle du sinus frontal, par abord coronal</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	153,23	193	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
GBBA001	Exclusion unilatérale ou bilatérale du sinus frontal par résection de la paroi postérieure [Cranialisation du sinus frontal]	0 1 Y	J,K,T	104,50	300	1
	<i>Activité 1 : geste extracrânien</i>	0 2 Y	J,K,T	104,50	0	1
	<i>Activité 2 : geste intracrânien</i>	0 4 Y	7,A	83,60	193	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GBCA001	Exclusion unilatérale ou bilatérale de sinus frontal par comblement	0 1 Y	9,I,J,K,T	331,87	363	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	164,15	172	1

06.02.03.05 Autres actes thérapeutiques sur les sinus paranasaux

Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex

GBJD001	Séance de lavage de sinus paranasal par méthode de déplacement <i>Opération selon Proetz</i> <i>Facturation : les actes réalisés en médecine thermale doivent être cotés en NGAP (titre XV)</i>	0 1		X	36,19	14	1
GBGD001	Déméchage et/ou nettoyage postopératoire de sinus paranasal, sous anesthésie générale <i>Avec ou sans : endoscopie</i>	0 1 Y 0 4 Y		F,P,S,U,X A,F,P,S,U	53,13 48,00	29 30	1 1
GBPE002	Marsupialisation de mucocèle du sinus ethmoïdal et/ou du sinus frontal, par endoscopie Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)	0 1 Y		F,I,J,K,P,S,T,U	232,54	90	1
06.02.04 Actes thérapeutiques sur le rhinopharynx et la fosse infratemporale							
06.02.04.01 Exérèse de lésion du rhinopharynx [partie nasale du pharynx] [cavum] [épipharynx] [arrière-cavité des fosses nasales]							
GCFD001	Exérèse de lésion du rhinopharynx, par voie nasale et/ou par voie buccale sans laser Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)	0 1 Y		F,I,P,S,U,X	135,52	65	1
GCFD002	Exérèse de lésion du rhinopharynx, par voie nasale et/ou par voie buccale avec laser Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y		F,I,P,S,U,X	135,52	86	1
GCAFA005	Exérèse de lésion du rhinopharynx, par abord transpalatin sans laser Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,I,J,K,O,P,S,T,U A,F,P,S,U	248,71 154,94	141 112	1 1
GCAFA003	Exérèse de lésion du rhinopharynx, par abord transpalatin avec laser Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,I,J,K,O,P,S,T,U A,F,P,S,U	248,71 154,94	188 112	1 1
GCAFA007	Exérèse de lésion du rhinopharynx et/ou de la fosse infratemporale, par abord transmaxillaire Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,I,J,K,P,S,T,U A,F,P,S,U	850,85 355,05	675 313	1 1
GCAFA004	Exérèse de lésion du rhinopharynx et/ou de la fosse infratemporale, par abord transmandibulaire Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,I,J,K,P,S,T,U A,F,P,S,U	850,85 355,05	675 313	1 1
GCAFA006	Exérèse de lésion du rhinopharynx et/ou de la fosse infratemporale, par abord transmaxillaire et par abord transmandibulaire Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,I,J,K,P,S,T,U,X A,F,P,S,U	1037,1 366,40	900 414	1 1
GCAFA001	Exérèse de lésion du rhinopharynx et/ou de la fosse infratemporale, par abord préauriculaire et/ou par abord transzygomatique Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,P,S,T,U A,F,P,S,U	759,58 366,40	900 414	1 1
GCAFA002	Exérèse de lésion du rhinopharynx et/ou de la fosse infratemporale, par abord transpétreux antérieur Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,P,S,T,U A,F,P,S,U	759,58 366,40	900 414	1 1
06.02.04.02 Plastie du rhinopharynx <i>Avec ou sans : calibrage postopératoire</i>							
GCCD001	Perforation [Discision] unilatérale ou bilatérale des choanes Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 0 4		J,K,T,X A	110,88 81,40	76 40	1 1
GCME004	Plastie des choanes par endoscopie nasale sans laser, pour imperforation unilatérale Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		J,K,T A	209,00 133,08	124 65	1 1
GCME003	Plastie des choanes par endoscopie nasale sans laser, pour imperforation bilatérale Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		J,K,T A	305,00 184,76	164 84	1 1
GCME002	Plastie des choanes par endoscopie nasale avec laser, pour imperforation unilatérale Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		J,K,T A	209,00 133,08	132 69	1 1
GCME001	Plastie des choanes par endoscopie nasale avec laser, pour imperforation bilatérale Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		J,K,T A	313,50 184,76	180 93	1 1
GCMA001	Plastie des choanes par abord transpalatin, pour imperforation unilatérale ou bilatérale Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		J,K,T A	313,50 133,08	200 107	1 1
06.02.05 Actes thérapeutiques sur le larynx							
06.02.05.01 Désobstruction et destruction de lésion du larynx							
GDPE001	Désobstruction du larynx, par laryngoscopie directe avec laser Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,P,S,U,X A,F,P,S,U	182,49 112,90	54 56	1 1
GDFE012	Dilatation et/ou résection de sténose du larynx, par endoscopie sans laser Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)	0 1 Y		F,P,S,U,X	195,58	38	1
GDFE016	Dilatation et/ou résection de sténose du larynx, par endoscopie avec laser Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)	0 1 Y		F,P,S,U,X	195,58	46	1
GDNE002	Destruction de lésion du larynx, par laryngoscopie directe sans laser Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,P,S,U A,F,P,S,U	104,50 90,54	45 38	1 1
GDNE003	Destruction de lésion du larynx, par laryngoscopie directe avec laser Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,P,S,U A,F,P,S,U	104,50 90,54	54 38	1 1
GDNE004	Coagulation d'un oedème du larynx, par laryngoscopie directe sans laser Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,I,O,P,S,U A,F,P,S,U	87,01 90,54	45 41	1 1
GDNE001	Coagulation d'un oedème du larynx, par laryngoscopie directe avec laser Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,I,O,P,S,U A,F,P,S,U	87,01 90,54	54 43	1 1
06.02.05.02 Exérèse partielle du larynx							
GDFE008	Épiglottectomie partielle, par laryngoscopie directe sans laser Descriptif : GDFE008-30 Épiglottectomie partielle, par laryngoscopie directe sans laser, sans assistance par robot Descriptif : GDFE008-40 Épiglottectomie partielle, par laryngoscopie directe sans laser, avec assistance par robot Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	Ph A Cl	modificateur F,I,P,S,U,X A,F,P,S,U	149,38 116,57	51 53	1 1
GDFE009	Épiglottectomie partielle, par laryngoscopie directe avec laser Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,I,P,S,U,X A,F,P,S,U	149,38 115,09	59 52	1 1

GDFE015	Exérèse du vestibule du larynx, par laryngoscopie directe sans laser	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	182,49	60 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	129,76	60 1
GDFE010	Exérèse du vestibule du larynx, par laryngoscopie directe avec laser	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	182,49	72 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	129,76	60 1
GDFE004	Exérèse de lésion ou épiluchage de la muqueuse du plan glottique, par laryngoscopie directe sans laser	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	109,34	45 1
	<i>Exérèse de polype ou de nodule du plan glottique sans laser</i>	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	109,24	49 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
GDFE002	Exérèse de lésion ou épiluchage de la muqueuse du plan glottique, par laryngoscopie directe avec laser	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	110,88	52 1
	<i>Exérèse de polype ou de nodule du plan glottique avec laser</i>	0 4 Y	A,F,P,S,U	107,04	47 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
GDFE014	Exérèse de lésion sousmuqueuse du plan glottique, par laryngoscopie directe	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	129,36	50 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	115,09	52 1
GDFE007	Cordectomie laryngée, par laryngoscopie directe sans laser	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	141,68	56 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	115,09	68 1
GDFE003	Cordectomie laryngée, par laryngoscopie directe avec laser	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	141,68	67 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	115,09	68 1
GDFE004	Cordectomie laryngée unilatérale, par thyrotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	213,29	142 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	121,62	82 1
GDFE002	Cordectomie laryngée bilatérale, par thyrotomie	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	238,70	164 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	135,55	95 1
GDFE001	Aryténoïdectomie, par laryngoscopie directe	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	167,20	69 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	130,13	79 1
GDFE010	Aryténoïdectomie ou aryténoïdopexie, par thyrotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	271,04	186 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	137,09	107 1
GDFE005	Résection ou section des plis aryépiglottiques, par laryngoscopie directe sans laser	0 1 Y	F,O,P,S,U,X	110,88	50 1
	Descriptif : GDFE005-30 Résection ou section des plis aryépiglottiques, par laryngoscopie directe sans laser, sans assistance par robot	0 4 Y	A,F,P,S,U	106,67	66 1
	Descriptif : GDFE005-40 Résection ou section des plis aryépiglottiques, par laryngoscopie directe sans laser, avec assistance par robot				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
GDFE013	Résection ou section des plis aryépiglottiques, par laryngoscopie directe avec laser	0 1 Y	F,O,P,S,U,X	110,88	59 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	106,67	66 1
GDFE011	Exérèse de lésion laryngée infraglottique, par laryngoscopie directe sans laser	0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	166,32	66 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	120,96	79 1
GDFE006	Exérèse de lésion laryngée infraglottique, par laryngoscopie directe avec laser	0 1 Y	9,F,I,P,S,U	166,32	76 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	120,96	76 1
GDFE007	Exérèse de lésion laryngée infraglottique, par laryngotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	321,86	210 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	162,67	121 1
GDFE015	Exérèse de lésion du larynx, par thyrotomie latérale extramuqueuse	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	226,38	160 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	132,62	93 1

06.02.05.03 Résection du larynx

Coder éventuellement :

- réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 16.03.08, 16.03.10)

- curage lymphonodal cervical (cf 05.02.02.02)

GDFE001	Hyo-thyro-épiglottectomie	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	471,24	258 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	170,37	131 1
GDFE006	Laryngectomie partielle verticale	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	400,40	273 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	172,94	137 1
GDFE016	Laryngectomie frontale antérieure avec épiglotoplastie	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	522,83	308 1
	<i>Opération selon Tucker</i>	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	180,27	153 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
GDFE014	Laryngectomie supraglottique	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	522,83	308 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	239,16	141 1
GDFE008	Laryngectomie supraglottique étendue à la base de langue	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	555,94	338 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	255,65	176 1
GDFE009	Laryngectomie supracricoïdienne avec cricohyoïdopexie	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	592,13	358 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	259,69	184 1
GDFE011	Laryngectomie supracricoïdienne avec crico-hyoïdo-épiglotopexie	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	592,13	358 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	259,69	184 1
GDFE013	Hémilaryngopharyngectomie	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	535,15	340 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	186,87	168 1
GDFE017	Laryngopharyngectomie supraglottique	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	560,56	333 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	228,18	153 1
GDFE012	Laryngopharyngectomie supracricoïdienne avec cricohyoïdopexie	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	595,98	365 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	260,79	187 1
GDFE003	Glottectomie horizontale	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	485,87	375 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	202,63	192 1

GDFA005 Laryngectomie totale	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	493,57	325	1
Coder éventuellement 14 : (HEMA010, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	228,18	149	1
GDFA018 Laryngectomie totale étendue à la base de langue	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	565,95	395	1
Coder éventuellement 14 : (HEMA010, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	241,73	181	1
06.02.05.04 Réparation et plastie du larynx					
<i>Avec ou sans : prothèse de calibrage</i>					
<i>À l'exclusion de : réparation de lésion congénitale du larynx (cf 06.02.05.05)</i>					
GDCA001 Suture de plaie du larynx	0 1 Y	F,I,P,S,U	248,71	225	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	119,13	116	1
GDMA003 Réparation de fracas du larynx	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	328,50	375	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	185,77	192	1
GDEA001 Médialisation du pli vocal [corde vocale], par cervicotomie	0 1 Y	I	231,00	158	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	115,09	96	1
GDMA001 Laryngoplastie, par cervicotomie	0 1 Y	I,J,K,T	500,50	300	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	150,58	169	1
GDMA002 Laryngotrachéoplastie, par cervicotomie	0 1 Y	9,J,K,T,X	649,11	358	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	177,30	199	1
06.02.05.05 Réparation de lésion congénitale du larynx					
	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GDSA001 Fermeture d'un diastème laryngé congénital	0 1 Y	J,K,O,T,X	318,78	285	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	141,87	127	1
GDSA002 Fermeture d'un diastème laryngotrachéal congénital	0 1 Y	J,K,T	491,63	385	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	208,92	167	1
GDSA004 Fermeture d'une fente laryngo-trachéo-pharyngo-oesophagienne congénitale, par cervicotomie	0 1 Y	J,K,T	498,48	652	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	472,47	182	1
GDSA003 Fermeture d'une fente laryngo-trachéo-pharyngo-oesophagienne congénitale, par cervicotomie et par thoracotomie	0 1 Y	J,K,T	711,62	850	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	660,80	243	1
06.02.05.06 Autres actes thérapeutiques sur le larynx					
	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GDLB001 Injection dans le pli vocal [corde vocale], par voie transcutanée	0 1	9,F,O,P,S,U	103,18	35	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
GDLE004 Injection de substance hétérologue dans le pli vocal [corde vocale], par laryngoscopie directe	0 1	9	93,94	35	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	A	86,51	30	1
GDLE003 Injection de graisse dans le pli vocal [corde vocale], par laryngoscopie directe	0 1	9	93,94	35	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	A	86,51	30	1
GDLE001 Pose ou changement de prothèse de calibrage du larynx, par laryngoscopie directe	0 1 Y	F,I,P,S,U,X	166,32	35	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	97,87	46	1
GDGE001 Ablation de corps étranger du larynx, par laryngoscopie directe	0 1 Y	F,P,S,U,X	182,49	30	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	106,30	52	1
GDPE002 Cordotomie postérieure, par laryngoscopie directe sans laser	0 1 Y	F,P,S,U,X	100,10	32	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	113,26	55	1
GDPE003 Cordotomie postérieure, par laryngoscopie directe avec laser	0 1 Y	F,O,P,S,U,X	116,27	38	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	113,26	54	1
GDCA002 Exclusion du larynx	0 1 Y	9,X	216,37	186	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	129,40	114	1
06.02.06 Actes thérapeutiques sur la trachée et l'arbre bronchique					
06.02.06.01 Suture de plaie trachéobronchique					
	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GECA003 Suture de plaie ou de rupture de la trachée, par cervicotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	407,68	307	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	141,49	136	1
GECA002 Suture de plaie ou de rupture de la trachée, par cervicothoracotomie ou par thoracotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	596,98	491	1
Coder éventuellement 14 : (GGBA001, HPBA002, LLBA002, LMBA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	301,10	180	1
GECA001 Suture de plaie ou de rupture de bronche, par thoracotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	671,42	566	1
Coder éventuellement 14 : (GGBA001, HPBA002, LLBA002, LMBA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	400,76	232	1
06.02.06.02 Trachéotomie					
	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GELF001 Pose de cathéter laryngé ou de cathéter trachéal, par voie transcutanée	0 1	F,U	0,00	15	1
<i>Trachéotomie transcutanée</i>					
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
GEPAA004 Trachéotomie, par cervicotomie	0 1	F,I,J,K,O,P,S,T,U	142,45	106	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
06.02.06.03 Intubation et pose de dispositif médical trachéobronchique					
<i>La pose de spirales intrabronchiques par endoscopie inclut le guidage radiologique</i>					
GDLD001 Pose d'un masque laryngé ou d'un Combitube®	0 1	F,U	0,00	14	1
<i>À l'exclusion de : geste peranesthésique</i>					
GELD004 Intubation trachéale	0 1	F,U	19,20	15	1
<i>À l'exclusion de :</i>					
<i>- geste peranesthésique</i>					
<i>- intubation trachéale en dehors d'un bloc médicotéchnique (GELD002)</i>					
<i>- intubation trachéale, par fibroscope ou dispositif laryngé particulier (GELE004)</i>					
<i>- au cours d'une ressuscitation cardiorespiratoire (DKMD002)</i>					
GELD002 Intubation trachéale en dehors d'un bloc médicotéchnique	0 1	F,U	19,20	22	1
<i>À l'exclusion de : au cours d'une ressuscitation cardiorespiratoire (DKMD001)</i>					

GELE004 Intubation trachéale, par fibroscopie ou dispositif laryngé particulier	0 1 Y	F,U	0,00	42	1
<i>À l'exclusion de : au cours d'une anesthésie générale (GELE001)</i>					
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)</i>					
GELD003 Intubation trachéale avec instillation de surfactant exogène	0 1	F,U	0,00	30	1
<i>Indication : maladie des membranes hyalines [syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né par déficit de surfactant]</i>					
<i>Environnement : praticiens entraînés et expérimentés dans les soins et la réanimation des enfants prématurés</i>					
GELE009 Pose de guide intrabronchique pour curiethérapie [endobrachytherapy], par fibroscopie	0 1 Y		113,49	52	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	116,53	61	1
GELE003 Pose intrabronchique de matériel à visée hémostatique, par fibroscopie	0 1 Y	9,F,I,P,S,U	148,20	42	1
<i>Avec ou sans : biopsie et/ou prélèvement</i>	0 4 Y	A,F,P,S,U	107,44	65	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GELE007 Pose intrabronchique de matériel à visée hémostatique, par bronchoscopie au tube rigide	0 1 Y	9,F,I,P,S,U	148,96	52	1
<i>Avec ou sans : biopsie et/ou prélèvement</i>	0 4 Y	A,F,P,S,U	107,40	65	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GELE008 Pose d'une endoprothèse trachéobronchique, par endoscopie	0 1 Y	9,F,P,S,U	193,04	68	1
<i>Avec ou sans : dilatation trachéobronchique</i>	0 4 Y	A,F,P,S,U	124,63	67	1
Coder éventuellement 4 : (YYYY041)					
GELE006 Pose de tuteur trachéal, par endoscopie	0 1 Y	I,X	296,36	138	1
<i>Pose de tube de Montgomery, par endoscopie</i>	0 4 Y	A	138,55	104	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GELA001 Pose de tuteur trachéal, par cervicotomie	0 1 Y	I,X	295,65	264	1
<i>Pose de tube de Montgomery, par cervicotomie</i>	0 4 Y	A	138,55	105	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GELE133 Pose de spirales intrabronchiques par endoscopie	0 1 Y			71	1
<i>Indication :</i>	0 4 Y	7,A		97	1
<i>les indications doivent être conformes aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale ; la sélection des patients éligibles à l'intervention nécessite une concertation pluridisciplinaire comprenant : un pneumologue interventionnel ayant acquis une formation théorique et pratique de la technique par compagnonnage, un chirurgien thoracique et un radiologue</i>					
<i>Environnement : les conditions d'exécution doivent être conformes aux conditions d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</i>					
<i>Recueil prospectif de données : à transmettre au registre national</i>					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GELE308 Pose de valve intrabronchique par endoscopie	0 1			57	1
<i>Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale ; la sélection des patients éligibles à l'intervention nécessite une concertation pluridisciplinaire comprenant : un pneumologue interventionnel ayant acquis une formation théorique et pratique de la technique par compagnonnage, un chirurgien thoracique et un radiologue</i>	0 4	A		78	1
<i>Environnement : Etablissement disposant d'un plateau technique de pneumologie interventionnelle avec la présence sur site d'une équipe de chirurgie thoracique et de réanimation et ayant accès à des structures de réhabilitation respiratoire</i>					
<i>Conditions de réalisation : non</i>					
<i>Recueil prospectif de données : à transmettre au registre national : non</i>					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
06.02.06.04 Ablation de corps étranger	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GEGE001 Ablation de corps étranger intratrachéal et/ou intrabronchique, par bronchoscopie au tube rigide	0 1 Y	F,G,O,P,S,U	171,00	72	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	110,70	60	1
GEGE003 Ablation de corps étranger intratrachéal et/ou intrabronchique, par fibroscopie	0 1 Y	F,G,P,S,U	167,20	62	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	110,70	60	1
GEGA001 Ablation de corps étranger intrabronchique, par thoracotomie	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	526,79	422	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	283,20	228	1
06.02.06.05 Plastie de l'arbre trachéobronchique	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GEME121 Plastie des bronches par radiofréquence par endoscopie [Thermoplastie]	0 1 Y			72	1
<i>Indication : patients atteints d'asthme sévère non contrôlé malgré un traitement optimal maximal suivi pendant au moins un an et avec une bonne observance dans les conditions précisées dans le rapport de la HAS du 20 janvier 2016</i>	0 4 Y			100	1
<i>Environnement : encadrement spécifique, au sens de l'article L.1151-1 du code de la santé publique, conformément à l'avis de la HAS du 20 janvier 2016</i>					
<i>Recueil prospectif de données : à transmettre au registre national</i>					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GEMA001 Plastie d'agrandissement d'un orifice de trachéostomie ou de trachéotomie, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	192,14	255	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	123,89	95	1
GESA002 Fermeture de trachéotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	153,23	201	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	67,44	51	1
GESA003 Fermeture de fistule bronchique, par thoracotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	622,50	542	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	396,32	190	1
GEMA002 Plastie de la trachée par autogreffe ou lambeau, par cervicotomie ou par thoracotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	478,98	485	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	344,31	164	1
GEKA001 Remplacement de la trachée par prothèse, par cervicotomie ou par thoracotomie	0 1 Y	J,K	0,00	674	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y	A	0,00	259	1
06.02.06.06 Destruction de lésion de l'arbre trachéobronchique	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex

GENE001	Destruction mécanique de lésion de l'arbre trachéobronchique, par bronchoscopie au tube rigide <i>Indication : traitement palliatif en cas d'obstruction par une grosse tumeur néoplasique</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique ; conditions d'exécution de la bronchoscopie au tube rigide (GEQE008), sous anesthésie générale, conditions d'exécution précisées par les recommandations européennes (- ERS/ATS : European Respiratory Society / American Thoracic Society -)</i>	0 1 Y	F,P,S,U,X	177,84	96	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	101,17	71	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
GENE008	Destruction mécanique de lésion de l'arbre trachéobronchique, par fibroscopie <i>Indication : acte peu fréquent, dont l'opportunité est décidée au cours d'une endoscopie pour grosse lésion intrabronchique, en l'absence de détresse respiratoire</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 1 Y	I,O	138,32	63	1
		Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
GENE006	Destruction de lésion de l'arbre trachéobronchique par cryothérapie ou thermocoagulation, par bronchoscopie au tube rigide <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique ; conditions d'exécution de la bronchoscopie au tube rigide (GEQE008), sous anesthésie générale, conditions d'exécution précisées par les recommandations européennes (- ERS/ATS : European Respiratory Society / American Thoracic Society -)</i>	0 1 Y	9,F,I,P,S,U	158,84	56	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	95,30	64	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
GENE005	Destruction de lésion de l'arbre trachéobronchique par cryothérapie ou thermocoagulation, par fibroscopie <i>Environnement : patient non intubé, en l'absence de détresse respiratoire.</i>	0 1 Y	9,F,P,S,U	123,12	69	1
		Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
GENE004	Destruction de lésion de l'arbre trachéobronchique avec laser, par bronchoscopie au tube rigide <i>Avec ou sans : destruction par fibroscopie</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique ; conditions d'exécution de la bronchoscopie au tube rigide (GEQE008), sous anesthésie générale, conditions d'exécution précisées par les recommandations européennes (- ERS/ATS : European Respiratory Society / American Thoracic Society -)</i>	0 1 Y	9,F,I,P,S,U	163,40	69	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	97,14	66	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
GENE002	Destruction de lésion de l'arbre trachéobronchique avec laser, par fibroscopie <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique ; bloc répondant aux normes de sécurité laser</i>	0 1 Y	F,I,P,S,U	136,04	68	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	96,04	65	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
GENE003	Destruction tissulaire photodynamique de lésion de l'arbre trachéobronchique avec laser, par fibroscopie <i>Indication : traitement curatif des lésions malignes superficielles in situ ou micro-invasives de petite taille ; traitement palliatif d'une tumeur obstructive non opérable d'une voie aérienne principale dans les cancers à un stade avancé ; respect des indications AMM de l'agent photosensibilisant</i> <i>Environnement : spécifique ; port de lunettes de protection pour le patient et l'équipe</i>	0 1 Y	F,I,O,P,S,U	138,32	122	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	96,04	65	1
Coder éventuellement 4 : (YYYY041)						
06.02.06.07 Résection de l'arbre trachéobronchique						
GEFE002	Séance de résection et/ou de dilatation de sténose de la trachée, par endoscopie sans laser <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,I,P,S,U	248,71	68	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
GEFE001	Séance de résection et/ou de dilatation de sténose de la trachée, par endoscopie avec laser <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 Y	F,I,P,S,U	248,71	77	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	86,19	54	1
GEFA010	Résection-anastomose thyrotrachéale, par cervicotomie <i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	771,39	683	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	432,28	266	1
GEFA002	Résection-anastomose cricotrachéale, par cervicotomie <i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	771,39	710	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	444,74	277	1
GEFA012	Résection-anastomose de la trachée sans abaissement du larynx, par cervicotomie <i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	633,14	517	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	356,40	201	1
GEFA008	Résection-anastomose de la trachée sans abaissement du larynx, par cervicothoracotomie <i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	782,03	637	1
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	391,96	247	1
GEFA006	Résection-anastomose de la trachée sans abaissement du larynx, par thoracotomie <i>Coder éventuellement 14 : (GGBA001, HPBA002, LLBA002, LMBA001, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	823,86	623	1
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	391,96	242	1
GEFA007	Résection-anastomose de la trachée avec abaissement du larynx, par cervicotomie <i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	838,04	622	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	377,67	242	1
GEFA003	Résection-anastomose de la trachée avec abaissement du larynx, par cervicothoracotomie <i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	822,98	739	1
		0 4 Y	4,5,A,F,P,S,U	439,56	287	1
GEFA001	Résection-anastomose de la trachée sans mobilisation viscérale cardiopulmonaire par thoracotomie, avec abaissement du larynx par cervicotomie <i>Coder éventuellement 14 : (GGBA001, HPBA002, LLBA002, LMBA001, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1027,34	814	1
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	443,95	317	1
GEFA005	Résection-anastomose de la trachée avec mobilisation viscérale cardiopulmonaire par thoracotomie, avec abaissement du larynx par cervicotomie <i>Coder éventuellement 14 : (GGBA001, HPBA002, LLBA002, LMBA001, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	968,85	964	1
		0 4 Y	4,5,A,F,P,S,U	451,61	347	1
GEFA009	Résection-anastomose de la trachée avec mobilisation viscérale cardiopulmonaire sans abaissement du larynx, par thoracotomie <i>Coder éventuellement 14 : (GGBA001, HPBA002, LLBA002, LMBA001, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	788,29	712	1
		0 4 Y	4,5,A,F,P,S,U	367,73	277	1

GEFA004	Résection-anastomose de la bifurcation trachéale, par thoracotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1005,36	116 5	1
	Coder éventuellement 14 : (GGBA001, HPBA002, LLBA002, LMBA001, YYYY022, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	490,53	425 1	1
GEFA013	Résection-anastomose de la trachée pour sténose congénitale de la trachée, par thoracotomie avec CEC	0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	1701,60	312 1	1
	Avec ou sans : correction d'anomalie d'origine de l'artère pulmonaire	0 4 Y	A,F,P,S,U	583,48	425 1	1
	Coder éventuellement 1 : (DZQJ007) - 4 : (GELE001, YYYY041) - 5 : (YYYY595)	0 5 Y	F,P,S,U	313,50	0 1	1
GEFA011	Résection-anastomose bronchique, par thoracotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	752,96	623 1	1
	Coder éventuellement 14 : (GGBA001, HPBA002, LLBA002, LMBA001, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	401,08	255 1	1
06.02.06.08 Injection et aspiration intratrachéobronchiques		Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GELD001	Instillation de surfactant exogène chez un nouveau-né en ventilation mécanique	0 1		0,00	20 1	1
	Indication : maladie des membranes hyalines [syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né par déficit de surfactant]					
	Environnement : praticiens entraînés et expérimentés dans les soins et la réanimation des enfants prématurés					
GELD005	Nébulisation d'agent thérapeutique à destination bronchique [aérosol] avec surveillance de la saturation en oxygène par mesure transcutanée [SpO2] et surveillance de la fréquence cardiaque, pendant au moins 2 heures	0 1	F,U	0,00	49 1	1
	Avec ou sans : surveillance de l'évolution du débit expiratoire de pointe [DEP]					
GELE002	Instillation intrabronchique d'agent pharmacologique à visée thérapeutique, par bronchoscopie au tube rigide	0 1 Y	F,O,P,S,U	117,80	74 1	1
	Indication : hémoptysie massive	0 4 Y	A,F,P,S,U	90,54	55 1	1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale					
	Environnement : spécifique ; bloc répondant aux normes de sécurité laser ; conditions d'exécution de la bronchoscopie au tube rigide sous anesthésie générale, conditions d'exécution précisées par les recommandations européennes (- ERS/ATS : European Respiratory Society / American Thoracic Society -)					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GEJD002	Lavage pulmonaire unilatéral à visée thérapeutique pour protéinose alvéolaire, par sonde d'intubation à double lumière	0 1		153,92	250 1	1
	Coder éventuellement 4 : (YYYY041)	0 4	A	184,74	25 1	1
GELE005	Instillation intrabronchique d'agent pharmacologique à visée thérapeutique, par fibroscopie	0 1 Y	F,P,S,U	110,40	39 1	1
	Indication : hémoptysie grave, aspergillome					
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)					
GEJE002	Lavage pulmonaire unilatéral à visée thérapeutique pour protéinose alvéolaire, par endoscopie	0 1 Y	9,I	185,44	287 1	1
	Environnement : acte dont la procédure est codifiée.	0 4 Y	A	184,74	180 1	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GEJE001	Aspiration intrabronchique à visée thérapeutique, par fibroscopie [Fibroaspiration bronchique]	0 1 Y	9,F,P,S,U,X	81,32	59 1	1
	À l'exclusion de : aspiration intrabronchique à visée thérapeutique d'un patient intubé ou trachéotomisé, par fibroscopie (GEJE003)					
	Indication : encombrement du patient ; la kinésithérapie est la technique alternative.					
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
GEJE003	Aspiration intrabronchique à visée thérapeutique chez un patient intubé ou trachéotomisé, par fibroscopie	0 1 Y	F,O,P,S,U,X	76,00	37 1	1
06.02.06.09 Implant phonatoire		Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HEME002	Création d'une fistule oesotrachéale avec pose d'implant phonatoire, par endoscopie	0 1 Y	9	126,28	51 1	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	99,71	64 1	1
GKGD002	Ablation d'un implant phonatoire oesotrachéal, sans endoscopie	0 1	9,F,I,P,S,U	30,03	21 1	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
GKGE002	Ablation d'implant phonatoire oesotrachéal ou de tube de calibre intralaryngé, par endoscopie	0 1	F,O,P,S,U	57,75	39 1	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
GKKD002	Changement d'un implant phonatoire oesotrachéal, sans endoscopie	0 1 Y	9,I	97,79	45 1	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
GKKE002	Changement d'implant phonatoire oesotrachéal, par endoscopie	0 1	9,I	98,56	42 1	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	A	95,30	58 1	1
HESA010	Fermeture de fistule oesotrachéale après implant phonatoire, par cervicotomie	0 1 Y	J,K,T	104,50	45 1	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	113,63	38 1	1
06.02.06.10 Rééducation		Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GKRP001	Séance de rééducation de la voix, de la parole et/ou du langage, avec contrôle instrumental	0 1	X	53,90	44 1	1
	Facturation : ne peut pas être facturé avec un acte inscrit à la 2ème partie, titre IV, chapitre II, article 2 de la nomenclature générale des actes professionnels					
06.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE POUMON, LA PLÈVRE ET LE MÉDIASTIN						
06.03.01 Exérèse partielle non anatomique du poumon		Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GFFC002	Exérèse partielle non anatomique du poumon, par thoracoscopie	0 1 Y	J,K,T	412,88	293 1	1
	Descriptif : GFFC002-30 Exérèse partielle non anatomique du poumon, par thoracoscopie, sans assistance par robot	0 4 Y	4,5,A,T	283,31	113 1	1
	Descriptif : GFFC002-40 Exérèse partielle non anatomique du poumon, par thoracoscopie, avec assistance par robot					
	Tumorectomie pulmonaire, par thoracoscopie					
	Résection cunéiforme [Wedge resection] du poumon, par thoracoscopie					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
GFFA017	Exérèse partielle non anatomique unique du poumon, par thoracotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	374,48	284 1	1
	Tumorectomie unique du poumon, par thoracotomie	0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,T,U	319,05	123 1	1
	Résection cunéiforme [Wedge resection] unique du poumon, par thoracotomie					
	Coder éventuellement 14 : (FCFA017, YYYY026, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

GFFA021 Exérèses partielles non anatomiques multiples du poumon, par thoracotomie <i>Tumorectomies multiples du poumon, par thoracotomie</i> <i>Résections cunéiformes [Wedge resections] multiples du poumon, par thoracotomie</i> Coder éventuellement 14 : (FCFA017, YYYY026, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	486,37	436	1
	0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,T,U	412,52	180	1
GFFC006 Résection de bulle pulmonaire, par thoracoscopie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	412,88	247	1
	0 4 Y	4,5,A,T	299,07	118	1
GFFC005 Résection de bulle pulmonaire avec abrasion ou exérèse de la plèvre pariétale, par thoracoscopie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	447,63	317	1
	0 4 Y	4,5,A,T	343,34	146	1
GFFA005 Résection de bulle d'emphysème pulmonaire, par thoracotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,J,K,T	416,89	365	1
	0 4 Y	4,5,A,T	390,50	162	1
GFFA032 Résection de bulle d'emphysème avec réduction de volume pulmonaire, par thoracotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,T	509,06	394	1
	0 4 Y	4,5,A,T	416,93	174	1
GFBA004 Réduction de volume pulmonaire, par thoracoscopie ou par thoracotomie avec préparation par thoracoscopie <i>Indication : réduction de volume des sommets</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,J,K,T	555,86	480	1
	0 4 Y	4,5,A,T	402,07	156	1
GFBA002 Réduction unilatérale de volume pulmonaire, par thoracotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,O,T	555,86	460	1
	0 4 Y	4,5,A	448,08	191	1
GFBA001 Réduction bilatérale de volume pulmonaire, par thoracotomie unique <i>Réduction bilatérale de volume pulmonaire, par sternobithoracotomie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,I,J,K,T	810,39	661	1
	0 4 Y	4,5,A	543,39	264	1
GFBA003 Réduction bilatérale de volume pulmonaire, par thoracotomie bilatérale <i>Indication : sternotomie non réalisable</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	728,10	839	1
	0 4 Y	4,5,A	692,87	335	1
GFFA014 Exérèse de kyste hydatique du poumon, par thoracotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,O,T	556,57	494	1
	0 4 Y	4,A,T	370,74	196	1
GFFA029 Segmentectomie pulmonaire unique ou multiple, par thoracotomie <i>À l'exclusion de : lobectomie pulmonaire (cf 06.03.02)</i> Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, YYYY026, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,I,J,K,T	680,64	520	1
	0 4 Y	4,5,A,T	395,99	226	1

06.03.02 Lobectomie pulmonaire

Par lobectomie pulmonaire, on entend : exérèse d'un lobe du poumon.

GFFA009 Lobectomie pulmonaire, par thoracotomie avec préparation par thoracoscopie Descriptif : GFFA009-30 Lobectomie pulmonaire par thoracoscopie, sans assistance par robot Descriptif : GFFA009-40 Lobectomie pulmonaire par thoracoscopie, avec assistance par robot Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, YYYY026, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T,X	838,75	613	1
	0 4 Y	4,5,A,T	367,25	238	1
GFFA013 Lobectomie pulmonaire, par thoracotomie Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, YYYY026, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	743,03	528	1
	0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,T,U	378,44	204	1
GFFA026 Lobectomie pulmonaire avec résection-anastomose de la bifurcation trachéale, par thoracotomie Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, HPBA002, LLBA002, LMBA001, YYYY022, YYYY026, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,O,T	1004,6	889	1
	0 4 Y	4,5,A	504,02	306	1
GFFA004 Lobectomie pulmonaire avec résection-anastomose ou réimplantation de bronche, par thoracotomie Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, YYYY026, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	939,43	753	1
	0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	482,76	261	1
GFFA027 Lobectomie pulmonaire avec résection de la paroi thoracique, par thoracotomie <i>À l'exclusion de :</i> <i>- lobectomie pulmonaire avec résection du diaphragme, par thoracotomie (GFFA022)</i> <i>- lobectomie pulmonaire supérieure avec résection de côte et libération du plexus brachial, par thoracotomie (GFFA008)</i> Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	824,57	705	1
	0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	456,10	251	1
GFFA016 Lobectomie pulmonaire avec résection-anastomose de la veine cave supérieure ou résection de l'oreillette gauche, par thoracotomie Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, YYYY022, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	1032,3	883	1
	0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	536,97	286	1
GFFA006 Lobectomie pulmonaire avec résection et remplacement prothétique de la veine cave supérieure, par thoracotomie Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, YYYY022, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	1000,1	988	1
	0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	504,34	315	1
GFFA022 Lobectomie pulmonaire avec résection d'organe et/ou de structure de voisinage, par thoracotomie <i>À l'exclusion de : lobectomie pulmonaire par thoracotomie, avec</i> <i>- résection-anastomose de la bifurcation trachéale (GFFA026)</i> <i>- résection-anastomose de bronche (GFFA004)</i> <i>- résection de la paroi thoracique (GFFA027)</i> <i>- résection de la veine cave supérieure ou de l'oreillette gauche (GFFA006, GFFA016)</i> <i>- résection de côte et libération du plexus brachial (GFFA008)</i> Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, HPBA002, LLBA002, LMBA001, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	944,39	769	1
	0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	534,47	264	1

GFFA008	Lobectomie pulmonaire supérieure avec résection de côte et libération du plexus brachial, par thoracotomie <i>Traitement du syndrome de Pancoast-Tobias, par thoracotomie</i>	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1042,2	885	1
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	538,90	305	1
Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)						
GFFA030	Lobectomie pulmonaire supérieure avec résection de côte et libération du plexus brachial, par cervicothoracotomie <i>Traitement du syndrome de Pancoast-Tobias, par cervicothoracotomie</i>	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1178,3	109	1
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	555,76	352	1
Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)						
GFFA033	Lobectomie pulmonaire supérieure avec résection de côte, de vertèbre, de vaisseau subclavier, exérèse de nœud [ganglion] lymphatique cervical et libération du plexus brachial, par cervicothoracotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1338,5	125	1
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	591,32	403	1
Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)						
GFFA019	Exérèse de lobe pulmonaire restant [Totalisation de pneumonectomie], par thoracotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	996,15	746	1
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	361,21	300	1
Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, HPBA002, LLBA002, LMBA001, YYYY026, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)						

06.03.03 Bilobectomie pulmonaire

Par bilobectomie pulmonaire, on entend : exérèse de deux lobes du poumon droit.

GFFA018	Bilobectomie pulmonaire, par thoracotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	827,40	630	1
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	427,92	241	1
Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, YYYY026, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)						
GFFA023	Bilobectomie pulmonaire avec résection-anastomose ou réimplantation de bronche, par thoracotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	1040,1	712	1
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	496,36	286	1
Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, YYYY026, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)						
GFFA010	Bilobectomie pulmonaire avec résection de la paroi thoracique, par thoracotomie <i>À l'exclusion de : bilobectomie pulmonaire avec résection du diaphragme (GFFA034)</i>	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	918,16	817	1
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	495,70	282	1
Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)						
GFFA031	Bilobectomie pulmonaire avec résection-anastomose de la veine cave supérieure ou résection de l'oreillette gauche, par thoracotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	1057,1	934	1
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	557,86	304	1
Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, YYYY022, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)						
GFFA015	Bilobectomie pulmonaire avec résection et remplacement prothétique de la veine cave supérieure, par thoracotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	1004,9	102	1
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	510,35	326	1
Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, YYYY022, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)						
GFFA034	Bilobectomie pulmonaire avec résection d'organe et/ou de structure de voisinage, par thoracotomie <i>À l'exclusion de : bilobectomie pulmonaire par thoracotomie, avec - résection-anastomose ou réimplantation de bronche (GFFA023) - résection de la paroi thoracique (GFFA010) - résection de la veine cave supérieure ou de l'oreillette gauche (GFFA015, GFFA031)</i>	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	984,80	831	1
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	564,89	286	1
Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, HPBA002, LLBA002, LMBA001, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)						

06.03.04 Pneumonectomie

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GFFA012	Pneumonectomie, par thoracotomie avec préparation par thoracoscopie Descriptif : GFFA012-30 Pneumonectomie par thoracoscopie, sans assistance par robot Descriptif : GFFA012-40 Pneumonectomie par thoracoscopie, avec assistance par robot	0 1 Y			9,J,K,T,X	874,91	678	1
		0 4 Y			4,5,A	385,95	238	1
Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, YYYY026, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)								
GFFA024	Pneumonectomie, par thoracotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X			776,36	522	1
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U			402,62	200	1
Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, LMBA001, YYYY026, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)								
GFFA011	Pneumonectomie avec résection-anastomose de la bifurcation trachéale, par thoracotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U			1066,3	804	1
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U			516,85	277	1
Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, LMBA001, YYYY022, YYYY026, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)								
GFFA001	Pneumonectomie avec exérèse totale de la plèvre [Pleuropneumonectomie], par thoracotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U			985,51	762	1
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U			488,70	290	1
Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, LMBA001, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)								
GFFA025	Pneumonectomie avec résection de la paroi thoracique, par thoracotomie <i>À l'exclusion de : pneumonectomie avec résection du diaphragme (GFFA007)</i>	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U			962,11	790	1
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U			455,04	273	1
Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, LMBA001, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)								
GFFA028	Pneumonectomie avec résection-anastomose de la veine cave supérieure ou résection de l'oreillette gauche, par thoracotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U			1052,8	879	1
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U			628,24	282	1
Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, LMBA001, YYYY022, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)								
GFFA002	Pneumonectomie avec résection et remplacement prothétique de la veine cave supérieure, par thoracotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U			1153,5	971	1
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U			549,06	309	1
Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, LLBA002, LMBA001, YYYY022, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)								

GFFA007	Pneumectomie avec résection d'organe et/ou de structure de voisinage, par thoracotomie À l'exclusion de : pneumectomie par thoracotomie, avec - résection-anastomose de la bifurcation trachéale (GFFA011) - exérèse totale de la plèvre (GFFA001) - résection de la paroi thoracique (GFFA025) - résection de la veine cave supérieure ou de l'oreillette gauche (GFFA002, GFFA028)	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	1038,69	739	1
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	569,66	238	1
Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, HPBA002, LLBA002, LMBA001, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)						

06.03.05 Transplantation du poumon

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GFFA020	Prélèvement de poumon au cours d'un prélèvement multiorgane, sur un sujet en état de mort encéphalique	0 1		F,U	0,00	388	1
		0 4		A,F,U	0,00	123	1
GFEA005	Transplantation de lobe pulmonaire, par thoracotomie sans CEC Coder éventuellement 14 : (GGBA001, LLBA002) - 4 : (GELE001)	0 1 Y		F,U	0,00	171	1
		0 4 Y		A,F,U	0,00	674	1
GFEA002	Transplantation de lobe pulmonaire, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002, GGBA001, LLBA002) - 1 : (DZQJ007) - 4 : (GELE001)	0 1 Y		F,U	0,00	190	1
		0 4 Y		A,F,U	0,00	718	1
		0 5 Y		F,U	0,00	0	1
GFEA003	Transplantation d'un poumon, par thoracotomie sans CEC Coder éventuellement 14 : (GGBA001, LLBA002) - 4 : (GELE001)	0 1 Y		F,U	0,00	148	1
		0 4 Y		A,F,U	0,00	589	1
GFEA007	Transplantation d'un poumon, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002, GGBA001, LLBA002) - 1 : (DZQJ007) - 4 : (GELE001)	0 1 Y		F,U	0,00	168	1
		0 4 Y		A,F,U	0,00	634	1
		0 5 Y		F,U	0,00	0	1
GFEA004	Transplantation séquentielle des 2 poumons, par thoracotomie sans CEC Coder éventuellement 14 : (GGBA001, LLBA002) - 4 : (GELE001)	0 1 Y		F,U	0,00	198	1
		0 4 Y		A,F,U	0,00	744	1
GFEA001	Transplantation séquentielle des 2 poumons, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002, GGBA001, LLBA002) - 1 : (DZQJ007) - 4 : (GELE001) - 5 : (AALF002)	0 1 Y		F,U	0,00	215	1
		0 4 Y		A,F,U	0,00	789	1
		0 5 Y		F,U	0,00	0	1
GFEA006	Transplantation bipulmonaire, par thoracotomie avec CEC Coder éventuellement 14 : (EQCF002, GGBA001, HPBA002, LLBA002) - 1 : (DZQJ007) - 4 : (GELE001) - 5 : (AALF002)	0 1 Y		F,U	0,00	236	1
		0 4 Y		A,F,U	0,00	786	1
		0 5 Y		F,U	0,00	0	1

06.03.06 Évacuation de collection pleurale

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GGJB002	Évacuation d'un épanchement de la cavité pleurale, par voie transcutanée sans guidage Ponction pleurale évacuatrice Exsufflation de pneumothorax à l'aiguille Forfait : liste SE3	0 1		9,F,P,S,T,U,X	47,88	41	1
GGJB001	Drainage d'un épanchement de la cavité pleurale, par voie transcutanée sans guidage Drainage de pneumothorax Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020) Forfait : liste SE3 Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		9,F,P,S,T,U,X	83,60	51	1
GGLB006	Pose d'un drain thoracique pour lavage pleural, par voie transcutanée Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020) Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		F,O,P,S,T,U,X	73,72	54	1
GGJB005	Pose de plusieurs drains thoraciques pour irrigation-lavage pleurale, par voie transcutanée Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020) Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		F,I,P,S,U	86,64	58	1
GGJB007	Séance de lavage pleural, par un dispositif implanté Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)	0 1		F,I,O,P,S,U	34,20	39	1
GGJB006	Séance d'irrigation-lavage pleurale Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)	0 1		F,P,S,U,X	40,28	43	1
GGJA002	Évacuation de collection de la cavité pleurale, par thoracotomie À l'exclusion de : évacuation de collection septique de la cavité pleurale avec débridement, par thoracotomie (GGJA001) Pose de drain pleural, par pleurotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		F,J,K,O,P,S,T,U	209,00	166	1
		0 4 Y		4,5,A,F,O,P,S,T,U	104,50	79	1
GGJA004	Évacuation de collection de la cavité pleurale avec résection costale, par thoracotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		F,J,K,O,P,S,T,U	221,21	238	1
		0 4 Y		4,5,A,F,O,P,S,U	146,49	99	1
GGJC001	Évacuation de collection septique de la cavité pleurale avec débridement, par thoracoscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		9,F,J,K,O,P,S,T,U	254,53	293	1
		0 4 Y		4,5,A,F,O,P,S,U	176,22	102	1
GGJA001	Évacuation de collection septique de la cavité pleurale avec débridement, par thoracotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		F,J,K,O,P,S,T,U,X	354,50	340	1
		0 4 Y		4,5,A,F,O,P,S,U	255,76	129	1
GGJC002	Évacuation d'un hémithorax, par thoracoscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		9,F,J,K,O,P,S,T,U	254,53	276	1
		0 4 Y		4,5,A,F,O,P,S,T,U	178,38	86	1
GGJA003	Décaillotage de la cavité pleurale, par thoracotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		F,I,J,K,O,P,S,T,U	294,94	306	1
		0 4 Y		4,5,A,F,O,P,S,U	242,53	118	1

ZBSA001	Hémostase secondaire à un acte intrathoracique, par thoracotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	447,38	323	1
	À l'exclusion de :	0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	364,59	128	1
	- décaillotage de la cavité pleurale, par thoracotomie (GGJA003)					
	- hémostase secondaire à une acte sur le coeur et/ou les vaisseaux intrathoraciques, par thoracotomie (DZSA002)					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

06.03.07 Injection intrapleurale

L'administration intrapleurale d'agent pharmacologique au long cours inclut la pose du cathéter d'accès au site d'injection avec ou sans tunnellisation, sans pose de système diffuseur ni de pompe à infusion continue sous-cutané.

GGLA001	Pose d'un cathéter intrapleurale par voie transcutanée, avec pose d'un système diffuseur ou d'une pompe implantable sous-cutané	0 1	9	141,80	95	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
GGLB002	Injection intrapleurale d'agent pharmacologique, par voie transcutanée	0 1	X	41,04	30	1
	À l'exclusion de : séance d'injection intrapleurale d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie transcutanée (GGLB001)					
	Avec ou sans : pose de cathéter intrapleurale					
GGLB001	Séance d'injection intrapleurale d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie transcutanée	0 1		0,00	46	1
GGLB008	Séance d'administration intrapleurale d'agent pharmacologique anticancéreux, par un dispositif implanté	0 1		0,00	50	1
GGLB009	Administration intrapleurale d'agent pharmacologique au long cours	0 1	I,X	128,44	46	1
	À l'exclusion de : analgésie postopératoire					
	Indications : douleurs rebelles en dehors de toute intervention					
	Facturation : facturation une seule fois pour une période maximale de 5 jours					
GGLC001	Instillation intrapleurale de substance irritante, par thoracoscopie	0 1 Y	9,X	173,71	96	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,A	149,46	73	1

06.03.08 Exérèse de la plèvre

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GGPA001	Déortication pleuropulmonaire, par thoracotomie	0 1 Y			J,K,O,T,X	738,07	543	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			4,A	321,98	218	1
GGPA002	Libération du poumon [Pneumolyse] pour symphyse pleurale	0 1 Y			9,J,K,T,X	453,76	200	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			4,5,A	212,10	135	1
GGNC001	Abrasion ou exérèse de la plèvre pariétale, par thoracoscopie	0 1 Y			J,K,O,T	289,27	241	1
	Pleurectomie pariétale, par thoracoscopie	0 4 Y			4,5,A	200,79	73	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
GGNA001	Abrasion ou exérèse de la plèvre pariétale, par thoracotomie	0 1 Y			9,J,K,T	265,88	253	1
	À l'exclusion de : exérèse de tumeur de la plèvre, par thoracotomie (GGFA003)	0 4 Y			4,5,A	261,56	105	1
	Avec ou sans : résection de bulle pulmonaire							
	Pleurectomie pariétale, par thoracotomie							
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
GGFA001	Exérèse de tumeur de la plèvre, par thoracotomie avec préparation par thoracoscopie	0 1 Y			I,J,K,O,T	411,22	340	1
	Coder éventuellement 14 : (FCFA017, YYYY026, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			4,5,A	251,99	139	1
GGFA003	Exérèse de tumeur de la plèvre, par thoracotomie	0 1 Y			F,J,K,P,S,T,U,X	436,04	368	1
	Coder éventuellement 14 : (FCFA017, YYYY026, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			4,A,F,P,S,U	281,82	164	1

06.03.09 Pleurostomie

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GGCA001	Pleurostomie cutanée avec résection costale, par thoracotomie [Thoracostomie en gueule de four]	0 1 Y			J,K,O,T,X	393,50	330	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			4,5,A	208,48	136	1

06.03.10 Exérèse de malformation congénitale de l'appareil respiratoire

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GFFC004	Exérèse de kyste bronchogénique, par thoracoscopie	0 1 Y			9,J,K,T	440,29	432	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			4,5,A	296,92	152	1
GFFA003	Exérèse de kyste bronchogénique, par thoracotomie	0 1 Y			9,J,K,T	421,15	408	1
	Coder éventuellement 14 : (GGBA001, LLBA002, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			4,5,A	359,15	125	1
GFFC003	Exérèse de séquestration extralobaire, par thoracoscopie	0 1 Y			J,K,T	392,06	435	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			4,5,A	298,03	153	1
GFFA035	Exérèse de séquestration extralobaire, par thoracotomie	0 1 Y			J,K,T	375,93	421	1
	Coder éventuellement 14 : (GGBA001, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			4,5,A	381,78	129	1

06.03.11 Autres actes thérapeutiques sur la plèvre et les poumons

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ZBGC001	Ablation de corps étranger intrathoracique, par thoracoscopie	0 1 Y			9,F,J,K,O,P,S,T,U	231,84	206	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			4,5,A,F,O,P,S,U	173,29	113	1
ZBGA001	Ablation de corps étranger intrathoracique, par thoracotomie	0 1 Y			9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	346,70	353	1
	À l'exclusion de : ablation de corps étranger intracardiaque, par thoracotomie avec CEC (DAGA001)	0 4 Y			4,5,A,F,O,P,S,U	239,64	173	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
GFNH174	Destruction d'1 tumeur bronchopulmonaire par radiofréquence, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0 1					522	1
	Avec ou sans : drainage d'un épanchement de la cavité pleurale	0 4			A		79	1
	Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165 - 1 du code de la sécurité sociale ; la sélection des patients éligibles à l'intervention nécessite une réunion de concertation pluridisciplinaire comprenant au minimum un radiologue, un pneumo-oncologue ou un oncologue médical à orientation pneumologie, et un chirurgien thoracique.							
	Environnement : établissement disposant d'un plateau technique de radiologie interventionnelle adapté comportant un scanner et une table de vasculaire, pour prendre en charge toute complication hémorragique, ainsi que du matériel d'anesthésie et de réanimation.							
	Coder éventuellement 1 : (YYYY041) - 4 : (GELE001)							

GFNH214	Destruction de 2 tumeurs bronchopulmonaires ou plus par radiofréquence, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0 1				932	1
		0 4		A		134	1
<i>Avec ou sans : drainage d'un épanchement de la cavité pleurale</i> <i>Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165 - 1 du code de la sécurité sociale ; la sélection des patients éligibles à l'intervention nécessite une réunion de concertation pluridisciplinaire comprenant au minimum un radiologue, un pneumo-oncologue ou un oncologue médical à orientation pneumologie, et un chirurgien thoracique.</i> <i>Environnement : établissement disposant d'un plateau technique de radiologie interventionnelle adapté comportant un scanner et une table de vasculaire, pour prendre en charge toute complication hémorragique, ainsi que du matériel d'anesthésie et de réanimation.</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY041) - 4 : (GELE001)							
GFCC001	Suture de plaie pleuropulmonaire, par thoracoscopie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X			324,01	391
		0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U			210,27	152
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
GFCA001	Suture de plaie pleuropulmonaire, par thoracotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X			445,25	362
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U			342,60	174
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

06.03.12 Actes thérapeutiques sur le médiastin

À l'exclusion de :

- exérèse du thymus vestigial (cf 05.02.01.03)
- exploration des sites parathyroïdiens (cf 10.02.04.01)

GHJA001	Évacuation de collection du médiastin, par cervicotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U			313,50	174
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U			188,10	98
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
GHJA002	Évacuation de collection du médiastin, par thoracotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U			432,49	364
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U			206,93	162
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
GHFA001	Exérèse de tumeur du médiastin, par cervicotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U			474,32	417
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U			235,15	178
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
GHFA002	Exérèse de tumeur du médiastin, par thoracotomie avec préparation par thoracoscopie	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U			497,72	449
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U			287,76	158
Descriptif : GHFA002-30 Exérèse de tumeur du médiastin par thoracoscopie, sans assistance par robot Descriptif : GHFA002-40 Exérèse de tumeur du médiastin par thoracoscopie, avec assistance par robot Exérèse de thymome, de neuroblastome, par thoracotomie vidéoassistée Coder éventuellement 14 : (FCFA017, YYYY031, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
GHFA004	Exérèse de tumeur du médiastin, par thoracotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X			662,92	537
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U			341,82	230
À l'exclusion de : exérèse par thoracotomie - de kyste bronchogénique (GFFA003) - de duplication de l'oesophage (HEFA014) Exérèse de thymome, de neuroblastome, par thoracotomie Coder éventuellement 14 : (FCFA017, LLBA002, LMBA001, YYYY031, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)							
GHFA003	Exérèse de tumeur du médiastin avec résection d'organe et/ou de structure de voisinage, par thoracotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U			984,09	831
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U			439,89	318
Coder éventuellement 14 : (FCFA017, GGBA001, HPBA002, LLBA002, LMBA001, YYYY022, YYYY031, ZCFA001, ZCQA002, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)							

06.04 ASSISTANCE RESPIRATOIRE

06.04.01 Adaptation d'une ventilation non effractive

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GLQP001	Réglage du débit d'oxygène par surveillance transcutanée de la saturation en oxygène, pour instauration ou adaptation d'une oxygénothérapie de débit défini chez l'enfant, par 24 heures	0	1			0,00	27
		Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)					
GLQF001	Réglage du débit d'oxygène par mesures répétées des gaz du sang, pour instauration ou adaptation d'une oxygénothérapie de débit défini, par 24 heures	0	1			69,12	30
		Indication : insuffisance respiratoire chronique grave Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020) Facturation : mise en route et surveillance d'un traitement par oxygénothérapie chez un insuffisant respiratoire chronique grave, au cours des 24 premières heures ; avec un minimum de 2 mesures de l'oxymétrie et de la capnimétrie du sang artériel, ponctions et dosages compris / note facturation réanimation					
GLMF001	Adaptation des réglages d'une ventilation non effractive par mesures répétées des gaz du sang, par 24 heures	0	1			0,00	54
		Indication : insuffisance respiratoire chronique grave Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)					
GLMP001	Adaptation d'une pression positive continue [PPC] ventilatoire par système de pression autoadaptable avec enregistrement de la pression au masque, par 24 heures	0	1			0,00	32
		Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)					

06.04.02 Suppléance ventilatoire

À l'exclusion de : suppléance ventilatoire chez le nouveau-né à la naissance (cf 09.05)

GLLD019	Ventilation barométrique ou volumétrique non effractive au masque facial pendant au moins 2 heures cumulées au cours des 12 heures, pour insuffisance respiratoire aiguë	0	1		F,U	0,00	54
GLLD003	Ventilation spontanée au masque facial, par canule nasale ou par sonde nasopharyngée, sans aide inspiratoire, avec pression expiratoire positive [VS-PEP] [Continuous positive airway pressure] [CPAP], par 24 heures	0	1			0,00	42
GLLD006	Ventilation spontanée sur sonde d'intubation trachéale au cours du sevrage d'une ventilation mécanique, par 24 heures	0	1			0,00	28
GLLD013	Ventilation spontanée sur trachéotomie au cours du sevrage d'une ventilation mécanique, par 24 heures	0	1			0,00	17

GLLD002	Ventilation mécanique discontinue au masque facial ou par embout buccal pour kinésithérapie, par 24 heures	0	1			0,00	28	1
GLLD012	Ventilation mécanique continue au masque facial pour suppléance ventilatoire, par 24 heures	0	1			0,00	66	1
GLLD015	Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive [PEP] inférieure ou égale à 6 et FiO2 inférieure ou égale à 60%, par 24 heures	0	1			0,00	35	1
GLLD008	Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive [PEP] supérieure à 6 et/ou FiO2 supérieure à 60%, par 24 heures	0	1			0,00	53	1
	Coder éventuellement 1 : (GLLD005, ZZLB004)							
GLLD004	Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive [PEP] supérieure à 6 et/ou FiO2 supérieure à 60%, avec technique de décubitus ventral alterné par 24 heures	0	1			0,00	95	1
	Coder éventuellement 1 : (GLLD005, ZZLB004)							
GLLD007	Ventilation mécanique à poumons séparés, par 24 heures	0	1			0,00	94	1
	Coder éventuellement 1 : (GLLD005, ZZLB004)							
GLLD011	Ventilation à fréquence supérieure à 80 par minute [Ventilation à haute fréquence] [VHF], par 24 heures	0	1			0,00	50	1
	À l'exclusion de : ventilation par oscillations à haute fréquence (GLLD009)							
	Coder éventuellement 1 : (GLLD005, ZZLB004)							
GLLD009	Ventilation par oscillations à haute fréquence, par 24 heures	0	1			0,00	54	1
	Indication : détresse respiratoire du nouveau-né, syndrome de détresse respiratoire aiguë de l'enfant et l'adulte en deuxième intention Environnement : unité de réanimation telle que définie dans les décrets 02-465 et 02-466							
	Coder éventuellement 1 : (GLLD005, ZZLB004)							
GLJF010	Épuration extracorporelle du dioxyde de carbone [CO2], par 24 heures	0	1			0,00	210	1
	Assistance respiratoire extracorporelle par voie veineuse ou veinoartérielle Indication : défaillance respiratoire grave installée, pathologie à haut risque d'hypoxie réfractaire (hernie diaphragmatique, syndrome d'inhalation méconiale sévère) chez le nouveau né, en deuxième intention Environnement : unité de réanimation telle que définie dans les décrets 02-465 et 02-466							
GLLD010	Ventilation liquide, par 24 heures	0	1			0,00	50	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLB004)							
GLJF001	Épuration extracorporelle du dioxyde de carbone [CO2] par voie veineuse, par 24 heures	0	1			0,00	210	1
	Assistance respiratoire extracorporelle par voie veineuse Coder éventuellement 1 : (ZZLB004)							
GLJF002	Épuration extracorporelle du dioxyde de carbone [CO2] par voie veinoartérielle, par 24 heures	0	1			0,00	210	1
	Assistance respiratoire extracorporelle par voie veinoartérielle Coder éventuellement 1 : (ZZLB004)							
GLLD017	Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, en dehors de la ventilation mécanique, par 24 heures	0	1			0,00	22	1
GLLD020	Oxygénothérapie hyperbare sans utilisation de ventilation mécanique	0	1		F,P,S,U	0,00	40	1
GLLD001	Oxygénothérapie hyperbare avec utilisation de ventilation mécanique	0	1		F,P,S,U	0,00	70	1
	Avec ou sans : utilisation d'agent pharmacologique vasoactif Coder éventuellement 1 : (ZZLB004)							

06.04.03 Oxygénothérapie hyperbare

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
GLLP006	Oxygénothérapie hyperbare avec inhalation d'oxygène pur d'une durée minimale de 60 minutes à une pression de 200 à 280 kilopascals [kPa] chez un patient en ventilation spontanée, pour affection en dehors de la phase aiguë	0	1		9	36,70	0	1
	Indication : écrasement de membre (fracture ouverte de type III Gustilo B et C) après la 48e heure suivant l'accident ; ostéomyélite chronique réfractaire ; lésion radio-induite : ostéoradionécrose de la mandibule, en cas d'extraction dentaire et cystite radio-induite ; ulcère ou gangrène ischémique sans possibilité de revascularisation ou persistant après vascularisation optimale si la PtcO2 mesurée sous OHB est supérieure à 50 mm Hg chez le patient non diabétique, supérieure à 100 mm Hg chez le patient diabétique en ischémie chronique ; consolidation de l'accident de décompression, de l'embolie gazeuse et de l'intoxication au monoxyde de carbone, en cas de déficit persistant Formation : diplôme interuniversitaire de médecine subaquatique et hyperbare Environnement : spécifique : la pratique de cet acte nécessite le respect du code européen de bonne pratique pour la thérapie hyperbare [COST]. Facturation : en établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité d'OHB. La mesure préalable de la PtcO2 pendant une épreuve d'oxygénothérapie hyperbare est obligatoire en cas d'écrasement de membre, d'ulcère ou de gangrène ischémique chronique chez le patient diabétique ou non. Deux actes au plus peuvent être facturés par 24 heures.							
GLLP007	Oxygénothérapie hyperbare avec inhalation d'oxygène pur d'une durée minimale de 60 minutes à une pression de 200 à 280 kilopascals [kPa] chez un patient en ventilation spontanée, pour affection en phase aiguë	0	1		9	61,16	0	1
	Indication : intoxication au monoxyde de carbone chez les patients à haut risque de complications à court ou à long terme, avant la 24e heure suivant l'exposition ; infection nécrosante des tissus mous ; écrasement de membre (fracture ouverte de type III Gustilo B et C) avant la 48e heure suivant l'accident Formation : diplôme interuniversitaire de médecine subaquatique et hyperbare Environnement : spécifique : la pratique de cet acte nécessite le respect du code européen de bonne pratique pour la thérapie hyperbare [COST]. Facturation : en établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité d'OHB							
GLLD021	Oxygénothérapie hyperbare avec inhalation d'oxygène pur d'une durée minimale de 60 minutes à une pression de 200 à 280 kilopascals [kPa], chez un patient en ventilation mécanique	0	1		9	122,32	0	1
	Indication : intoxication au monoxyde de carbone chez les patients à haut risque de complications à court ou à long terme, avant la 24e heure suivant l'exposition ; infection nécrosante des tissus mous ; écrasement de membre (fracture ouverte de type III Gustilo B et C) ; consolidation de l'embolie gazeuse, de l'accident de décompression Formation : diplôme interuniversitaire de médecine subaquatique et hyperbare Environnement : spécifique : la pratique de cet acte nécessite le respect du code européen de bonne pratique pour la thérapie hyperbare [COST]. Facturation : en établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité d'OHB							

GLBP002	Compression thérapeutique avec inhalation de mélange suroxygéné ou d'oxygène pur à une pression initiale égale ou supérieure à 280 kilopascals [kPa], d'une durée de 1 à 3 heures	0 1	9	141,89	0 1
<i>Indication : traitement initial de l'accident de décompression ; embolie gazeuse</i> <i>Formation : diplôme interuniversitaire de médecine subaquatique et hyperbare</i> <i>Environnement : spécifique : la pratique de cet acte nécessite le respect du code européen de bonne pratique pour la thérapie hyperbare [COST].</i> <i>Facturation : en établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité d'OHB</i>					
GLBP001	Compression thérapeutique avec inhalation de mélange suroxygéné ou d'oxygène pur à une pression initiale égale ou supérieure à 280 kilopascals [kPa], d'une durée de 3 à 7 heures	0 1	9	259,32	0 1
<i>Indication : traitement initial de l'accident de décompression ; embolie gazeuse</i> <i>Formation : diplôme interuniversitaire de médecine subaquatique et hyperbare</i> <i>Environnement : spécifique : la pratique de cet acte nécessite le respect du code européen de bonne pratique pour la thérapie hyperbare [COST].</i> <i>Facturation : en établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité d'OHB</i>					
GLBP003	Compression thérapeutique avec inhalation de mélange suroxygéné ou d'oxygène pur à une pression initiale égale ou supérieure à 280 kilopascals [kPa], d'une durée de 7 heures ou plus	0 1	9	293,57	0 1
<i>Indication : traitement initial de l'accident de décompression ; embolie gazeuse</i> <i>Formation : diplôme interuniversitaire de médecine subaquatique et hyperbare</i> <i>Environnement : spécifique : la pratique de cet acte nécessite le respect du code européen de bonne pratique pour la thérapie hyperbare [COST].</i> <i>Facturation : en établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité d'OHB</i>					

06.04.04 Rééducation respiratoire

La séance de rééducation respiratoire inclut la surveillance de la fréquence cardiaque, de la pression intraartérielle et la surveillance transcutanée discontinue de la saturation artérielle en oxygène.

Avec ou sans :

- électrocardiographie discontinue
- réentraînement à l'activité sportive collective

GLRP002	Séance de réentraînement à l'exercice d'un insuffisant respiratoire chronique, sur machine	0 1		0,00	15 1
GLRP001	Séance de réentraînement à l'exercice d'un enfant asthmatique, sur machine	0 1		0,00	18 1

06.04.05 Appareillage de l'appareil respiratoire

La pose d'un appareillage personnalisé inclut sa conception, son adaptation et sa pose.

GLLP003	Pose d'un masque facial de ventilation nasale	0 1		0,00	160 1
GLKP001	Changement du revêtement interne d'un masque facial de ventilation nasale	0 1		0,00	40 1
GKLD001	Pose d'une prothèse phonatoire vélopalatine	0 1		192,00	411 1

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

07 APPAREIL DIGESTIF

Les actes sur la cavité de l'abdomen, par coelioscopie ou par rétro-péritonéoscopie incluent l'évacuation de collection intraabdominale associée, la toilette péritonéale et/ou la pose de drain.

Les actes sur la cavité de l'abdomen, par abord direct incluent l'évacuation de collection intraabdominale associée, la toilette péritonéale et/ou la pose de drain.

07.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL DIGESTIF

En dehors du cadre de la note de facturation de l'acte HZHE002, le tarif de l'acte HZHE002 est compris dans celui des actes d'endoscopie qui le mentionnent comme geste complémentaire

07.01.01 Explorations électrophysiologiques de l'appareil digestif

Avec ou sans : épreuve pharmacologique

HHQD004	Électromyographie du côlon sigmoïde	0 1		0,00	83 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4	7,A	0,00	83 1
HHQD900	Électromyographie pancolique	1 1		0,00	48 2
	Phase 1 : pose de sonde colique, par coloscopie	1 4	7,A	0,00	50 2
	Phase 2 : électromyographie pancolique	2 1		0,00	120 2
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)				

07.01.02 Étude des pressions dans l'appareil digestif

La manométrie du tube digestif inclut la pose de la sonde et le contrôle radiologique de sa position.

Avec ou sans : épreuve pharmacologique

HEQD003	Manométrie oesophagienne	0 1		79,84	74 2
HEQD001	Manométrie oesophagienne sur 24 heures, avec mesure du pH	0 1		91,75	75 2
HFQD001	Manométrie gastro-duodéno-jéjunale avec enregistrement de l'activité antro-pyloro-duodénale	0 1		0,00	210 2
HGQD001	Manométrie duodéno-jéjunale	0 1		0,00	180 2
HHQD901	Manométrie pancolique	0 1		0,00	195 2
HHQD001	Manométrie du côlon sigmoïde	0 1		0,00	113 2
HTQD002	Manométrie anorectale	0 1		71,69	77 2

07.01.03 Échographie de l'appareil digestif

Par échographie de l'étage supérieur de l'abdomen, on entend : échographie explorant le foie et les conduits biliaires, le pancréas, la rate et les reins.

Par échographie du petit bassin [pelvis], on entend : échographie explorant la vessie, les organes génitaux internes et le rectum.

Par échographie de l'abdomen, on entend : échographie explorant le foie et les conduits biliaires, le pancréas, la rate, les reins, le tube digestif, le péritoine, l'aorte et la veine cave inférieure.

Toute échographie de l'abdomen inclut l'échographie de la cavité péritonéale pour recherche d'épanchement.

A l'exclusion de : échographie et/ou échographie-doppler de contrôle ou surveillance de pathologie (chapitre 19)

HCQM001	Échographie transcutanée des glandes salivaires	0 1		34,97	31 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZQM005)				
HLQM001	Échographie transcutanée du foie et des conduits biliaires	0 1	F,P,S,U	52,45	31 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZQM005)				
ZCQM006	Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen	0 1	F,P,S,U	52,45	38 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZQM005)				
ZCQM004	Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen avec échographie-doppler des vaisseaux digestifs	0 1	F,P,S,U	75,60	63 2
	Coder éventuellement 1 : (EZQJ900, ZZLP025, ZZQM005)				
ZCQM010	Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen et du petit bassin [pelvis]	0 1	F,P,S,U	74,10	53 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZQM005)				
ZCQM011	Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen et du petit bassin [pelvis] avec échographie-doppler des vaisseaux digestifs	0 1	F,P,S,U	75,60	69 2
	Coder éventuellement 1 : (EZQJ900, ZZLP025, ZZQM005)				
HZQM001	Échographie transcutanée du tube digestif et/ou du péritoine	0 1	F,P,S,U	56,70	36 2
	Échographie abdominale pour recherche et bilan d'une carcinose péritonéale				
	Coder éventuellement 1 : (YYYY187)				
ZCQM008	Échographie transcutanée de l'abdomen	0 1	F,P,S,U	56,70	52 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZQM005)				
ZCQM001	Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie-doppler des vaisseaux digestifs	0 1	F,P,S,U	75,60	70 2
	Coder éventuellement 1 : (EZQJ900, ZZLP025, ZZQM005)				
ZCQM005	Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis]	0 1	F,P,S,U	75,60	64 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZQM005)				
ZCQM002	Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis] et échographie-doppler des vaisseaux digestifs	0 1	F,P,S,U	75,60	74 2
	Coder éventuellement 1 : (EZQJ900, ZZLP025, ZZQM005)				
HJQJ003	Échographie du rectum et de l'anus, par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire]	0 1	F,P,S,U	56,70	36 2
	Avec ou sans : exploration échographique des sphincters				
	Coder éventuellement 1 : (ZZQM005)				

07.01.04 Radiographie de l'appareil digestif

07.01.04.01 Radiographie de la bouche

Si l'examen radiographique est numérisé, pour donner lieu à remboursement, il doit pouvoir être matérialisé par au moins un support papier de format égal ou supérieur à 70 x 90 mm indiquant la date de cet examen, l'identification du patient et celle de la dent ou des dents concernées. Le support papier doit comporter une ou plusieurs images d'un format au moins égal à 2,5 fois celui d'un cliché argentique standard.

Par dents contiguës on entend : dents ayant des faces de contact mésiales et distales qu'il y ait diastème ou non.

Par secteur de 1 à 3 dents contiguës on entend : secteur de 1 ou 2 ou 3 dents comprenant la dent sur laquelle est centré le cliché radiographique et chacune de ses dents adjacentes.

Facturation : quel que soit le nombre de clichés réalisés sur un même secteur de 1 à 3 dents contiguës.

Ne peuvent pas être facturées pour un traitement endodontique

HBQK041	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 14 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	0	1		E,F,U,Y,Z	111,72	66	2	
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique :</i> - d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires								
HBQK002	Radiographie panoramique dentomaxillaire	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	21,28	31	2	
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique :</i> - d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires Coder éventuellement 1 : (YYYY030)								
HBQK001	Radiographie pelvibuccale [occlusale]	0	1		E,F,U,Y,Z	7,98	15	2	
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique :</i> - d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires Coder éventuellement 1 : (YYYY030)								
HCQH001	Sialographie	0	1		E,Y,Z	50,54	29	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY425)								
HCQH002	Sialographie avec scanographie des glandes salivaires	0	1		E,Y,Z	50,54	70	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY425, ZZLP025, ZZQP004)								
HBQH001	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire selon 9 à 11 incidences	0	1		E,Z	17,96	50	2	
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique :</i> - d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires Coder éventuellement 1 : (YYYY030)								
HBQH002	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire selon 6 à 8 incidences	0	1		E,Z	13,30	40	2	
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique :</i> - d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires Coder éventuellement 1 : (YYYY030)								
HBQH003	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire selon 12 incidences ou plus	0	1		E,Z	74,48	60	2	
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique :</i> - d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires Coder éventuellement 1 : (YYYY030)								
HBQH004	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire selon 3 à 5 incidences	0	1		E,Z	9,31	27	2	
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique :</i> - d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires Coder éventuellement 1 : (YYYY030)								
HBQH005	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire selon 1 ou 2 incidences	0	1		E,Z	5,32	21	2	
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique :</i> - d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires Coder éventuellement 1 : (YYYY030)								
	07.01.04.02 Radiographie de l'abdomen et du tube digestif								
ZCQK002	Radiographie de l'abdomen sans préparation	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
	<i>Indications : selon rapport d'évaluation technologique "Principales indications et "non indications" de la radiographie de l'abdomen sans préparation" - HAS - janvier 2009</i> <i>Facturation : la radiographie de l'abdomen sans préparation ne peut pas être facturée dans les situations de "non-indication", notamment chez l'adulte :</i> douleur abdominale ; syndrome occlusif ; saignement gastro-intestinal aigu hématomé, mélæna ; pathologie vésiculaire, biliaire et pancréatique. HAS - "Avis sur l'acte de radiographie de l'abdomen sans préparation" - janvier 2009. Coder éventuellement 1 : (YYYY030)	0	1		B,E,F,P,S,U,Y,Z	19,95	25	2	
HPMP002	Contrôle radiologique secondaire de position et/ou de fonctionnement d'un drain péritonéal, d'un cathéter de dialyse péritonéale ou d'une dérivation péritonéojugulaire, avec opacification par produit de contraste	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	19,95	38	2	
	Avec ou sans : péritonéographie Coder éventuellement 1 : (YYYY030)								
HFMP002	Contrôle radiologique secondaire de position et/ou de fonctionnement d'un anneau ajustable périgastrique, avec opacification par produit de contraste	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	19,95	50	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY030)								
HZMP002	Contrôle radiologique secondaire de position et/ou de fonctionnement d'une sonde digestive, d'un drain biliaire ou d'une endoprothèse biliaire avec opacification par produit de contraste	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	19,95	41	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY030)								

HQQH002	Étude radiologique dynamique de la déglutition, avec enregistrement [Pharyngographie dynamique]	0	1		E,Y,Z	46,55	65	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY039, YYYY064)								
HEQH001	Radiographie de l'oesophage avec opacification par produit de contraste [Transit oesophagien]	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	53,20	65	2	
	<i>Avec ou sans : étude de la déglutition</i>								
	Coder éventuellement 1 : (YYYY030)								
HEQH002	Radiographie oeso-gastro-duodénale avec opacification par produit de contraste [Transit oeso-gastro-duodénal]	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	104,57	68	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY030)								
HGQH002	Radiographie de l'intestin grêle avec ingestion de produit de contraste [Transit du grêle]	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	119,70	157	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY030)								
HGQH001	Radiographie de l'intestin grêle avec administration de produit de contraste par une sonde nasoduodénale [entérocluse]	0	1		E,Y,Z	119,70	136	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY030)								
HHQH001	Radiographie du côlon avec opacification par produit de contraste	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	119,70	84	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY030)								
HTQH002	Défécographie [Rectographie dynamique]	0	1		E,Y,Z	86,45	82	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY039, YYYY064)								
	07.01.04.03 Radiographie des conduits biliaires et pancréatiques	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
HMQH006	Cholangiographie, par injection de produit de contraste dans un drain biliaire externe	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	57,19	117	2	
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
HMQH004	Cholangiographie, par injection de produit de contraste dans les conduits biliaires par voie transcutanée, avec guidage échographique et/ou radiologique	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	57,19	206	2	
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
HMQH007	Cholangiographie rétrograde, par oeso-gastro-duodénoscopie	0	1	Y	F,P,S,U	200,89	164	1	
	Coder éventuellement 1 : (HMJE001, HZHE001, HZHE002, HZHE005, YYYY145, YYYY400, ZZLP025)								
HMQH003	Cholangiographie rétrograde avec infundibulotomie [ponction diathermique de l'infundibulum biliaire] ou précoupe de la papille duodénale majeure, par oeso-gastro-duodénoscopie	0	1	Y		313,75	228	1	
		0	4	Y	7,A	149,40	60	1	
	Coder éventuellement 14 : (YYYY400) - 1 : (HMJE001, HZHE001, HZHE002, HZHE005, YYYY145) - 4 : (YYYY041)								
HNQH004	Pancréatographie, par injection de produit de contraste par voie transcutanée, avec guidage échographique	0	1		E,Y,Z	57,19	256	1	
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
HNQH003	Pancréatographie rétrograde par cathétérisme de la papille duodénale majeure, par oeso-gastro-duodénoscopie	0	1	Y	F,P,S,U	192,00	153	1	
	Coder éventuellement 1 : (HMJE001, HZHE001, HZHE002, HZHE005, YYYY145, YYYY400, ZZLP025)								
HNQH001	Pancréatographie rétrograde par cathétérisme de la papille duodénale mineure [papille accessoire], par oeso-gastro-duodénoscopie	0	1	Y		236,63	187	1	
	Coder éventuellement 1 : (HMJE001, HZHE001, HZHE002, HZHE005, YYYY145, YYYY400, ZZLP025)								
HMQH005	Cholangiopancréatographie rétrograde sans manométrie oddienne, par oeso-gastro-duodénoscopie	0	1	Y	F,P,S,U	207,70	175	1	
	Coder éventuellement 1 : (HMJE001, HZHE001, HZHE002, HZHE005, YYYY145, YYYY400, ZZLP025)								
HMQH002	Cholangiopancréatographie rétrograde avec manométrie oddienne, par oeso-gastro-duodénoscopie	0	1	Y		258,19	228	1	
	Coder éventuellement 1 : (HZHE001, HZHE002, YYYY145, YYYY400, ZZLP025)								
	07.01.05 Scanographie de l'appareil digestif								
	<i>Avec ou sans : opacification du tube digestif</i>								
ZCQK005	Scanographie de l'abdomen ou du petit bassin [pelvis], sans injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	57	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)								
ZCQH002	Scanographie de l'abdomen ou du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	61	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)								
ZCQK004	Scanographie de l'abdomen et du petit bassin [pelvis], sans injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	50,54	62	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)								
ZCQH001	Scanographie de l'abdomen et du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	50,54	66	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)								
HHQK484	Scanographie du côlon avec insufflation [coloscopie virtuelle], sans injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		Y,Z		88	2	
	<i>Indication : selon l'avis de la Haute Autorité de santé de 2010</i>								
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)								
HHQH365	Scanographie du côlon avec insufflation [coloscopie virtuelle], et injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		Y,Z		115	2	
	<i>Indication : selon l'avis de la Haute Autorité de santé de 2010. L'injection peut être motivée par la nécessité de compléter l'étude d'une lésion colique identifiée par une première lecture. Elle est parfois réalisée lorsqu'un contexte clinique particulier nécessite d'optimiser la recherche de lésions extracoliques.</i>								
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)								

07.01.06 Remnographie [IRM] de l'appareil digestif		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ZCQN002	Remnographie [IRM] de l'abdomen ou du petit bassin [pelvis], sans injection intraveineuse de produit de contraste Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)	0	1		F,P,S,U	69,00	108	2
ZCQJ004	Remnographie [IRM] de l'abdomen ou du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de produit de contraste Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)	0	1		F,P,S,U	69,00	113	2
ZCQN001	Remnographie [IRM] de l'abdomen et du petit bassin [pelvis], sans injection intraveineuse de produit de contraste Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)	0	1		F,P,S,U	69,00	115	2
ZCQJ005	Remnographie [IRM] de l'abdomen et du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de produit de contraste Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)	0	1		F,P,S,U	69,00	119	2
07.01.07 Scintigraphie de l'appareil digestif		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HCQL001	Scintigraphie des glandes salivaires Coder éventuellement 1 : (ZZQL017)	0	1		G	268,87	78	2
HEQL002	Scintigraphie du transit oesophagien par substance solide ou liquide	0	1		G	265,28	66	2
HEQL003	Scintigraphie du transit oesophagien par substances solide et liquide	0	1		G	397,92	114	2
HEQL001	Recherche radio-isotopique d'un reflux gastrooesophagien	0	1		G	265,28	81	2
HFQL002	Scintigraphie du transit gastrique ou duodéal par substance solide ou liquide sans épreuve pharmacologique	0	1		G	265,28	90	2
HFQL003	Scintigraphie du transit gastrique ou duodéal par substance solide ou liquide avec épreuve pharmacologique	0	1		G	265,28	105	2
HFQL004	Scintigraphie du transit gastrique ou duodéal par substances solide et liquide sans épreuve pharmacologique	0	1		G	397,92	105	2
HFQL001	Scintigraphie du transit gastrique ou duodéal par substances solide et liquide avec épreuve pharmacologique	0	1		G	397,92	120	2
HGQL001	Recherche radio-isotopique d'un diverticule de Meckel	0	1		F,G,U	268,87	84	2
HLQL001	Scintigraphie du foie et de la rate par un traceur du système réticuloendothélial	0	1		G	162,76	60	2
HMQL001	Scintigraphie des conduits biliaires	0	1		G	268,87	84	2
HPQL001	Scintigraphie péritonéale	0	1		G	268,87	69	2
HPML001	Contrôle radio-isotopique d'un cathéter intrapéritonéal	0	1		G	106,11	78	2
FEQL006	Recherche radio-isotopique de sang dans les selles	0	1		G	53,06	60	2
FEQL003	Recherche topographique d'une déperdition sanguine digestive, par méthode radio-isotopique Coder éventuellement 1 : (ZZQL007)	0	1		F,G,U	270,66	102	2
KGRL001	Test radio-isotopique d'absorption digestive de la vitamine B12 <i>Avec ou sans : utilisation de facteur intrinsèque</i> <i>Test de Schilling</i>	0	1		G	53,06	30	2
07.01.08 Épreuves fonctionnelles de l'appareil digestif		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
07.01.08.01 Épreuves fonctionnelles au niveau de la cavité orale		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HDQP002	Exploration du flux aérien bucco-naso-pharyngé par débitmétrie, pour étude de la fonction vélopalatine	0	1			0,00	36	2
LBMP003	Réalisation de moulage d'étude des arcades dentaires	0	1			0,00	32	2
LBQP001	Enregistrement des rapports maxillomandibulaires en vue de la programmation d'un articulateur <i>Facturation :</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0	1			32,64	110	1
LBMP001	Simulation des objectifs thérapeutiques sur moulages des arcades dentaires et/ou sur logiciel <i>À l'exclusion de : enregistrement des rapports maxillomandibulaires en vue de la programmation d'un articulateur (LBQP001)</i> <i>Facturation :</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0	1			97,92	60	1
LBMP002	Montage directeur sur moulage d'étude des arcades dentaires	0	1			0,00	51	2
HBMD014	Modélisation occlusale par la technique de la cire ajoutée sur une dent	0	1			0,00	52	2
LBQK002	Bilan de dysmorphose dento-maxillo-faciale avec tracé et analyse céphalométrique de profil Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0	1			0,00	156	2
LBQK004	Bilan de dysmorphose dento-maxillo-faciale avec tracé et analyse céphalométrique tridimensionnelle, ou tracé et analyse architecturale craniofaciale Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0	1			0,00	192	2
LBQK003	Bilan de dysmorphose dento-maxillo-faciale avec tracé et analyse céphalométrique tridimensionnelle ou analyse architecturale craniofaciale, et simulation des objectifs de traitement sur moulage et/ou sur tracé céphalométrique Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0	1			0,00	256	2
07.01.08.02 Épreuves fonctionnelles au niveau du tube digestif		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HQQE001	Bilan fonctionnel de la déglutition avec fibroscopie du pharynx et du larynx par voie nasale, essai alimentaire et enregistrement vidéo <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un acte inscrit à la 2ème partie, titre IV, chapitre II, article 2 de la nomenclature générale des actes professionnels</i>	0	1		O	52,36	30	2
HQQP001	Analyse informatisée de la déglutition <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un acte inscrit à la 2ème partie, titre IV, chapitre II, article 2 de la nomenclature générale des actes professionnels</i>	0	1			59,24	38	2

HERD001	Test de provocation douloureuse pour recherche d'une affection de l'oesophage <i>Test de Bernstein, test de distension, repas test</i>	0	1				0,00	38	2
HEQD002	pH-métrie oesophagienne et/ou gastrique sur 24 heures	0	1				86,40	49	2
HFHD001	Prélèvement de liquide gastrique par tubage, sans épreuve pharmacologique	0	1				19,20	30	2
HFHD002	Prélèvement de liquide gastrique par tubage, avec épreuve pharmacologique	0	1		O,X		36,19	49	2
HGHD001	Prélèvement de liquide duodénal par tubage, sans épreuve pharmacologique	0	1				35,86	85	2
HGHD003	Prélèvement de liquide duodénal par tubage, avec épreuve pharmacologique	0	1				35,86	94	2
KGQP001	Mesure de la production respiratoire d'hydrogène [Breath test]	0	1				22,24	15	2
ZZQL008	Mesure de la production respiratoire d'isotope stable <i>Breath test au carbone 13</i>	0	1				0,00	15	2
HRQP001	Surveillance tonométrique continue du pH intramuqueux gastrique ou colique et/ou du gradient gastroartériel ou coloartériel de la PCO2, par 24 heures	0	1				0,00	90	2
HTRD003	Test de continence anorectale aux liquides	0	1				0,00	36	2

07.01.09 Endoscopie de l'appareil digestif

À l'exclusion de : endoscopie peropératoire de l'appareil digestif (cf 18.01.07.02)

07.01.09.01 Endoscopie du tube digestif

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
HCQE427	Sialendoscopie diagnostique <i>Indication : après un bilan complet non concluant par techniques d'imagerie, initié par échographie</i> <i>Environnement : bloc opératoire et respect des recommandations relatives au plateau technique et au matériel d'endoscopie</i> <i>Forfait : liste SE1</i>	0	1				84	1
HDQE001	Orohypopharyngoscopie avec laryngoscopie directe <i>Avec ou sans :</i> <i>- biopsie</i> <i>- pose de sonde nasoesophagienne</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,I,O,P,S,U	82,39	40	1
		0	4	Y	A,F,P,S,U	76,25	29	1
HEQE263	Endoscopie oesophagienne avec biopsie guidée par endomicroscopie confocale par laser [ECL] <i>Cartographie oesophagienne préthérapeutique avec biopsie guidée par endomicroscopie confocale par laser</i> <i>Indication :</i> <i>bilan préthérapeutique guidant la réalisation des biopsies d'un bilan planimétrique tous les centimètres après la découverte d'une dysplasie de haut grade documentée ou d'un adénocarcinome intramuqueux de l'oesophage documenté, sans indication chirurgicale ; l'endomicroscopie confocale ne doit pas être utilisée pour guider une décision thérapeutique de mucosectomie en un seul temps d'une lésion visible ou non visible - lésion plane -</i> <i>Formation : spécifique à cette technique, avec courbe d'apprentissage, en plus de la formation au traitement endoscopique de tumeur superficielle de l'oesophage</i> <i>Environnement : spécifique en centre expert, de niveau 3 ; établissement de santé spécialisé dans le traitement des cancers superficiels de l'oesophage, disposant d'un endoscope haute définition avec coloration endoscopique par acide acétique et/ou chromo-endoscopie virtuelle ; environnement anesthésique indispensable</i> <i>Facturation : uniquement par un médecin qualifié en hépato-gastro-entérologie pratiquant l'endoscopie interventionnelle</i> <i>le tarif comprend la cartographie et les biopsies du bilan préthérapeutique</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y			131	1
		0	4	Y			52	1
HEQE001	Oesophagoscopie au tube rigide <i>Avec ou sans :</i> <i>- biopsie à la pince</i> <i>- brosse cytotologique</i> <i>Forfait : liste SE1</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1	Y	F,P,S,U	70,21	26	1
HEQE002	Endoscopie oeso-gastro-duodénale <i>Endoscopie de la partie haute du tube digestif jusqu'à l'angle duodénojéjunal</i> <i>Forfait : liste SE1</i> Coder éventuellement 1 : (HZHE001, HZHE002, HZHE004, HZHE005, ZZLP025)	0	1	Y	F,P,S,U	96,00	63	1
HEQE003	Endoscopie oeso-gastro-duodénale avec test à l'uréase, avant l'âge de 6 ans <i>Avec ou sans : biopsie et/ou prélèvement</i> <i>Forfait : liste SE1</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1	Y		100,45	108	1
HEQE005	Endoscopie oeso-gastro-duodénale avec test à l'uréase, après l'âge de 6 ans <i>Avec ou sans : biopsie et/ou prélèvement</i> <i>Forfait : liste SE1</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1	Y		96,00	74	1
HGQE002	Duodéoscopie par appareil à vision latérale Coder éventuellement 1 : (HZHE001, HZHE002, HZHE004, HZHE005, ZZLP025)	0	1	Y	F,P,S,U	99,88	64	1
HGQE003	Entéroscopie jéjunale [Jéjunoscopie] Coder éventuellement 1 : (HZHE001, HZHE002, HZHE004, HZHE005) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U	148,10	180	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U	54,25	46	1
HGQE005	Entéroscopie iléale [Iléoscopie] Coder éventuellement 1 : (HZHE001, HZHE002, HZHE004, HZHE005) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		144,12	177	1
		0	4	Y	7,A	48,39	47	1
HGQE001	Entéroscopie jéjunale avec entéroscopie iléale Coder éventuellement 1 : (HZHE001, HZHE002, HZHE004, HZHE005) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U	246,80	263	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U	63,78	80	1
HHQE004	Coloscopie partielle au-delà du côlon sigmoïde <i>Coloscopie sans visualisation du bas-fond caecal</i> Coder éventuellement 1 : (HZHE001, HZHE002, HZHE004, HZHE005) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U	73,54	69	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U	48,02	28	1
HHQE005	Coloscopie totale avec visualisation du bas-fond caecal, sans franchissement de l'orifice iléocolique Coder éventuellement 1 : (HZHE001, HZHE002, HZHE004, HZHE005) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U	153,60	79	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U	49,85	33	1
HHQE002	Coloscopie totale avec franchissement de l'orifice iléocolique Coder éventuellement 1 : (HZHE001, HZHE002, HZHE004, HZHE005) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U	153,60	90	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U	50,58	48	1

HHQE003	Exploration complète du côlon après colectomie droite, par endoscopie	0 1 Y	F,P,S,U	93,96	79 1
	Coder éventuellement 1 : (HZHE001, HZHE002, HZHE004, HZHE005) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	49,85	37 1
HJQE001	Rectosigmoïdoscopie	0 1 Y	F,P,S,U	57,60	59 1
	<i>Forfait : liste SE1</i> Coder éventuellement 1 : (HZHE001, HZHE002, HZHE004, HZHE005, ZZLP025)				
HJQE002	Rectoscopie au tube rigide	0 1 Y	F,P,S,U	21,68	16 2
	<i>Avec ou sans : anoscopie</i> Coder éventuellement 1 : (HZHE002, HZHE004, HZHE005, ZZLP025)				
HKQE001	Anuscopie	0 1	F,P,S,U	0,00	5 2
	Coder éventuellement 1 : (HZHE002, HZHE004, HZHE005)				
HZQE900	Exploration de la lumière du tube digestif par vidéocapsule ingérée	0 1		0,00	263 2
JZQE001	Exploration endoscopique d'une malformation cloacale	0 1 Y	9,F,O,P,S,U	179,95	68 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
HGQD002	Exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéocapsule ingérée	0 1		112,47	263 2
	<i>Indication : saignement digestif inexplicé, en deuxième intention après endoscopie oeso-gastro-duodénale et coloscopie totale négatives ; diagnostic positif de la maladie de Crohn, devant des troubles digestifs associés à un syndrome inflammatoire, pour la recherche de lésion muqueuse de l'intestin grêle quand les examens morphologiques de l'intestin grêle et endoscopiques digestifs avec biopsies sont négatifs</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Facturation : uniquement par un médecin qualifié en hépato-gastro-entérologie pratiquant l'endoscopie diagnostique (niveau 1) selon la définition de la Société Française d'Endoscopie Digestive, formation appropriée à la technique (courbe d'apprentissage)</i>				
HHQD445	Exploration de la lumière du côlon par vidéocapsule ingérée [capsule colique]	0 1			204 1
	<i>Indication : recherche de polype et de cancer dans un contexte de coloscopie incomplète non imputable à un défaut de préparation colique ou à une sténose digestive ; absence de contre-indication mentionnée dans le rapport de la HAS ; âge > 18 ans</i> <i>Conditions de réalisation : décision médicale partagée avec le patient sur le choix entre l'exploration par capsule colique et celle par coloscopie virtuelle ; prise en compte des précautions d'emploi mentionnées dans le rapport de la HAS</i> <i>Facturation : uniquement par un médecin qualifié en hépato-gastro-entérologie pratiquant l'endoscopie diagnostique (niveau 1), ayant une formation et une expérience appropriées à la technique, selon les critères définis par la Société Française d'Endoscopie Digestive</i>				

07.01.09.02 Endoscopie des conduits biliaires et pancréatiques

L'endoscopie des conduits biliaires ou pancréatiques inclut la radiographie des conduits explorés par injection de produit de contraste.

HMQH001	Cholangioscopie, par voie buccale	0 1 Y	F,P,S,U	321,71	238 1
	Coder éventuellement 1 : (HMJE001, HZHE001, HZHE002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	59,02	65 1
HMQG002	Cholangioscopie, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique	0 1 Y	F,I,P,S,U,X	261,13	306 1
	Coder éventuellement 1 : (HZHE001, HZHE002, ZZLP025)				
HMQE001	Cholangioscopie par un orifice de drainage biliaire externe déjà en place	0 1 Y	F,I,P,S,U	133,01	406 1
	Coder éventuellement 1 : (HZHE001, HZHE002, ZZLP025)				
HNQH002	Pancréaticoscopie par voie buccale	0 1 Y	F,P,S,U	410,18	210 1
	<i>Avec ou sans : sphinctérotomie pancréatique endoscopique</i> Coder éventuellement 1 : (HZHE001, HZHE002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	149,40	73 1

07.01.10 Échoendoscopie de l'appareil digestif

A l'exclusion de : Drainage biliaire avec pose d'endoprothèse transluminale d'apposition biliogastrique ou bilioduodénale, par oesogastroduodénoscopie, avec guidage écho-endoscopique (HMJE127).

HEQJ001	Échoendoscopie oesogastrique sans biopsie	0 1 Y		160,67	134 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	56,82	51 1
HEQJ002	Échoendoscopie oesogastrique avec biopsie transoesogastrique guidée	0 1 Y		193,57	162 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	59,74	60 1
HGQJ002	Échoendoscopie duodénale sans biopsie	0 1 Y		185,62	137 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	58,65	56 1
HGQJ001	Échoendoscopie duodénale avec biopsie transduodénale guidée	0 1 Y		193,57	162 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	59,74	60 1
HHQJ002	Échoendoscopie colique sans biopsie	0 1 Y		188,08	134 1
	<i>Indication : diagnostic des lésions sousmuqueuses ; avant exérèse tumorale par mucosectomie ;</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	53,89	43 1
HJQJ002	Échoendoscopie anorectale sans biopsie	0 1 Y		128,64	64 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	49,85	32 1
HJQJ001	Échoendoscopie anorectale avec biopsie transanorectale guidée	0 1 Y		137,41	84 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	52,41	40 1
HMQJ001	Échoendoscopie biliopancréatique sans biopsie	0 1 Y	F,P,S,U	245,94	152 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	60,11	63 1
HMQJ002	Échoendoscopie biliopancréatique avec biopsie transbiliopancréatique guidée	0 1 Y		274,87	177 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	62,68	71 1

07.01.11 Ponction, biopsie et prélèvement de l'appareil digestif

07.01.11.01 Ponction et biopsie hépatique

HLHJ004	Ponction de collection hépatique, par voie transcutanée avec guidage échographique	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	F,P,S,U	125,40	86 1
HLHH002	Ponction de collection hépatique, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0 1	F,P,S,U	125,40	158 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY120, YYYY300, ZZLP030)				
HLHB001	Biopsie du foie, par voie transcutanée sans guidage	0 1	I,X	61,61	38 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
HLHJ003	Biopsie non ciblée du foie, par voie transcutanée avec guidage échographique	0 1		76,80	78 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				

HLHJ006	Biopsie du foie sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		I,X	102,94	78	1
HLHH006	Biopsie du foie sur une cible, par voie transcutanée avec guidage scanographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1			76,80	158	1
HLHJ005	Biopsie du foie sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		X	127,16	111	1
HLHH007	Biopsie du foie sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage scanographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		X	142,90	199	1
HLHH001	Biopsie du foie par voie jugulaire avec guidage échographique et/ou radiologique, sans prise de pression intraveineuse Coder éventuellement 1 : (YYYY120, YYYY300, ZZLP025)	0 1		X	196,18	204	1
HLHH005	Biopsie du foie par voie jugulaire avec guidage échographique et/ou radiologique, avec prise de pression intraveineuse Coder éventuellement 1 : (YYYY120, YYYY300, ZZLP025)	0 1		X	214,35	231	1
07.01.11.02 Autres ponctions, biopsies et prélèvements de l'appareil digestif							
HCHB001	Ponction ou cytoponction de glande salivaire, par voie transcutanée Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1			41,58	12	2
HAHD001	Frottis et/ou prélèvement intrabuccal	0 1		9	10,64	8	2
HAHA002	Biopsie de lèvres Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		I,X	29,19	19	2
HAHD003	Biopsie de la cavité orale et/ou de l'oropharynx, sans coloration vitale Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	Y	I,X	26,95	16	2
HAHD002	Biopsie de la cavité orale et/ou de l'oropharynx, avec guidage par des colorations vitales Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		I,X	33,11	33	2
HCHA001	Biopsie de glande salivaire majeure [principale] Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		X	43,89	46	2
HCHA002	Biopsie des petites glandes salivaires [glandes salivaires mineures] [glandes salivaires accessoires] Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	Y	X	33,88	13	2
HGHD002	Biopsie entérale à l'aveugle à la sonde, par voie nasale Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1			57,60	50	2
HJHD002	Biopsie de la musculature du rectum, par voie anale Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		O,X	77,26	51	2
HJHD001	Biopsie rectale par aspiration de la muqueuse par sonde <i>Biopsie rectale à la sonde de Noblett</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		9	24,45	10	2
HKHA001	Biopsie de lésion de la région périanale et/ou du canal anal Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		X	39,12	18	2
HPHB003	Ponction d'un épanchement péritonéal, par voie transcutanée <i>Ponction d'ascite, par voie transcutanée</i> <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)</i>	0 1		F,I,O,P,S,U	28,36	23	2
HPHB002	Ponction du cul-de-sac recto-utérin [de Douglas] [Culdocentèse], par voie transvaginale sans guidage Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		F,I,O,P,S,U	29,06	28	2
HPHJ001	Ponction du cul-de-sac recto-utérin [de Douglas] [Culdocentèse], par voie transvaginale avec guidage échographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		9,F,P,S,U	21,45	56	2
HPHB001	Ponction-lavage du péritoine, avec pose de cathéter intrapéritonéal par voie transcutanée Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		F,O,P,S,U	96,42	54	2
07.01.12 Exploration chirurgicale de l'appareil digestif							
<i>Avec ou sans :</i>							
<i>- biopsie et/ou prélèvement</i>							
<i>- section d'adhérences péritonéales</i>							
ZCQC002	Exploration de la cavité abdominale, par coelioscopie [Coelioscopie exploratrice] <i>À l'exclusion de : biopsie du rein, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie (JAHC001)</i> <i>Avec ou sans : épreuve de perméabilité des trompes utérines au gaz ou au bleu de méthylène</i> Coder éventuellement 14 : (HGQE004, HHQE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	123,18	158	1
		0 4	Y	7,A,F,O,P,S,U	80,43	53	1
ZCQC001	Exploration de la cavité abdominale par coelioscopie, avec hystérocopie <i>Avec ou sans :</i> <i>- épreuve de perméabilité des trompes utérines au gaz ou au bleu de méthylène</i> <i>- curetage de l'utérus</i> Coder éventuellement 14 : (HGQE004, HHQE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	160,54	191	1
		0 4	Y	4,7,A,F,O,P,S,U	87,83	61	1
ZCQA001	Exploration de la cavité abdominale, par laparotomie [Laparotomie exploratrice] <i>À l'exclusion de : biopsie du rein, par abord direct (JAHA001)</i> <i>Avec ou sans : épreuve de perméabilité des trompes utérines au gaz ou au bleu de méthylène</i> <i>Biopsie d'une artère, par laparotomie</i> Coder éventuellement 14 : (HGQE004, HHQE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	169,45	203	1
		0 4	Y	7,A,F,O,P,S,U	86,14	68	1
HFFA003	Gastrotomie exploratrice, par laparotomie <i>Avec ou sans : pyloroplastie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1	Y	F,J,K,P,S,T,U,X	218,37	291	1
		0 4	Y	4,7,A,F,P,S,U	140,03	122	1

HGPA005	Duodénotomie exploratrice, par laparotomie Avec ou sans : pyloroplastie Coder éventuellement 14 : (HMQA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X 4,7,A,F,O,P,S,U	244,61 131,59	288 1 117 1
HGPA003	Entérotomie exploratrice, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (HEQE004, HGQE004, HHQE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U,X 4,7,A,F,P,S,U	230,43 96,04	291 1 81 1
HHP001	Colotomie exploratrice, par coelioscopie Coder éventuellement 14 : (HEQE004, HGQE004, HHQE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U,X 4,7,A,F,P,S,U	275,09 148,42	344 1 103 1
HHPA002	Colotomie exploratrice, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (HEQE004, HGQE004, HHQE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X 4,7,A,F,O,P,S,U	224,04 93,84	282 1 76 1

07.01.13 Examen anatomopathologique de l'appareil digestif

Par structure anatomique, on entend : élément du corps humain, unitissulaire ou pluritissulaire, topographiquement délimité, constituant un ensemble organisé destiné à remplir un rôle déterminé ou une fonction. Il peut s'agir par exemple :

- d'un organe : estomac, peau, muscle,
- d'une entité concourant à une finalité caractéristique : méninge, séreuse,
- d'une région anatomique : médiastin, région rétro-péritonéale

Par biopsie, on entend : prélèvement sur une structure anatomique d'un fragment biopsique ou de fragments biopsiques multiples non distingués les uns des autres lors du prélèvement.

L'examen histopathologique de biopsie inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalum ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans : - coloration spéciale

- coupes sériées
- empreinte par apposition cellulaire
- écrasis cellulaire

Par pièce d'exérèse, on entend : exérèse partielle ou totale, monobloc ou en plusieurs fragments non différenciés par le préleveur, pour chaque structure anatomique

Par berge, on entend : limite de la résection [incision].

Par recoupe, on entend : exérèse supplémentaire effectuée par le préleveur, au-delà des berges de l'exérèse initiale

Avec ou sans : examen de berge

Par groupe lymphonodal [ganglionnaire lymphatique], on entend : ensemble de noeuds [ganglions] lymphatiques non différenciés par le préleveur au cours d'un curage lymphonodal [ganglionnaire]

L'examen anatomopathologique, inclut : l'examen macroscopique et microscopique de pièce d'exérèse

L'examen anatomopathologique d'un organe inclut : l'examen du feuillet viscéral de son éventuelle séreuse

L'examen anatomopathologique de pièce d'exérèse inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalum ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans : - coloration spéciale

- coupes sériées
- empreinte par apposition cellulaire
- écrasis cellulaire

Facturation :

- un seul acte peut être facturé que l'exérèse soit monobloc ou en fragments non différenciés par le préleveur, partielle ou totale, pour chaque structure anatomique

La pièce d'exérèse pour examen anatomopathologique à visée carcinologique inclut :

- les structures anatomiques ayant un rapport de continuité ou de contiguïté [organes de voisinage] quel qu'en soit le nombre
- les éventuelles recoupes
- les noeuds [ganglions] lymphatiques ou groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] satellites non différenciés par le préleveur

Par examen anatomopathologique à visée carcinologique, on entend : examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de lésion présumée cancéreuse ou précancéreuse

L'examen anatomopathologique à visée carcinologique, inclut : l'examen anatomopathologique de lésion cancéreuse de découverte fortuite lors de l'intervention ou de l'examen anatomopathologique

À l'exclusion de : examen anatomopathologique de lésion précancéreuse de découverte fortuite lors de l'examen anatomopathologique

Coder éventuellement :

- examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une autre structure anatomique différenciée par le préleveur
- examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] différenciés par le préleveur ou de pièce de curage lymphonodal [ganglionnaire]

07.01.13.01 Examen histopathologique de biopsie de l'appareil digestif

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HLQX013	0	1			60,00	51	5

07.01.13.02 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de la bouche ou du pharynx

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HAQX005	0	1			48,13	43	5
HAQX017	0	1			69,12	105	5
HAQX004	0	1			89,57	135	5
HCQX004	0	1			91,37	82	5
HDQX007	0	1			122,97	128	5

07.01.13.03 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse du tube digestif

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HEQX005	0	1			51,15	43	5
HEQX004	0	1			106,37	97	5
HEQX008	0	1			124,03	145	5

Coder éventuellement : Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de splénectomie (FFQX005)

HFQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse endoscopique de l'estomac	0	1					66,06	46	5
HFQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de gastrectomie partielle	0	1					90,41	107	5
HFQX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de gastrectomie totale ou de dévastrogastrectomie	0	1					114,74	150	5
	<i>Coder éventuellement : Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de splénectomie (FFQX005)</i>									
HGQX003	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse intestinale pour maladie inflammatoire chronique de l'intestin [MICI]	0	1					56,20	133	5
	<i>Examen anatomopathologique pour rectocolite hémorragique, maladie de Crohn ou colite indéterminée</i>									
HGQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse endoscopique de l'intestin grêle	0	1					53,16	43	5
HGQX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse segmentaire de l'intestin grêle	0	1					81,71	89	5
HHQX007	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'appendicectomie	0	1					43,05	43	5
HHQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse endoscopique de 1 ou 2 lésions du côlon et/ou du rectum	0	1					51,53	36	5
HHQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse endoscopique de 3 à 5 lésions du côlon et/ou du rectum	0	1					75,29	61	5
HHQX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse endoscopique de 6 lésions ou plus du côlon et/ou du rectum	0	1					93,51	102	5
HHQX006	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de colectomie partielle ou de rectosigmoïdectomie sans résection du mésorectum	0	1					102,93	115	5
HHQX010	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de colectomie totale	0	1					124,14	181	5
HHQX011	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de coloprotectomie totale	0	1					129,69	209	5
HJQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de rectosigmoïdectomie, ou d'exérèse partielle ou totale de rectum, emportant le mésorectum	0	1					110,11	156	5
HKQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse du canal anal et/ou de la marge anale	0	1					56,70	56	5

07.01.13.04 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse du foie, pancréas ou péritoine

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex		
HLQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'une hépatectomie partielle	0	1			85,30	105	5		
HLQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièces de plusieurs hépatectomies partielles	0	1			104,69	150	5		
HLQX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'hépatectomie totale	0	1			138,74	148	5		
HMQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de cholécystectomie	0	1			84,54	51	5		
HMQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de conduit biliaire extrahépatique	0	1			76,77	77	5		
HNQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de la papille duodénale majeure [ampullectomie]	0	1			68,98	77	5		
HNQX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pancréatectomie partielle, sans splénectomie	0	1			105,98	148	5		
HNQX007	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pancréatectomie partielle avec splénectomie	0	1			138,79	189	5		
HNQX006	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de duodéno pancréatectomie partielle ou totale	0	1			172,24	255	5		
	<i>Avec ou sans : Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de splénectomie (FFQX005)</i>									
HPQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de tumeur du grand omentum, du péritoine et/ou de repli péritonéal [méso]	0	1			60,58	56	5		
	<i>Facturation : ne peut être codé en sus d'un examen anatomopathologique à visée carcinologique d'une autre structure anatomique intraabdominale</i>									

07.01.13.05 Examens de génétique somatique à visée oncothéranostique

Par thérapie ciblée on entend : traitement n'apportant de bénéfices que chez certains patients identifiés par un marqueur prédictif déterminé par un test compagnon
Par test compagnon on entend : test diagnostique permettant de sélectionner, en fonction de leur statut pour un marqueur prédictif identifié par ce test, uniquement les patients chez lesquels le traitement est susceptible d'apporter un bénéfice parmi ceux diagnostiqués pour une maladie donnée. Le test est considéré comme "compagnon" d'utilisation du traitement.

ZZQX484	Test de détection des mutations génétiques de tumeur maligne du côlon et/ou du rectum pour thérapie ciblée [Test compagnon]	0	1						0	5
	<i>Indication : dans les indications des autorisations de mise sur le marché de la thérapie ciblée</i>									
	<i>Environnement : conformément aux conditions de réalisation listées par la Haute autorité de santé dans son rapport d'évaluation des technologies de santé du 9 septembre 2021</i>									
	<i>Facturation :</i>									
	<i>- seuls les tests identifiant le biomarqueur désigné dans l'autorisation de mise sur le marché de la thérapie ciblée peuvent être facturés</i>									
	<i>;</i>									
	<i>- la détection de la mutation ne doit pas avoir été réalisée dans le cadre d'un panel NGS au moment du diagnostic du cancer</i>									
	<i>- Prise en charge provisoire conformément aux dispositions des articles L.162-1-7 et D. 162-25-1 du Code de la sécurité sociale</i>									

07.01.14 Autres actes diagnostiques sur l'appareil digestif

Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex

HBQD001 Bilan parodontal	0 1		0,00	119 5
Exploration du parodonte par sondage pour dépistage d'une maladie parodontale, étude de l'indice de plaque				
Indication : selon l'avis HAS n°2018.0062/AC/SEAP du 19 décembre 2018				
Facturation :				
quelque soit la technique				
prise en charge limitée :				
-aux patients diabétiques de type 1 et de type 2 (code 8) en ALD pour cette affection				
-aux patients en insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves (code 5) en ALD pour cette affection				
-aux patients en déficit immunitaire primitif, infection par le VIH (code 7) en ALD pour cette affection				
-aux patients avec une maladie coronaire (code 13) en ALD pour cette affection				
-aux patients avec une polyarthrite rhumatoïde (code 22) en ALD pour cette affection				
-aux patients avec une spondylarthrite grave (code 27) en ALD pour cette affection				
Coder éventuellement 1 : (YYYY183)				

HLQM002 Mesure de l'élasticité du foie par élastographie impulsionnelle ultrasonore	0 1		31,29	0 2
Indication :				
- évaluation d'une hépatite chronique C non traitée et sans comorbidité chez l'adulte hors diagnostic évident de cirrhose				
- évaluation d'une hépatite chronique C non traitée avec co-infection par le VIH chez l'adulte hors diagnostic évident de cirrhose				
- suspicion d'une cirrhose (F4), chez les parents adultes atteints d'hépatite B chronique non traités et ne présentant pas de signes évidents de cirrhose				
Environnement : consultation spécialisée dans la prise en charge des patients atteints d'une hépatite C, en collaboration avec un centre spécialisé dans la prise en charge de l'infection par le VIH pour la deuxième indication.				
[...] Pour la co-infection hépatique chronique C-VIH :				
- en première intention, pour évaluer la présence de cirrhose				
pour l'hépatite chronique B :				
cet examen doit être prescrit, réalisé et analysé en milieu spécialisé par des professionnels de santé ayant l'expérience dans l'interprétation des résultats et connaissant ses limites techniques et diagnostiques : critères de fiabilité, facteurs influençant l'élasticité du foie, contre-indications, exactitude				
Facturation :				
Dans la limite d'un examen annuel sauf si présence de facteur de risque d'évolution rapide vers la cirrhose, si cette nouvelle mesure est susceptible d'avoir un impact sur la prise en charge thérapeutique ;				
Pour l'hépatite chronique C:				
- en 1ère intention en alternative aux scores biologiques, Fibrotest, Fibromètre ou Hépascore				
- en 2ème intention (en cas de non concordance avec le test pratiqué en 1ère intention et la clinique ou en cas de non interprétabilité de ce score) en alternative à la ponction biopsie hépatique				

HJQD001 Examen du rectum sous anesthésie générale, par voie anale	0 1	9,F,P,S,U	24,45	28 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	A,F,P,S,U	48,00	17 1

07.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LA BOUCHE ET L'OROPHARYNX

07.02.01 Actes thérapeutiques sur les lèvres

07.02.01.01 Parage et suture de plaie de lèvre

À l'exclusion de : parage et/ou suture du versant muqueux de lèvre (HAJA010)

HAJA003 Parage et/ou suture de plaie cutanée non transfixiante de lèvre	0 1	9,F,M,P,S,U,X	34,03	57 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)				

HAJA006 Parage et/ou suture de plaie transfixiante de lèvre	0 1	F,M,P,S,U,X	55,30	86 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY614, ZZLP054)				

07.02.01.02 Destruction et exérèse de lésion de lèvre

Avec ou sans : suture immédiate

Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 07.02.01.03)

HANP002 Abrasion de la muqueuse des lèvres et de la peau péribuccale avec laser	0 1		0,00	97 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				

HANP001 Destruction de lésion du vermillon labial avec laser CO2	0 1		0,00	40 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				

HAF008 Exérèse non transfixiante de lésion de lèvre	0 1 Y	9,X	60,97	63 1
À l'exclusion de :				
- exérèse de lésion congénitale de lèvre (cf 16.03.15)				
- résection de cicatrice de lèvre (HAF028)				
Forfait : liste FSD				
Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)				

HAF020 Exérèse transfixiante de lésion de lèvre, ou exérèse d'une commissure labiale	0 1 Y	X	92,17	81 1
À l'exclusion de :				
- exérèse de lésion congénitale de lèvre (cf 16.03.15)				
- résection de cicatrice de lèvre (HAF028)				
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	70,38	64 1

HAF031 Exérèse d'une lèvre débordant sur une ou plusieurs unités adjacentes	0 1 Y	J,K,T	125,40	97 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	78,08	74 1

HAF014 Vermillonectomie avec reconstruction de lèvre par lambeau muqueux rétrolabial	0 1 Y	J,K,O,T	136,13	143 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	81,38	83 1

HAF028 Résection de cicatrice de lèvre	0 1 Y	9	54,59	75 1
<i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>				
Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)				

07.02.01.03 Réparation de perte de substance de lèvre

La réparation de perte de substance de lèvre par autogreffe ou lambeau inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.

HAMA027 Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau cutané local	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	175,12	111 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	73,68	72 1
HAMA016 Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau hétérolabial	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	192,85	172 1
<i>À l'exclusion de : réparation d'une perte de substance du vermillon labial par lambeau muqueux hétérolabial (HAMA003)</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	81,75	90 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
HAMA029 Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau unilatéral de lèvre ou de joue	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	192,85	172 1
<i>À l'exclusion de : réparation de lèvre par lambeau hétérolabial (HAMA016)</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	86,88	83 1
<i>Reconstruction de lèvre par lambeau unilatéral d'avancement de joue, en éventail de Gillies, de rotation de Karapandzic, lambeau nasogénien</i>				
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
HAMA002 Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau bilatéral de lèvre ou de joue	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	250,80	244 1
<i>Reconstruction de lèvre par lambeau bilatéral selon Camille Bernard, en éventail de Gillies, de rotation de Karapandzic, lambeau nasogénien</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	112,46	116 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
HAMA023 Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau nasogénien unilatéral et lambeau controlatéral de lèvre et/ou de joue	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	272,26	249 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	93,76	113 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
HAMA010 Réparation de perte de substance de la lèvre inférieure par lambeau de glissement ou de rotation mentonnier	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	250,80	156 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	97,80	83 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
HAMA020 Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau de front et/ou de cuir chevelu	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	338,90	291 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	101,09	133 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
HAMA011 Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau cutané deltopectoral	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	374,35	314 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	83,60	145 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
HAMA014 Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau musculocutané pédiculé	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	455,89	384 1
<i>Reconstruction de lèvre par lambeau pédiculé de grand dorsal, de grand pectoral, deltopectoral</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	112,46	177 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
HAMA021 Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau hétérolabial et lambeau unilatéral de lèvre et/ou de joue	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	281,47	249 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	94,13	113 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
HAMA018 Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau hétérolabial et lambeau bilatéral de lèvre et/ou de joue	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	317,63	232 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	100,72	131 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
HAMA005 Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau libre	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	821,73	855 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	128,66	266 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
HAMA003 Réparation de perte de substance du vermillon labial par lambeau muqueux hétérolabial [lambeau en rideau]	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	167,20	124 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	73,31	86 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
HAMA004 Réparation de perte de substance du vermillon labial par lambeau de langue	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	167,20	131 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	74,05	90 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
HAMA008 Réparation de perte de substance du vermillon labial par lambeau muqueux rétrolabial ou avancement du vermillon restant	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	167,20	105 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	68,55	77 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				

07.02.01.04 Plastie de l'orifice buccal pour traitement palliatif de la paralysie faciale

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HAF030 Résection de lèvre, pour traitement palliatif de la paralysie faciale	0	1	Y	J,K,T	167,20	110	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	84,31	62	1
HAMA015 Réanimation de la commissure labiale par transfert musculaire pédiculé, pour traitement palliatif de la paralysie faciale	0	1	Y	I,J,K,T,X	409,80	361	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	79,54	167	1
HABA001 Cerclage des lèvres par greffe tendineuse ou aponévrotique et/ou suspension de la commissure labiale, pour traitement palliatif de la paralysie faciale	0	1	Y	J,K,T,X	308,42	338	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	77,71	155	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

07.02.01.05 Autres plasties de lèvre

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HAMB001 Réfection de l'aspect du vermillon labial par dermopigmentation	0	1			0,00	39	1
HAMA028 Correction de rétraction de lèvre par autoplastie locale	0	1	Y		104,50	41	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	73,68	44	1
HAMA030 Commissuroplastie labiale	0	1	Y	J,K,T	167,20	108	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,T	82,10	61	1
HASA024 Fermeture d'une macrostomie congénitale de moins de 3 cm, avec reconstruction de la commissure labiale	0	1	Y	J,K,T	192,35	159	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	104,10	106	1
HASA011 Fermeture d'une macrostomie congénitale de 3 cm ou plus, avec reconstruction de la commissure labiale	0	1	Y	J,K,T	230,60	217	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	113,26	132	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

HAPA002	Section du pédicule [Sevrage] d'un lambeau hétérolabial ou d'un lambeau de langue	0	1				0,00	57	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
07.02.02 Actes thérapeutiques sur les dents									
<i>Par secteur dentaire, on entend la portion de l'arcade dentaire correspondant à l'implantation habituelle des dents considérées, que cette portion soit dentée ou non.</i>									
07.02.02.01 Pose et ablation de moyen de contention au maxillaire ou à la mandibule									
HBLD052	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracronaire par attelle composite collée, sur 1 à 6 dents	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0	1				0,00	90	5
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
HBLD050	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracronaire par attelle composite collée, sur 7 dents ou plus	0	1				0,00	134	5
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
HBLD053	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracronaire par attelle métallique coulée et collée, sur 1 à 6 dents	0	1				96,40	130	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)									
HBLD051	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracronaire par attelle métallique coulée et collée, sur 7 dents ou plus	0	1				96,40	195	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)									
LBGD001	Ablation de moyen de contention maxillaire et/ou mandibulaire intrabuccal	0	1				41,80	44	1
<i>À l'exclusion de : acte d'orthodontie</i>									
<i>Ablation de matériel d'ostéosynthèse : ligature d'Ivy, d'arc vestibulaire</i>									
Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)									
07.02.02.02 Réduction de fracture et de luxation de dent									
<i>La réduction de fracture et de luxation de dent inclut la pose de moyen de contention.</i>									
HBED011	Réduction de luxation d'une dent	0	1			F,U	0,00	112	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
HBED016	Réduction de luxation de plusieurs dents	0	1			F,U	0,00	136	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
HBED009	Réduction de fracture alvéolaire en denture permanente	0	1			F,P,S,U	104,50	91	1
<i>Facturation : peut être facturé avec traitement radiculaire</i>									
Coder éventuellement 1 : (YYYY614, ZZLP025)									
HBED015	Réduction de fracture alvéolaire en denture mixte ou incomplète	0	1			F,P,S,U	104,50	77	1
<i>Facturation : peut être facturé avec traitement radiculaire</i>									
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
07.02.02.03 Réimplantation de dent et autogreffe de germe									
<i>La réimplantation de dent inclut la pose de moyen de contention.</i>									
HBED001	Réimplantation d'1 dent permanente expulsée	0	1	Y		F,U	96,40	121	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY183, YYYY614, ZZLP025)									
HBED003	Réimplantation de 2 dents permanentes expulsées	0	1	Y		F,U	192,80	147	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY183, YYYY614, ZZLP025)									
HBED021	Réimplantation de 3 dents permanentes expulsées, ou plus	0	1	Y		F,U	289,20	222	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY183, YYYY614, ZZLP025)									
HBED022	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement	0	1	Y			209,00	220	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP030)									
HBED005	Autogreffe d'une dent sur arcade, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement	0	1	Y			0,00	248	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
07.02.02.04 Prophylaxie buccodentaire									
HBLD004	Application topique intrabuccale de fluorures	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0	1				0,00	63	5
<i>À l'exclusion de : application de vernis fluoré sur les deux arcades dentaires (HBLD045)</i>									
HBLD009	Application d'un topique pour hypersensibilité dentinaire	0	1				0,00	61	5
HBLD045	Application de vernis fluoré sur les deux arcades dentaires	0	1				0,00	65	5
<i>Indication : acte de prévention en cas de risque carieux élevé</i>									
<i>Facturation : la prise en charge est limitée à tous les patients à partir du 3ème anniversaire jusqu'à la veille du 25ème anniversaire présentant un risque carieux individuel [RCI] élevé, sur les 2 arcades, 2 fois par an maximum</i>									
Coder éventuellement 1 : (YYYY183)									
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent	0	1				21,69	54	5
<i>Indication : acte de prévention en cas de risque carieux</i>									
<i>Facturation : la prise en charge est limitée aux 1res et 2es molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent et avant le seizième anniversaire</i>									
Coder éventuellement 1 : (YYYY183)									
HBBD006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents	0	1				43,38	67	5
<i>Indication : acte de prévention en cas de risque carieux</i>									
<i>Facturation : la prise en charge est limitée aux 1res et 2es molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent et avant le seizième anniversaire</i>									
Coder éventuellement 1 : (YYYY183)									
HBBD007	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents	0	1				65,07	74	5
<i>Indication : acte de prévention en cas de risque carieux</i>									
<i>Facturation : la prise en charge est limitée aux 1res et 2es molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent et avant le seizième anniversaire</i>									
Coder éventuellement 1 : (YYYY183)									

HBBD004 Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents	0 1		86,76	80 5
<i>Indication : acte de prévention en cas de risque carieux</i>				
<i>Facturation : la prise en charge est limitée aux 1res et 2es molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent et avant le seizième anniversaire</i>				
Coder éventuellement 1 : (YYYY183)				
HBBD039 Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents	0 1		108,45	86 5
<i>Indication : acte de prévention en cas de risque carieux</i>				
<i>Facturation : la prise en charge est limitée aux 1res et 2es molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent et avant le seizième anniversaire</i>				
Coder éventuellement 1 : (YYYY183)				
HBBD404 Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents	0 1		130,14	92 5
<i>Indication : acte de prévention en cas de risque carieux</i>				
<i>Facturation : la prise en charge est limitée aux 1res et 2es molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent et avant le seizième anniversaire</i>				
Coder éventuellement 1 : (YYYY183)				
HBBD098 Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents	0 1		151,83	98 5
<i>Indication : acte de prévention en cas de risque carieux</i>				
<i>Facturation : la prise en charge est limitée aux 1res et 2es molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent et avant le seizième anniversaire</i>				
Coder éventuellement 1 : (YYYY183)				
HBBD427 Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents	0 1		173,52	104 5
<i>Indication : acte de prévention en cas de risque carieux</i>				
<i>Facturation : la prise en charge est limitée aux 1res et 2es molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent et avant le seizième anniversaire</i>				
Coder éventuellement 1 : (YYYY183)				
HBJD001 Détartrage et polissage des dents	0 1		28,92	124 5
<i>Facturation : non facturable, pour la même arcade, avec un acte de DSR (HBJA003, HBJA171, HBJA634) à la date de réalisation du DSR et dans les 6 mois qui suivent la réalisation du DSR</i>				
<i>Facturation : deux actes au plus peuvent être facturés par période de 6 mois ; un détartrage complet doit être réalisé en 1 ou 2 actes maximum</i>				
Coder éventuellement 1 : (YYYY183)				
HBJD003 Détartrage et polissage des dents sur 1 arcade	0 1		0,00	83 1
07.02.02.05 Restauration des tissus durs de la dent				
<i>Comprend : exérèse de lésion carieuse de dent</i>				
<i>La restauration d'une dent inclut l'exérèse des tissus lésés, la préparation amérodentinaire et la protection dentinopulpaire</i>				
<i>Avec ou sans recouvrement cuspidien</i>				
<i>Le décompte des faces ou des angles s'entend pour une lésion</i>				
<i>Par lésion on entend : perte de substance quelle que soit son étiologie</i>				
<i>Par alliage précieux ou non précieux, on entend alliage tel que défini dans la norme NF-EN ISO 22674</i>				
HBFD010 Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct	0 1	9,F,U	0,00	87 5
Coder éventuellement 1 : (YYYY183)				
HBMD043 Restauration d'une dent sur 1 face par matériau incrusté [inlay-onlay]	0 1	N	19,28	152 5
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, ZZLP025)				
HBMD046 Restauration d'une dent sur 2 faces par matériau incrusté [inlay-onlay]	0 1	N	33,74	165 5
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, ZZLP025)				
HBMD055 Restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay]	0 1	N	40,97	177 5
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, ZZLP025)				
HBMD351 Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux	0 1	N		168 5
<i>Facturation :</i>				
<i>- prise en charge limitée au secteur prémololaire</i>				
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, ZZLP025)				
HBMD460 Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux	0 1	N		168 5
<i>Facturation :</i>				
<i>- prise en charge limitée au secteur prémololaire</i>				
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, ZZLP025)				
HBMD058 Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	0 1	9,N	19,28	94 5
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, ZZLP025)				
HBMD050 Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	0 1	9,N	33,74	125 5
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, ZZLP025)				
HBMD054 Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	0 1	9,N	40,97	143 5
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, ZZLP025)				
HBMD044 Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	0 1	9,N	43,00	60 5
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, ZZLP025)				

HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, ZZLP025)	0 1	9,N	86,00	70 5
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire <i>Facturation : la prise en charge est limitée à trois restaurations par dent quel que soit le nombre de lésions</i> Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, ZZLP025)	0 1	9,N	19,28	72 5
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, ZZLP025)	0 1	9,N	33,74	102 5
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, ZZLP025)	0 1	9,N	40,97	127 5
HBMD039	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire, avec réfection de 2 points de contact <i>À l'exclusion de : restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire présentant 2 cavités par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire, avec réfection de 2 points de contact (HBMD041)</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		0,00	135 1
HBMD040	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire, avec réfection d'un point de contact Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		0,00	125 1
HBMD042	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, ZZLP025)	0 1	9	79,53	103 5
HBMD041	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire présentant 2 cavités par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire, avec réfection de 2 points de contact <i>Restauration mésioocclusale et distoocclusale d'une première molaire maxillaire avec conservation du pont d'émail</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		0,00	135 1
HBMD045	Restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay], avec recouvrement cuspidien Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		0,00	185 1
HBMD051	Restauration d'une dent sur 2 faces par matériau incrusté [inlay-onlay], avec recouvrement cuspidien Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		0,00	165 1
HBMD052	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire, avec réfection d'un point de contact Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		0,00	146 1
HBMD056	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire, avec réfection d'un point de contact Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		0,00	136 1
HBMD057	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire, avec réfection d'un point de contact Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		0,00	102 1
HBMD059	Restauration d'une dent sur 1 face par matériau incrusté [inlay-onlay], avec recouvrement cuspidien Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		0,00	155 1
HBMD060	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire, avec réfection de 2 points de contact Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		0,00	156 1

07.02.02.06 Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent

L'exérèse de la pulpe vivante ou l'exérèse du contenu canalaire non vivant d'une dent inclut la mise en forme canalaire et l'obturation radiculaire.

Lorsque le contenu canalaire est un matériau d'obturation, l'acte n'inclut que la mise en forme canalaire et l'obturation radiculaire.

HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZHA001, ZZLP025)	0 1	9,F,U	16,87	72 5
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZHA001, ZZLP025)	0 1	9,F,U	33,74	89 5
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZHA001, ZZLP025)	0 1	9,F,U	81,94	115 5
HBFD032	Exérèse partielle de la pulpe vivante d'une dent permanente immature pour apexogénèse Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, ZZHA001)	0 1		0,00	102 5
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZHA001, ZZLP025)	0 1	9,F,N,U	33,74	92 5
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZHA001, ZZLP025)	0 1	9,F,N,U	48,20	112 5
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZHA001, ZZLP025)	0 1	9,F,N,U	48,20	108 5
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZHA001, ZZLP025)	0 1	9,F,N,U	81,94	172 5
HBFD015	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZHA001, ZZLP025)	0 1	9,F,U	33,74	106 5

HBFD474	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire	0 1	9,F,U	81,94	137 5
	Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZHA001, ZZLP025)				
HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature	0 1	9,F,N,U	33,74	89 5
	Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZHA001, ZZLP025)				
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature	0 1	9,F,N,U	48,20	108 5
	Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZHA001, ZZLP025)				
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire	0 1	9,F,N,U	48,20	104 5
	Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZHA001, ZZLP025)				
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature	0 1	9,F,N,U	81,94	166 5
	Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZHA001, ZZLP025)				
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente	0 1	9,F,N,U	33,74	141 5
	Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZHA001, ZZLP025)				
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire	0 1	9,F,N,U	48,20	165 5
	Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZHA001, ZZLP025)				
HBFD003	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire	0 1	9,F,N,U	48,20	161 5
	Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZHA001, ZZLP025)				
HBFD024	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente	0 1	9,F,N,U	81,94	216 5
	Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZHA001, ZZLP025)				
HBFD011	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une dent permanente immature	0 1		0,00	117 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)				

07.02.02.07 Désobturation endodontique

La désobturation endodontique n'inclut pas la mise en forme canalaire ni la réobturation radiculaire.

HBGD030	Désobturation endodontique d'une incisive ou d'une canine	0 1		0,00	167 5
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
HBGD233	Désobturation endodontique d'une première prémolaire maxillaire	0 1		0,00	220 5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)				
HBGD001	Désobturation endodontique d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire	0 1		0,00	212 5
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
HBGD033	Désobturation endodontique d'une molaire	0 1		0,00	316 5
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
HBGD012	Ablation de corps étranger d'un canal radiculaire d'une dent	0 1 Y	F,U	0,00	117 5
	À l'exclusion de : ablation d'obturation endodontique				
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				

07.02.02.08 Autres actes thérapeutiques sur la racine de la dent

L'obturation radiculaire dentaire après apexification inclut la mise en forme canalaire.

HBMD003	Séance de renouvellement de l'obturation radiculaire d'une dent permanente immature à l'hydroxyde de calcium	0 1		0,00	50 5
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification	0 1	9,N	33,74	90 5
	Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZLP025)				
HBBD234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification	0 1	9,N	48,20	110 5
	Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZLP025)				
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification	0 1	9,N	48,20	106 5
	Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZLP025)				
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification	0 1	9,N	81,94	137 5
	Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK061, HBQK303, YYYY183, ZZLP025)				
HBBA001	Obturation d'une résorption radiculaire dentaire externe, par abord parodontal	0 1		0,00	172 5
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				

07.02.02.09 Dégagement de dent retenue ou incluse

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HBPDP002	Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal	0	1	Y	F,U	104,50	101	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBPA001	Dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau	0	1	Y	F,U	146,30	137	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBPDP001	Dégagement de plusieurs dents retenues ou incluses avec pose de dispositif de traction orthodontique	0	1	Y	F,U	156,75	156	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP054)							

07.02.02.10 Avulsion de dents temporaires

Comprend : avulsion de dent et/ou de racine dentaire

Avec ou sans :

- curetage alvéolaire

- régularisation osseuse de l'arcade alvéolaire

HBGD035	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade	0 1	F,U	16,72	50 1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)				

HBGD037 Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade	0	1		F,U	25,08	55	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD309 Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade	0	1		F,U	33,44	60	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD284 Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade	0	1		F,U	41,80	65	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD065 Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade	0	1		F,U	50,16	70	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD462 Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade	0	1	Y	F,U	58,52	75	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD464 Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade	0	1	Y	F,U	66,88	80	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD263 Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade	0	1	Y	F,U	75,24	85	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD280 Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade	0	1	Y	F,U	83,60	90	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD093 Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade	0	1	Y	F,U	91,96	95	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD362 Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade	0	1	Y	F,U	100,32	100	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD054 Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade	0	1	Y	F,U	108,68	105	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD111 Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade	0	1	Y	F,U	117,04	110	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD174 Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade	0	1	Y	F,U	125,40	115	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD057 Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade	0	1	Y	F,U	133,76	120	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD133 Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade	0	1	Y	F,U	142,12	125	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD123 Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade	0	1	Y	F,U	150,48	131	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD468 Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade	0	1	Y	F,U	158,84	136	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD282 Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade	0	1	Y	F,U	167,20	141	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD201 Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade	0	1	Y	F,U	175,56	146	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD042 Avulsion d'1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse	0	1	Y	F,U	83,60	75	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD026 Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses	0	1	Y	F,U	125,40	97	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP054)							

07.02.02.11 Avulsion de dents permanentes

Comprend : avulsion de dent et/ou de racine dentaire

Avec ou sans :

- curetage alvéolaire

- régularisation osseuse de l'arcade alvéolaire

HBGD036 Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie	0	1		F,U	33,44	66	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD043 Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1		F,U	50,16	72	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD319 Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1		F,U	66,88	79	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD489 Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1		F,U	83,60	85	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD497 Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1		F,U	100,32	92	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD106 Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	117,04	99	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD076 Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	133,76	105	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD422 Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	150,48	112	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD420 Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	167,20	118	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD064 Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	183,92	125	1
Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							

HBGD356	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	200,64	131	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD146	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	217,36	138	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD382	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	234,08	144	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD247	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	250,80	151	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD197	Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	267,52	157	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD333	Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	284,24	164	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD261	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	300,96	171	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD499	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	317,68	177	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD461	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	334,40	184	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD278	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	351,12	190	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD258	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	367,84	197	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD311	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	384,56	203	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD235	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	401,28	210	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD374	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	418,00	216	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD475	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	434,72	223	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD285	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	451,44	230	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD338	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	468,16	236	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD193	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	484,88	243	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD345	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	501,60	249	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD414	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	518,32	256	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD245	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	535,04	262	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD283	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	0	1	Y	F,U	551,76	269	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)							
HBGD022	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie	0	1		F,U	33,44	75	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD034	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	0	1		F,U	50,16	99	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD287	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	0	1		F,U	66,88	123	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD078	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	0	1		F,U		130	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD060	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	0	1		F,U		137	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD007	Avulsion de 11 à 14 dents sur arcade, en un temps	0	1	Y		0,00	144	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)							
HBGD312	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	0	1	Y	F,U		144	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD008	Avulsion de 3 à 5 dents sur arcade, en un temps	0	1			0,00	88	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
HBGD142	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	0	1	Y	F,U		151	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							
HBGD010	Avulsion de 6 à 10 dents sur arcade, en un temps	0	1	Y		0,00	122	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
HBGD231	Avulsion de 8 dents à 10 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	0	1	Y	F,U		165	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)							

HBGD014	Avulsion d'1 canine permanente retenue ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U	104,50	105	1
HBGD015	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP054)	0	1	Y	F,U	156,75	137	1
HBGD145	Avulsion de 3 canines permanentes retenues ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U		169	1
HBGD416	Avulsion de 4 canines permanentes retenues ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U		176	1
HBGD459	Avulsion d'1 prémolaire retenue ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U	83,60	105	1
HBGD386	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)	0	1	Y	F,U	125,40	137	1
HBGD279	Avulsion de 3 prémolaires retenues ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U		176	1
HBGD199	Avulsion de 4 prémolaires retenues ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U		183	1
HBGD385	Avulsion de 5 à 6 prémolaires retenues ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U		201	1
HBGD359	Avulsion de 7 à 8 prémolaires retenues ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U		232	1
HBGD047	Avulsion d'1 première ou d'1 deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1		F,U	83,60	105	1
HBGD492	Avulsion de 2 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1		F,U		129	1
HBGD316	Avulsion de 3 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1		F,U		161	1
HBGD117	Avulsion de 4 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1		F,U		168	1
HBGD181	Avulsion de 5 à 6 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U		179	1
HBGD210	Avulsion de 7 à 8 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U		210	1
HBGD018	Avulsion d'1 troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U	83,60	75	1
HBGD004	Avulsion d'1 troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U	83,60	94	1
HBGD025	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP042)	0	1	Y	F,U	125,40	146	1
HBGD021	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP042)	0	1	Y	F,U	167,20	193	1
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, YYYY755, ZZLP042)	0	1	Y	F,U	209,00	218	1
HBGD044	Avulsion d'1 dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U	41,80	81	1
HBGD322	Avulsion de 2 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U		88	1
HBGD160	Avulsion de 3 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U		95	1
HBGD403	Avulsion de 4 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U		109	1
HBGD300	Avulsion d'une dent en désinclusion avec couronne sous muqueuse en position palatine ou linguale Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)	0	1	Y	F,U		105	1
HBGD358	Avulsion de 2 dents en désinclusion avec couronnes sous muqueuses en position palatine et/ou linguale Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)	0	1	Y	F,U		146	1
HBGD003	Avulsion d'1 odontoïde inclus ou d'1 dent surnuméraire à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U	83,60	96	1
HBGD402	Avulsion de 2 odontoïdes inclus ou de 2 dents surnuméraires à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U		128	1
HBGD281	Avulsion de 3 odontoïdes inclus ou de 3 dents surnuméraires à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U		160	1
HBGD171	Avulsion de 4 odontoïdes inclus ou de 4 dents surnuméraires à l'état de germe Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U		167	1
HBGD016	Avulsion d'1 racine incluse Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U	83,60	73	1
HBGD466	Avulsion de 2 racines incluses Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y	F,U		105	1

HBGD299	Avulsion de 3 racines incluses	0	1	Y		F,U			137	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)									
HBGD102	Avulsion de 4 racines incluses	0	1	Y		F,U			144	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)									
HBGD159	Avulsion de 5 racines incluses	0	1	Y		F,U			151	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)									
HBGD465	Avulsion de 6 racines incluses	0	1	Y		F,U			158	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)									
HBGD017	Avulsion d'1 dent ectopique	0	1	Y		F,U		167,20	150	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)									
HBGD190	Avulsion de 2 dents ectopiques	0	1	Y		F,U			182	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)									
HBGD397	Avulsion de 3 dents ectopiques	0	1	Y		F,U			214	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)									
HBGD080	Avulsion de 4 dents ectopiques	0	1	Y		F,U			221	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, YYYY183, YYYY614, ZZLP030)									
HBFD014	Amputation et/ou séparation radiculaire ou coronaradiculaire d'une dent <i>Avec ou sans : lambeau parodontal</i>	0	1	Y				0,00	99	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061)									
HBGD040	Avulsion de plusieurs dents surnuméraires à l'état de germe ou de plusieurs odontoides	0	1	Y		F,U		125,40	144	1
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061, ZZLP054)									
	07.02.02.13									
	Cosmétologie dentaire	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
HBMD001	Eclaircissement de dent dépulpée	0	1					0,00	80	5
HBMD005	Eclaircissement des dents pulpées	0	1					0,00	101	5
	07.02.02.14									
	Pose de mainteneur d'espace interdentaire	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
HBLD006	Pose d'un mainteneur d'espace interdentaire unitaire scellé <i>À l'exclusion de : pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003)</i>	0	1					0,00	97	5
HBLD002	Pose d'un mainteneur d'espace interdentaire amovible passif	0	1					0,00	125	5
HBLD001	Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire sans dent prothétique	0	1					0,00	97	5
HBLD003	Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire avec dent prothétique	0	1					0,00	144	5
	07.02.02.15									
	Correction de trouble occlusal	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
HBMD061	Séance d'ajustement occlusal par coronoplastie	0	1					0,00	69	1
HBLD020	Pose d'un appareil de posture mandibulaire [cale]	0	1					0,00	129	1
HBLD018	Pose d'un plan de libération occlusale	0	1					172,80	170	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)									
HBLD019	Pose d'un plan de guidage des mouvements antéropostérieurs mandibulaires	0	1					0,00	151	1
	07.02.03									
	Soins prothétiques - Prothèses dentaires									
	<i>La pose d'une prothèse dentaire inclut sa conception, sa réalisation, son adaptation et sa pose</i>									
	<i>Facturation : la durée d'usage des prothèses dentaires n'est pas limitée ; la prise en charge du renouvellement des prothèses dentaires est subordonnée à l'usure des appareils ou des dents ou à des modifications morphologiques de la bouche</i>									
	<i>Par alliage précieux ou non précieux, on entend alliage tel que défini dans la norme NF-EN ISO 22674</i>									
	07.02.03.01									
	Pose d'infrastructure coronaire [faux moignon]	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
HBLD015	Pose d'une coiffe de recouvrement d'une racine dentaire [Coping] <i>Avec ou sans : pose de tenon</i>	0	1					0,00	155	1
HBLD007	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire sans clavette sur une dent [Inlay core] <i>À l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042)</i> <i>Facturation : prise en charge limitée à l'infrastructure coronaradiculaire métallique coulée</i>	0	1					122,55	153	5
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061)									
HBLD261	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire avec clavette sur une dent [Inlay core à clavette] <i>À l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042)</i> <i>Facturation : prise en charge limitée à l'infrastructure coronaradiculaire métallique coulée</i>	0	1					144,05	153	5
	Coder éventuellement 1 : (HBQK061)									
HBLD090	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés sans reste à charge <i>À l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042)</i> <i>Avec ou sans : clavette</i> <i>Facturation pour :</i> <i>- pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux (HBLD038),</i> <i>- pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une incisive, une canine ou une première prémolaire (HBLD634),</i> <i>- pose d'une couronne céramique-monolithique zircone sur une dent autre qu'une molaire (HBLD350),</i> <i>- pose d'une couronne céramique-monolithique autre que zircone sur une incisive, une canine ou une première prémolaire (HBLD680)</i> <i>,</i> <i>- pose d'un bridge de base métallique (HBLD033),</i> <i>- pose d'un bridge de base céramométallique pour le remplacement d'une incisive (HBLD785)</i> <i>;</i> <i>prise en charge limitée à l'infrastructure coronaradiculaire métallique</i>	0	1						153	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)									

HBLD745	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés à entente directe limitée	0 1			153 5
<p>À l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042)</p> <p>Avec ou sans : clavette</p> <p>Facturation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une deuxième prémolaire (HBLD491), - pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique zircone sur une molaire (HBLD073), - pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique autre que zircone sur une deuxième prémolaire ou une molaire (HBLD158), - pose d'un bridge de base (HBLD040, HBLD043, HBLD227); <p>Facturable pour la pose d'un inlay-core non suivi d'une couronne ou d'un bridge définitif dans les 6 mois prise en charge limitée à l'infrastructure coronaradiculaire métallique</p> <p>Coder éventuellement 1 : (YYYY183)</p>					
HBLD245	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés à tarif libre	0 1			153 5
<p>À l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042)</p> <p>Avec ou sans : clavette</p> <p>Facturation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une molaire (HBLD734) - pose d'une couronne dentaire dentoportée céramocéramique (HBLD403) - pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage précieux (HBLD318) - pose d'un bridge de base céramocéramique (HBLD425) - pose d'un bridge de base en alliage précieux (HBLD178) - pose d'un bridge cantilever (HBLD088, HBLD750, HBLD411, HBLD321, HBLD465) - adjonction d'un pilier d'ancrage à un bridge de base (HBMD081, HBMD087) <p>prise en charge limitée à l'infrastructure coronaradiculaire métallique</p> <p>Coder éventuellement 1 : (YYYY183)</p>					
HBLD012	Pose d'une infrastructure coronaire sur 1 implant	0 1		0,00	101 5
HBLD017	Pose d'infrastructure coronaire sur 2 implants	0 1		0,00	123 5
HBLD021	Pose d'infrastructure coronaire sur 3 implants	0 1		0,00	140 5
HBLD013	Pose d'infrastructure coronaire sur 4 implants	0 1		0,00	157 5
HBLD005	Pose d'infrastructure coronaire sur 5 implants ou plus	0 1		0,00	174 5
HBLD008	Pose d'un attachement coronaradiculaire sur une dent	0 1		0,00	86 5
07.02.03.02	Pose d'une couronne dentaire prothétique				
<p>La couronne dentaire en équivalents minéraux inclut la couronne dentaire céramocéramique</p> <p>Couronne dentaire fixée dentoportée quand la dent ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation. La ou les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement sont conservées dans le dossier du patient</p> <p>Par alliage précieux ou non précieux, on entend alliage tel que défini dans la norme NF-EN ISO 22674</p> <p>Par métallique, on entend alliage non précieux y compris pour la chape métallique de la prothèse céramométallique</p> <p>Facturation : les couronnes sur dents temporaires, les couronnes ou dents à tenon préfabriquées, les couronnes à recouvrement partiel ne sont pas prises en charge</p>					
HBLD037	Pose d'une couronne dentaire transitoire	0 1		0,00	80 5
HBLD490	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée sans reste à charge	0 1			80 5
<p>Facturation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux (HBLD038), - pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une incisive, une canine ou une première prémolaire (HBLD634), - pose d'une couronne céramique-monolithique zircone sur une dent autre qu'une molaire (HBLD350), - pose d'une couronne céramique-monolithique autre que zircone sur une incisive, une canine ou une première prémolaire (HBLD680) <p>;</p> <p>ne peut pas être facturée pour une couronne définitive réalisée extemporanément,</p> <p>peut-être facturée une seule fois par couronne définitive</p> <p>Coder éventuellement 1 : (YYYY183)</p>					
HBLD486	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée à tarif libre	0 1			80 5
<p>Facturation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une molaire (HBLD734) - pose d'une couronne dentaire dentoportée céramocéramique (HBLD403) - pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage précieux (HBLD318) <p>ne peut pas être facturée pour une couronne définitive réalisée extemporanément,</p> <p>peut être facturée une seule fois par couronne définitive</p> <p>Coder éventuellement 1 : (YYYY183)</p>					
HBLD724	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée à entente directe limitée	0 1			80 5
<p>Facturation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une deuxième prémolaire (HBLD491), - pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique zircone sur une molaire (HBLD073), - pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique autre que zircone sur une deuxième prémolaire ou une molaire (HBLD158) <p>;</p> <p>ne peut pas être facturée pour une couronne définitive réalisée extemporanément,</p> <p>peut être facturée une seule fois par couronne définitive</p> <p>peut être facturée pour la pose d'une couronne transitoire non suivie d'une couronne définitive dans les 6 mois</p> <p>Coder éventuellement 1 : (YYYY183)</p>					
HBLD610	Pose d'une couronne dentaire transitoire unitaire sur implant ou sur pilier de bridge dento-porté ou implantoporté	0 1			0 5

HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux	0 1		107,50	213	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)					
HBLD036	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique ou en équivalents minéraux	0 1		107,50	272	5
HBLD634	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une incisive, une canine ou une première prémolaire	0 1			272	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)					
HBLD491	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une deuxième prémolaire	0 1			272	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)					
HBLD734	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une molaire	0 1			272	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)					
HBLD350	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique zircone sur une dent autre qu'une molaire	0 1			272	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)					
HBLD073	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique zircone sur une molaire	0 1			272	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)					
HBLD680	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur une incisive, une canine ou une première prémolaire	0 1			272	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)					
HBLD158	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur une deuxième prémolaire ou une molaire	0 1			272	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)					
HBLD403	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramocéramique	0 1			272	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)					
HBLD318	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage précieux	0 1			272	5
	<i>Avec ou sans recouvrement céramique</i>					
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)					
HBLD418	Pose d'une couronne dentaire implantoportée	0 1		107,50	272	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)					

07.02.03.03 Pose de prothèse dentaire amovible

A droit à un appareil de prothèse dentaire amovible, tout bénéficiaire qui présente au moins une dent absente et remplaçable, à l'exception des dents de sagesse. Par prothèse amovible de transition ou prothèse amovible définitive on entend : prothèse dento ou implanto-stabilisée.

HBLD132	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque résine comportant moins de 9 dents	0 1		102,13	210	5
	<i>Facturation :</i>					
	<i>- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; chez l'enfant, seul l'appareillage de la mandibule est indiqué selon l'avis de la Haute autorité de santé [HAS]de décembre 2006</i>					
	<i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i>					
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)					
HBLD492	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque base résine, comportant de 9 à 13 dents	0 1		150,50	285	5
	<i>Facturation :</i>					
	<i>- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; chez l'enfant, seul l'appareillage de la mandibule est indiqué selon l'avis de la Haute autorité de santé [HAS]de décembre 2006</i>					
	<i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i>					
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)					
HBLD118	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à plaque base résine	0 1		182,75	443	5
	<i>Facturation :</i>					
	<i>- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; chez l'enfant, seul l'appareillage de la mandibule est indiqué selon l'avis de la Haute autorité de santé [HAS]de décembre 2006</i>					
	<i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i>					
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)					
HBLD199	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à plaque base résine	0 1		365,50	529	5
	<i>Facturation :</i>					
	<i>- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; chez l'enfant, seul l'appareillage de la mandibule est indiqué selon l'avis de la Haute autorité de santé [HAS]de décembre 2006</i>					
	<i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i>					
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)					
HBLD240	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à châssis métallique comportant moins de 9 dents	0 1		236,50	249	5
	<i>Facturation :</i>					
	<i>- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; chez l'enfant, seul l'appareillage de la mandibule est indiqué selon l'avis de la Haute autorité de santé [HAS]de décembre 2006</i>					
	<i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i>					
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)					
HBLD236	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à châssis métallique comportant de 9 à 13 dents	0 1		279,50	307	5
	<i>Facturation :</i>					
	<i>- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; chez l'enfant, seul l'appareillage de la mandibule est indiqué selon l'avis de la Haute autorité de santé [HAS]de décembre 2006</i>					
	<i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i>					
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)					
HBLD217	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à châssis métallique	0 1		311,75	473	5
	<i>Facturation :</i>					
	<i>- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; chez l'enfant, seul l'appareillage de la mandibule est indiqué selon l'avis de la Haute autorité de santé [HAS]de décembre 2006</i>					
	<i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i>					
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)					

HBLD171 Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à châssis métallique	0	1			623,50	570	5
<i>Facturation :</i>							
<i>- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; chez l'enfant, seul l'appareillage de la mandibule est indiqué selon l'avis de la Haute autorité de santé [HAS]de décembre 2006</i>							
<i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i>							
Coder éventuellement 1 : (YYYY183)							
HBLD364 Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents	0	1			64,50	118	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY176, YYYY183, YYYY246, YYYY275)							
HBLD476 Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 4 dents	0	1			75,25	127	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY176, YYYY183, YYYY246, YYYY275, YYYY478)							
HBLD224 Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 dents	0	1			86,00	132	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY176, YYYY183, YYYY246, YYYY275, YYYY426, YYYY478)							
HBLD371 Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 6 dents	0	1			96,75	137	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY176, YYYY183, YYYY246, YYYY275, YYYY389, YYYY426, YYYY478)							
HBLD123 Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents	0	1			107,50	142	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY176, YYYY183, YYYY246, YYYY275, YYYY389, YYYY426, YYYY478)							
HBLD270 Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents	0	1			118,25	147	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY176, YYYY183, YYYY246, YYYY275, YYYY389, YYYY426, YYYY478)							
HBLD148 Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 9 dents	0	1			129,00	151	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY176, YYYY183, YYYY246, YYYY275, YYYY389, YYYY426, YYYY478)							
HBLD231 Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 10 dents	0	1			139,75	156	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY176, YYYY183, YYYY246, YYYY275, YYYY389, YYYY426, YYYY478)							
HBLD215 Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 11 dents	0	1			150,50	161	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY176, YYYY183, YYYY246, YYYY275, YYYY389, YYYY426, YYYY478)							
HBLD262 Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 12 dents	0	1			161,25	166	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY176, YYYY183, YYYY246, YYYY275, YYYY389, YYYY426, YYYY478)							
HBLD232 Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 13 dents	0	1			172,00	171	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY176, YYYY183, YYYY246, YYYY275, YYYY389, YYYY426, YYYY478)							
HBLD032 Pose d'une prothèse amovible de transition complète unimaxillaire à plaque base résine	0	1			182,75	358	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY176, YYYY183, YYYY246, YYYY275, YYYY389, YYYY426, YYYY478)							
HBLD259 Pose d'une prothèse amovible de transition complète bimaxillaire à plaque base résine	0	1				427	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY176, YYYY183, YYYY246, YYYY275, YYYY389, YYYY426, YYYY478)							
HBLD101 Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents	0	1			129,00	260	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY176, YYYY183, YYYY246, YYYY275, YYYY389, YYYY426, YYYY478)							
HBLD138 Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents	0	1			139,75	268	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY176, YYYY183, YYYY246, YYYY275, YYYY389, YYYY426, YYYY478)							
HBLD083 Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents	0	1			150,50	277	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY176, YYYY183, YYYY246, YYYY275, YYYY389, YYYY426, YYYY478)							
HBLD370 Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents	0	1			161,25	285	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY176, YYYY183, YYYY246, YYYY275, YYYY389, YYYY426, YYYY478)							
HBLD349 Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents	0	1			172,00	293	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY176, YYYY183, YYYY246, YYYY275, YYYY389, YYYY426, YYYY478)							
HBLD031 Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	0	1			182,75	443	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY176, YYYY183, YYYY246, YYYY275, YYYY389, YYYY426, YYYY478)							
HBLD035 Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	0	1			365,50	529	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY176, YYYY183, YYYY246, YYYY275, YYYY389, YYYY426, YYYY478)							
HBLD131 Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents	0	1			193,50	230	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY159, YYYY183, YYYY258, YYYY329)							
HBLD332 Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	0	1			204,25	247	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY159, YYYY183, YYYY258, YYYY259, YYYY329)							
HBLD452 Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents	0	1			215,00	255	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY159, YYYY183, YYYY258, YYYY259, YYYY329, YYYY440)							
HBLD474 Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents	0	1			225,75	264	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY159, YYYY183, YYYY258, YYYY259, YYYY329, YYYY440, YYYY447)							
HBLD075 Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents	0	1			236,50	273	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY142, YYYY159, YYYY183, YYYY258, YYYY259, YYYY329, YYYY440, YYYY447)							
HBLD470 Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents	0	1			247,25	281	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY142, YYYY158, YYYY159, YYYY183, YYYY258, YYYY259, YYYY329, YYYY440, YYYY447)							
HBLD435 Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents	0	1			258,00	290	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY142, YYYY158, YYYY159, YYYY183, YYYY258, YYYY259, YYYY329, YYYY440, YYYY447, YYYY476)							
HBLD079 Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents	0	1			268,75	299	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY079, YYYY142, YYYY158, YYYY159, YYYY183, YYYY258, YYYY259, YYYY329, YYYY440, YYYY447, YYYY476)							
HBLD203 Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents	0	1			279,50	307	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY079, YYYY142, YYYY158, YYYY159, YYYY183, YYYY184, YYYY258, YYYY259, YYYY329, YYYY440, YYYY447, YYYY476)							

HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents	0 1		290,25	316 5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY079, YYYY142, YYYY158, YYYY159, YYYY183, YYYY184, YYYY258, YYYY259, YYYY284, YYYY329, YYYY440, YYYY447, YYYY476)				
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents	0 1		301,00	324 5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY079, YYYY142, YYYY158, YYYY159, YYYY183, YYYY184, YYYY236, YYYY258, YYYY259, YYYY284, YYYY329, YYYY440, YYYY447, YYYY476)				
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	0 1		311,75	473 5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY079, YYYY142, YYYY158, YYYY159, YYYY183, YYYY184, YYYY236, YYYY258, YYYY259, YYYY284, YYYY329, YYYY353, YYYY440, YYYY447, YYYY476)				
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	0 1		623,50	570 5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY079, YYYY142, YYYY158, YYYY159, YYYY183, YYYY184, YYYY236, YYYY258, YYYY259, YYYY284, YYYY329, YYYY353, YYYY440, YYYY447, YYYY476)				
HBLD022	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 9 à 13 dents	0 1		0,00	166 1
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	0 1		494,50	550 5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY079, YYYY142, YYYY158, YYYY159, YYYY176, YYYY183, YYYY184, YYYY236, YYYY246, YYYY258, YYYY259, YYYY275, YYYY284, YYYY329, YYYY353, YYYY389, YYYY426, YYYY440, YYYY447, YYYY476, YYYY478)				
HBLD024	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 à 13 dents	0 1		0,00	285 1
	<i>Indication : prothèse prétotal en l'absence de contraintes importantes sur les dents et sur la prothèse</i>				
HBLD025	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 à 8 dents	0 1		0,00	134 1
HBLD026	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 4 dents	0 1		0,00	238 1
HBLD027	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 à 8 dents	0 1		0,00	260 1
HBLD028	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 4 dents	0 1		0,00	123 1
HBLD029	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 à 13 dents	0 1		0,00	307 1
HBLD039	Pose d'une prothèse amovible de 3 à 10 dents en denture temporaire, mixte ou permanente incomplète	0 1		0,00	210 1

07.02.03.04 Pose de prothèse dentaire fixée dentoportée ou implantoportée

Par alliage précieux ou non précieux, on entend alliage tel que défini dans la norme NF-EN ISO 22674

Par métallique, on entend alliage non précieux y compris pour la chape métallique de la prothèse céramométallique

Prothèse dentaire fixée dentoportée quand au moins une dent pilier ne peut être reconstruite de façon durable par une obturation (bridges collés non concernés).

Prothèse dentaire complète transvissée implantoportée (HBLD030)

La ou les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement sont conservées dans le dossier du patient

Facturation : les prothèses plurales [bridges] implantoportées, les prothèses dentaires sur dents temporaires, les prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, les prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel ne sont pas pris en charge

HBMD048	Pose d'une facette céramique, en équivalents minéraux ou composite sur une dent d'un secteur incisivo-canin ou prémolaire	0 1		0,00	117 5
HBLD034	Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire [bridge transitoire]	0 1		0,00	112 5
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique et 1 élément intermédiaire métallique	0 1		279,50	386 5
	Coder éventuellement 1 : (HBMD072, HBMD081, HBMD082, HBMD087, HBMD342, HBMD433, HBMD479, HBMD490, HBMD689, HBMD776, YYYY183)				
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique et 1 élément intermédiaire céramométallique	0 1		279,50	386 5
	Coder éventuellement 1 : (HBMD072, HBMD081, HBMD082, HBMD087, HBMD342, HBMD433, HBMD479, HBMD490, HBMD689, HBMD776, YYYY183)				
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	0 1		279,50	317 5
	Coder éventuellement 1 : (HBMD072, HBMD081, HBMD082, HBMD087, HBMD342, HBMD433, HBMD479, HBMD490, HBMD689, HBMD776, YYYY183)				
HBLD023	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux	0 1		279,50	390 5
	Coder éventuellement 1 : (HBMD072, HBMD081, HBMD082, HBMD087, HBMD342, HBMD433, HBMD479, HBMD490)				
HBLD785	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive	0 1			390 5
	Coder éventuellement 1 : (HBMD072, HBMD081, HBMD082, HBMD087, HBMD342, HBMD433, HBMD479, HBMD490, HBMD689, HBMD776, YYYY183)				
HBLD049	Pose d'une prothèse plurale dentoportée ou implantoportée comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux	0 1		0,00	350 1
	Coder éventuellement 1 : (HBMD062, HBMD063, HBMD064, HBMD065, HBMD066, HBMD067, HBMD068, HBMD069, HBMD070, HBMD071, HBMD072, HBMD073, HBMD074, HBMD075, HBMD077, HBMD078, HBMD080, HBMD081, HBMD082, HBMD083, HBMD084, HBMD085, HBMD086, HBMD087)				
HBLD227	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une dent autre qu'une incisive	0 1			390 5
	Coder éventuellement 1 : (HBMD072, HBMD081, HBMD082, HBMD087, HBMD342, HBMD433, HBMD479, HBMD490, HBMD689, HBMD776, YYYY183)				
HBLD425	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramocéramiques ou céramiques monolithiques (zircone ou hors zircone) et 1 élément intermédiaire céramocéramique ou céramique monolithique (zircone ou hors zircone)	0 1			390 5
	Coder éventuellement 1 : (HBMD072, HBMD081, HBMD082, HBMD087, HBMD342, HBMD433, HBMD479, HBMD490, HBMD689, HBMD776, YYYY183)				

HBLD178	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage en alliage précieux et 1 élément intermédiaire en alliage précieux avec ou sans recouvrement céramocéramique	0	1				390	5
	<i>Avec ou sans recouvrement céramocéramique</i>							
	Coder éventuellement 1 : (HBMD072, HBMD081, HBMD082, HBMD087, HBMD342, HBMD433, HBMD479, HBMD490, HBMD689, HBMD776, YYYY183)							
HBLD088	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 2 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente	0	1				390	5
	<i>Avec ou sans : appui sur la dent adjacente à l'extension</i>							
	<i>Indication : lorsque le pilier d'ancrage ne peut pas être reconstitué de façon durable par une obturation</i>							
	<i>Facturation : la prise en charge du pilier d'ancrage est limitée aux incisives centrales maxillaires et aux canines ou à la 1re prémolaire en l'absence de canines</i>							
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)							
HBLD750	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire	0	1				390	5
	<i>Avec ou sans : appui sur la dent adjacente à l'extension</i>							
	Coder éventuellement 1 : (HBMD081, HBMD087, YYYY183)							
HBLD411	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage métallique et 1 élément en extension métallique [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire	0	1				390	5
	<i>Avec ou sans : appui sur la dent adjacente à l'extension</i>							
	Coder éventuellement 1 : (HBMD081, HBMD087, YYYY183)							
HBLD321	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique et 1 élément en extension céramométallique [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire	0	1				390	5
	<i>Avec ou sans : appui sur la dent adjacente à l'extension</i>							
	Coder éventuellement 1 : (HBMD081, HBMD087, YYYY183)							
HBLD465	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément en extension céramométallique [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire	0	1				390	5
	<i>Avec ou sans : appui sur la dent adjacente à l'extension</i>							
	Coder éventuellement 1 : (HBMD081, HBMD087, YYYY183)							
HBLD466	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux, pour le remplacement d'une incisive permanente	0	1				390	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)							
HBLD414	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux, pour le remplacement d'une prémolaire ou d'une molaire permanente	0	1				390	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)							
HBLD179	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire métallique, pour le remplacement d'une prémolaire ou d'une molaire permanente	0	1				390	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)							
HBLD453	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 2 éléments intermédiaires céramométalliques ou en équivalents minéraux, pour le remplacement de 2 incisives mandibulaires permanentes	0	1				390	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)							
HBLD093	Pose d'une prothèse plurale en extension collée [bridge cantilever collé] comportant 1 ancrage coronaire partiel et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux, pour le remplacement d'une incisive permanente	0	1				390	5
	<i>L'élément d'ancrage coronaire partiel ne peut pas être une incisive latérale maxillaire</i>							
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)							
HBLD030	Pose d'une prothèse dentaire complète transvissée implantoportée	0	1			182,75	657	5
	<i>La prothèse complète doit remplacer toutes les dents remplaçables sur l'arcade édentée</i>							
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)							
07.02.03.05	Adjonction ou changement d'élément de prothèse dentaire							
	<i>À l'exclusion de : adjonction ou changement d'élément soudé (cf 07.02.03.06)</i>							
	<i>Par élément, on entend : dent ou crochet</i>							
HBMD017	Adjonction ou changement d'1 élément d'une prothèse dentaire amovible	0	1			21,50	87	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)							
HBMD114	Adjonction ou changement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	0	1			32,25	130	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)							
HBMD322	Adjonction ou changement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	0	1			43,00	173	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)							
HBMD404	Adjonction ou changement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	0	1			53,75	216	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)							

HBMD245	Adjonction ou changement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		64,50	259 5
HBMD198	Adjonction ou changement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		75,25	302 5
HBMD373	Adjonction ou changement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		86,00	345 5
HBMD228	Adjonction ou changement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		96,75	388 5
HBMD286	Adjonction ou changement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		107,50	431 5
HBMD329	Adjonction ou changement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		118,25	474 5
HBMD226	Adjonction ou changement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		129,00	517 5
HBMD387	Adjonction ou changement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		139,75	560 5
HBMD134	Adjonction ou changement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		150,50	603 5
HBMD174	Adjonction ou changement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		161,25	646 5
HBKD396	Changement d'1 facette d'une prothèse dentaire amovible Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		17,20	87 5
HBKD431	Changement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		34,40	130 5
HBKD300	Changement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		51,60	173 5
HBKD212	Changement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		68,80	216 5
HBKD462	Changement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		86,00	259 5
HBKD213	Changement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		103,20	302 5
HBKD140	Changement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		120,40	345 5
HBKD244	Changement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		137,60	388 5
HBKD005	Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra implantaire <i>Facturation :</i> - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		32,25	91 5
HBMD012	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine, fêlée ou fracturée, avec adjonction ou remplacement d'élément	0 1		0,00	91 1
HBMD015	Adjonction ou remplacement d'élément d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique 07.02.03.06 Adjonction ou changement d'élément soudé de prothèse dentaire <i>Par élément soudé, on entend : dent contreplaquée, massive ou crochet soudé</i>	0 1		0,00	99 1
HBMD249	Adjonction ou changement d'1 élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		43,00	87 5
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		86,00	130 5
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		129,00	173 5
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		172,00	216 5
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		215,00	259 5
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		258,00	302 5
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1		301,00	345 5

HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	0	1					116,10	290	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)									
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	0	1					122,55	306	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)									
HBMD076	Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique par technique directe	0	1					0,00	89	5
HBMD079	Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique par technique indirecte	0	1					0,00	134	5
HBMD007	Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle	0	1					0,00	123	5
HBMD004	Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète	0	1					0,00	146	5
HBMD016	Rescellement et/ou recollage d'une ou deux couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée	0	1					0,00	67	5
HBMD009	Rescellement et/ou recollage de 3 couronnes ou plus ou de 3 ancrages ou plus d'une prothèse dentaire fixée	0	1					0,00	93	5
HBMD019	Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire	0	1					18,81	95	1
	Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires									
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)									
	07.02.03.08 Ablation de matériel dentaire scellé ou implanté									
		Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
HBGD005	Ablation d'un ancrage coronaradiculaire	0	1					0,00	99	5
HBGD011	Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radiculaire scellé	0	1					38,70	101	5
	Facturation : prise en charge pour les patients traités par radiothérapie de lésion de la tête et/ou du cou									
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)									
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire	0	1					38,70	72	5
	Facturation : prise en charge pour les patients traités par radiothérapie de la tête ou du cou									
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)									
HBGD009	Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée	0	1					0,00	80	5
	07.02.04 Appareillages orthopédiques dentofaciaux									
	Indication : dysmorphoses, avant intervention chirurgicale sur le maxillaire ou la mandibule									
	Facturation : pour les dysmorphoses : traitement commencé avant 16 ans et commencé au plus tard 6 mois après l'accord ; la facturation s'effectue par période de 6 mois, 6 semestres maximum peuvent être facturés ; traitement en denture lactéale ou mixte, 3 semestres maximum peuvent être facturés ; un 4ème semestre peut être facturé après examen conjoint du médecin conseil et du médecin traitant ; en cas d'interruption provisoire de traitement, deux séances de surveillance maximum par semestre peuvent être facturées.									
	07.02.04.01 Correction de malocclusion et de malposition par traitement orthodontique									
	Par dispositif associé, on entend : appareillage tel que									
	- système d'ancrage interne ou externe,									
	- force élastique intermaxillaire,									
	- arcs palatins et linguaux,									
	- système auxiliaire de redressement d'axe et/ou de recul,									
	- écrans intrabuccaux,									
	- dispositif fixe multiattache sectoriel,									
	- dispositif orthopédique et/ou fonctionnel.									
	Un dispositif multiattache total peut être posé en un ou plusieurs temps.									
	Facturation : avant chirurgie maxillaire ou mandibulaire : après l'âge de 16 ans , un seul semestre peut être facturé									
HBED017	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par un dispositif amovible sur 1 arcade	0	1					0,00	120	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)									
HBED019	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par un dispositif amovible sur 2 arcades	0	1					0,00	160	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)									
HBED010	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe bibague sur 1 arcade	0	1					0,00	270	1
	Avec ou sans : adjonction de dispositif associé									
	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par Quad Hélix sur une arcade									
	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par force extraorale et arc de base sur une arcade									
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)									
HBED008	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe bibague sur 2 arcades	0	1					0,00	304	1
	Avec ou sans : adjonction de dispositif associé									
	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par Quad Hélix sur une arcade et bihélix sur l'autre									
	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par force extraorale sur une arcade et bihélix sur l'autre									
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)									
HBED020	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache sectoriel	0	1					0,00	402	1
	Avec ou sans : adjonction de dispositif associé									
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)									
HBED012	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache total sur 1 arcade, sans adjonction de dispositif associé	0	1					0,00	438	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)									
HBED026	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache total sur 1 arcade sans adjonction de dispositif associé, avec contention de l'autre arcade par dispositif amovible après traitement orthodontique	0	1					0,00	410	1

HBED028	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache total sur 1 arcade sans adjonction de dispositif associé, avec contention de l'autre arcade par dispositif fixe après traitement orthodontique	0	1				0,00	401	1
HBED013	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache total sur 1 arcade, avec adjonction de dispositif associé Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0	1				0,00	498	1
HBED027	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache total sur 1 arcade avec adjonction de dispositif associé, avec contention de l'autre arcade par dispositif amovible après traitement orthodontique	0	1				0,00	457	1
HBED025	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache total sur 1 arcade avec adjonction de dispositif associé, avec contention de l'autre arcade par dispositif fixe après traitement orthodontique	0	1				0,00	474	1
HBED014	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache total sur 2 arcades, sans adjonction de dispositif associé Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0	1				0,00	530	1
HBED002	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache total sur 2 arcades, avec adjonction d'un dispositif associé Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0	1				0,00	586	1
HBED018	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache total sur 2 arcades, avec adjonction de 2 dispositifs associés Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0	1				0,00	634	1
HBED007	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache total sur 2 arcades, avec adjonction de 3 dispositifs associés Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0	1				0,00	680	1
07.02.04.02	Contention des arcades dentaires après traitement orthodontique	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex
HBDD002	Contention d'une arcade dentaire par dispositif amovible, après traitement orthodontique Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0	1				0,00	232	1
HBDD009	Contention des arcades dentaires par dispositif amovible, après traitement orthodontique À l'exclusion de : contention des arcades dentaires par dispositif amovible bimaxillaire monobloc [tooth positioner], après traitement orthodontique (HBDD011) Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0	1				0,00	302	1
HBDD011	Contention des arcades dentaires par dispositif amovible bimaxillaire monobloc [tooth positioner], après traitement orthodontique Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0	1				0,00	394	1
HBDD017	Contention des arcades dentaires par dispositif amovible bimaxillaire monobloc [tooth positioner] et dispositif fixe sur 1 arcade, après traitement orthodontique	0	1				0,00	494	1
HBDD018	Contention des arcades dentaires par dispositif amovible bimaxillaire monobloc [tooth positioner] et dispositif fixe sur 2 arcades, après traitement orthodontique	0	1				0,00	544	1
HBDD001	Contention d'une arcade dentaire par dispositif fixe, après traitement orthodontique Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0	1				0,00	258	1
HBDD010	Contention des arcades dentaires par dispositif fixe, après traitement orthodontique Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0	1				0,00	340	1
HBDD013	Contention des arcades dentaires par dispositif fixe sur l'une et dispositif amovible sur l'autre, après traitement orthodontique Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0	1				0,00	304	1
07.02.05	Actes thérapeutiques sur le parodonte Par secteur dentaire, on entend portion de l'arcade dentaire correspondant à l'implantation habituelle des dents considérées, que cette portion soit dentée ou non.								
07.02.05.01	Curetage périapical dentaire	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex
HBGB001	Curetage d'alvéole dentaire À l'exclusion de : curetage alvéolaire au cours d'une avulsion dentaire Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1				0,00	51	1
HBGB005	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée Avec ou sans : procédé de régénération tissulaire Coder éventuellement 1 : (YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1			F,U	50,16	86	1
HBGB003	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine Avec ou sans : procédé de régénération tissulaire Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK303, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y		F,U	83,90	140	1
HBGB002	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire Avec ou sans : procédé de régénération tissulaire Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK303, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y		F,U	98,36	184	1
HBGB004	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire Avec ou sans : procédé de régénération tissulaire Coder éventuellement 1 : (HBQK040, HBQK303, YYYY183, YYYY614, ZZLP025)	0	1	Y		F,U	132,10	217	1
07.02.05.02	Actes thérapeutiques sur le parodonte par soustraction	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex
HBFA006	Gingivectomie sur un secteur de 1 à 3 dents À l'exclusion de : allongement coronaire par gingivectomie sur une dent Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)	0	1	Y			0,00	86	5
HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZHA001, ZZLP025)	0	1	Y		F,U	41,80	98	1

HBFA008	Gingivectomie sur un secteur de 7 dents ou plus Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)	0	1	Y				0,00	108	5
HBFA005	Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 1 à 3 dents Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1	Y				0,00	100	5
HBFA004	Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 4 à 6 dents Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1	Y				0,00	121	5
HBFA003	Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 7 dents ou plus Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1	Y				0,00	140	5
HBFA013	Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante localisée Coder éventuellement 1 : (ZZHA001)	0	1	Y				0,00	92	5
HBFA012	Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante sur une arcade maxillaire ou mandibulaire complète Coder éventuellement 1 : (ZZHA001)	0	1	Y				0,00	100	5
HBAA338	Allongement coronaire par gingivectomie sur une dent Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0	1	Y				0,00	86	5
HBFA009	Gingivectomie à biseau interne sur un secteur de 1 à 3 dents Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)	0	1	Y				0,00	86	1
HBFA010	Gingivectomie à biseau interne sur un secteur de 4 à 6 dents Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)	0	1	Y				0,00	98	1
HBFA011	Gingivectomie à biseau interne sur un secteur de 7 dents ou plus Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)	0	1	Y				0,00	108	1
07.02.05.03 Actes thérapeutiques sur le parodonte par addition										
HBMA004	Régénération parodontale <i>Avec ou sans : apport de biomatériau</i> <i>Pose de membrane de régénération tissulaire parodontale</i> <i>Comblement de perte de substance de l'arcade alvéolaire par autogreffe osseuse</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1	Y				0,00	172	5
HBED023	Grefe épithélioconjonctive ou conjonctive sur la gencive, sur un secteur de 1 à 3 dents <i>Facturation :</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement, chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0	1	Y				79,42	174	1
HBED024	Grefe épithélioconjonctive ou conjonctive sur la gencive, sur un sextant <i>Facturation :</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement, chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0	1	Y				94,05	214	1
HBMA006	Ostéoplastie d'une alvéole dentaire avec comblement par biomatériau Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1	Y				0,00	100	1
HBMA003	Ostéoplastie d'une alvéole dentaire avec comblement par autogreffe osseuse Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1	Y				0,00	144	1
HBBA003	Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 1 à 3 dents <i>Facturation :</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement, chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i> Coder éventuellement 1 : (PAFA010, YYYY183)	0	1	Y				85,69	150	1
HBBA002	Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 4 à 6 dents <i>Facturation :</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement, chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i> Coder éventuellement 1 : (PAFA010, YYYY183)	0	1	Y				269,61	250	1
HBBA004	Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 7 dents ou plus <i>Facturation :</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement, chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i> Coder éventuellement 1 : (PAFA010, YYYY183)	0	1	Y				298,87	374	1
07.02.05.04 Autres actes thérapeutiques sur le parodonte										
HBJB001	Évacuation d'abcès parodontal <i>A l'exclusion de : voie d'abord endo-canaulaire</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1	Y		F		40,00	63	1
HBGB006	Surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1					0,00	80	5

HBJA003 Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 1 sextant	0	1			0,00	140	1
<i>Indication : selon l'avis HAS n° 2018.0062/AC/SEAP du 19 décembre 2018 - traitement de première intention, non chirurgical, des formes chroniques et agressives des parodontites</i> <i>Facturation : quelque soit la technique</i> <i>L'acte de détartrage (HBJD001) réalisé sur la même arcade que les sextants traités par DSR, et non facturable à la date de réalisation du DSR et dans les 6 mois qui suivent.</i> <i>prise en charge limitée à un traitement initial et à un traitement complémentaire en cas de persistance des lésions - par période de 3 ans</i> <i>prise en charge limitée :</i> <i>-aux patients diabétiques de type 1 et de type 2 (code 8) en ALD pour cette affection</i> <i>-aux patients en insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves (code 5) en ALD pour cette affection</i> <i>-aux patients en déficit immunitaire primitif, infection par le VIH (code 7) en ALD pour cette affection</i> <i>-aux patients avec une maladie coronaire (code 13) en ALD pour cette affection</i> <i>-aux patients avec une polyarthrite rhumatoïde (code 22) en ALD pour cette affection</i> <i>-aux patients avec une spondylarthrite grave (code 27) en ALD pour cette affection</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183)							

HBJA171 Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 2 sextants	0	1					0	1
<i>Indication : selon l'avis HAS n° 2018.0062/AC/SEAP du 19 décembre 2018 - traitement de première intention, non chirurgical, des formes chroniques et agressives des parodontites</i> <i>Facturation : quelque soit la technique</i> <i>L'acte de détartrage (HBJD001) réalisé sur la même arcade que les sextants traités par DSR, et non facturable à la date de réalisation du DSR et dans les 6 mois qui suivent.</i> <i>prise en charge limitée à un traitement initial et à un traitement complémentaire en cas de persistance des lésions - par période de 3 ans</i> <i>prise en charge limitée :</i> <i>-aux patients diabétiques de type 1 et de type 2 (code 8) en ALD pour cette affection</i> <i>-aux patients en insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves (code 5) en ALD pour cette affection</i> <i>-aux patients en déficit immunitaire primitif, infection par le VIH (code 7) en ALD pour cette affection</i> <i>-aux patients avec une maladie coronaire (code 13) en ALD pour cette affection</i> <i>-aux patients avec une polyarthrite rhumatoïde (code 22) en ALD pour cette affection</i> <i>-aux patients avec une spondylarthrite grave (code 27) en ALD pour cette affection</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183)								

HBJA634 Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 3 sextants ou plus	0	1						0	1
<i>Indication : selon l'avis HAS n° 2018.0062/AC/SEAP du 19 décembre 2018 - traitement de première intention, non chirurgical, des formes chroniques et agressives des parodontites</i> <i>Facturation : quelque soit la technique</i> <i>L'acte de détartrage (HBJD001) réalisé sur la même arcade que les sextants traités par DSR, et non facturable à la date de réalisation du DSR et dans les 6 mois qui suivent.</i> <i>prise en charge limitée à un traitement initial et à un traitement complémentaire en cas de persistance des lésions - par période de 3 ans</i> <i>prise en charge limitée :</i> <i>-aux patients diabétiques de type 1 et de type 2 (code 8) en ALD pour cette affection</i> <i>-aux patients en insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves (code 5) en ALD pour cette affection</i> <i>-aux patients en déficit immunitaire primitif, infection par le VIH (code 7) en ALD pour cette affection</i> <i>-aux patients avec une maladie coronaire (code 13) en ALD pour cette affection</i> <i>-aux patients avec une polyarthrite rhumatoïde (code 22) en ALD pour cette affection</i> <i>-aux patients avec une spondylarthrite grave (code 27) en ALD pour cette affection</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183)									

HBJA247 Assainissement parodontal par lambeau sur 1 sextant	0	1							0	5
<i>Indication : selon avis HAS de décembre 2018</i>										

HBMA001 Plastie mucogingivale par lambeau déplacé latéralement, coronairement ou apicalement	0	1	Y			75,24	142	1		
<i>Facturation :</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement, chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183)										

HBMD018 Séance de préparation [mise en condition] tissulaire des surfaces d'appui muqueux d'une prothèse dentaire, sur une arcade	0	1				0,00	72	5		
--	---	---	--	--	--	------	----	---	--	--

07.02.06 Actes thérapeutiques sur la cavité orale [cavité buccale]

Comprend : actes thérapeutiques sur :
- la langue
- le versant muqueux des lèvres
- les parois de la bouche

07.02.06.01 Traitement de plaie intrabuccale

HAJA010	Parage et/ou suture d'une plaie muqueuse intrabuccale À l'exclusion de : parage et/ou suture de plaie - de la langue (HAJA009) - du voile du palais (HAJA008) Coder éventuellement 1 : (YYYY614, ZZLP025)	0 1		F,I,M,P,S,U,X	32,61	60	1
HAJA007	Parage et/ou suture de plaies muqueuses intrabuccales multiples À l'exclusion de : parage et/ou suture de plaie - de la langue (HAJA009) - du voile du palais (HAJA008) Coder éventuellement 1 : (YYYY614, ZZLP054)	0 1		F,I,M,P,S,U,X	44,67	79	1
HAJA009	Parage et/ou suture de plaie de la langue Coder éventuellement 1 : (YYYY614, ZZLP025)	0 1 Y		F,M,P,S,U,X	41,58	52	1
HAJA008	Parage et/ou suture de plaie du voile du palais Coder éventuellement 1 : (YYYY614) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,I,P,S,U,X A,F,P,S,U	51,59 57,55	65 41	1 1
07.02.06.02 Évacuation de collection intrabuccale Avec ou sans : drainage							
LCJA004	Évacuation de collection de la région des muscles masticateurs, par abord intrabuccal Facturation : ne peut pas être facturé avec avulsion dentaire Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y		F,J,K,O,P,S,T,U	83,60	40	1
LCJA002	Évacuation de collection de la région des muscles masticateurs, par abord intrabuccal et par abord facial Facturation : ne peut pas être facturé avec avulsion dentaire Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	83,60 85,05	47 50	1 1
LCJA003	Évacuation de collection périmaxillaire ou périmandibulaire, par abord intrabuccal À l'exclusion de : évacuation d'abcès parodontal (HBJB001) Coder éventuellement 1 : (YYYY614, ZZLP025)	0 1 Y		F,P,S,U	20,90	33	1
HAJA002	Évacuation de collection pelvilinguale, par abord intrabuccal Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	41,80 55,35	45 28	1 1
HAJD004	Évacuation de collection de la base de la langue Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	83,60 58,28	54 33	1 1
HAPA004	Marsupialisation d'un kyste du plancher de la bouche Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y		I,J,K,O,T	63,10	54	1
07.02.06.03 Plastie de la cavité orale							
HAPD001	Section de bride muqueuse ou de frein intrabuccal Section de frein de la langue Section et désinsertion interincisive de frein labial supérieur Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1			20,90	51	1
HAPA001	Section de bride muqueuse ou de frein intrabuccal avec plastie par lambeau local Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y		9,I	35,45	59	1
HAPA003	Libération musculaire et muqueuse d'une ankyloglossie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 0 4		J,K,T A	62,70 61,58	70 39	1 1
HAMA001	Glossoplastie de réduction Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		J,K,T A	125,40 104,10	114 75	1 1
HADA001	Labioglossopexie Indication : syndrome de Pierre Robin et assimilés Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		9,J,K,O,T A	154,00 121,33	147 100	1 1
HAMA026	Pelviglossoplastie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		I,J,K,T A	175,56 133,79	185 118	1 1
HADA002	Hyomandibulopexie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		I,J,K,T A	173,25 120,60	174 99	1 1
HAAA002	Approfondissement du vestibule oral [sillon gingivojugal] par section mucopériostée Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y		J,K,T	83,60	89	1
HAAA001	Approfondissement du vestibule oral [sillon gingivojugal] par section mucopériostée avec greffe cutanée ou muqueuse Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y		I,J,K,O,T	119,82	124	1
HAAA003	Approfondissement du plancher de la bouche par section musculaire Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y		J,K,T	125,40	123	1
HDAA002	Véloplastie d'allongement avec lambeau palatin Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		9,J,K,O,T 7,A	251,02 118,33	171 89	1 1
HDMA010	Véloplastie secondaire intravélaire Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		9,J,K,O,T 7,A	251,02 118,33	171 89	1 1
07.02.06.04 Destruction et exérèse de lésion de la bouche et de l'oropharynx							
HAND002	Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de moins de 2 cm de grand axe, par voie buccale sans laser Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y		I,X	31,20	33	1
HAND004	Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de moins de 2 cm de grand axe, par voie buccale avec laser Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		I,X	31,33	42	1

HAND001	Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de 2 cm à 4 cm de grand axe, par voie buccale sans laser	0 1 Y	X	44,67	59 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
HAND006	Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de 2 cm à 4 cm de grand axe, par voie buccale avec laser	0 1	X	44,86	70 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
HAND003	Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de plus de 4 cm de grand axe, par voie buccale sans laser	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 7,A	104,50 61,95	82 1 38 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAND005	Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de plus de 4 cm de grand axe, par voie buccale avec laser	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 7,A	104,50 61,95	88 1 38 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAF015	Exérèse de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de moins de 2 cm de grand axe, par abord intrabuccal	0 1 Y	9	41,12	47 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY614, ZZHA001, ZZLP025)					
HAF032	Exérèse de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de 2 cm à 4 cm de grand axe, par abord intrabuccal	0 1	J,K,T	104,50	57 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY614, ZZHA001, ZZLP025)					
HAF019	Exérèse de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de plus de 4 cm de grand axe, par abord intrabuccal	0 1 0 4	J,K,T A	167,20 106,67	121 1 53 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAF021	Exérèse non transfixiante de lésion infiltrante de la joue, par abord intrabuccal <i>À l'exclusion de : exérèse limitée à la muqueuse jugale</i>	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T A	125,40 95,30	89 1 44 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAF022	Exérèse transfixiante de lésion de la joue, par abord facial	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T A	125,40 127,57	173 1 77 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAF034	Exérèse de kyste du plancher de la bouche, par abord intrabuccal	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T,X 7,A	114,15 66,72	98 1 46 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAF009	Exérèse de kyste du plancher de la bouche, par abord intrabuccal et par abord facial	0 1 Y 0 4 Y	J,K,O,T 7,A	174,41 81,01	164 1 71 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

07.02.06.05 Uvulectomie

Coder éventuellement : curage lymphonodal cervical (cf 05.02.02.02)

HDFA020	Uvulectomie	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 7,A	167,20 69,64	40 1 26 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HDFA022	Uvulovélectomie	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 7,A	167,20 77,34	84 1 68 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HDFA021	Uvulovélectomie avec palatlectomie partielle	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 7,A	250,80 116,56	180 1 123 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

07.02.06.06 Glossectomie et pelvectomy orale

Coder éventuellement :

- réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 16.03.08, 16.03.10)

- curage lymphonodal cervical (cf 05.02.02.02)

HAF023	Glossectomie partielle de langue mobile, par abord intrabuccal	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T A	116,27 101,17	92 1 71 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAF001	Glossectomie partielle de base, par cervicotomie	0 1 Y 0 4 Y	J,K,O,T,X A	326,48 153,23	383 1 151 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAF005	Exérèse partielle de la base de la langue et/ou du sillon amygdalogue, par abord intrabuccal Descriptif : HAF005-30 Exérèse partielle de la base de la langue et/ou du sillon amygdalogue, par voie intrabuccale, sans assistance par robot Descriptif : HAF005-40 Exérèse partielle de la base de la langue et/ou du sillon amygdalogue, par voie intrabuccale, avec assistance par robot	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,O,T A	193,27 122,79	162 1 84 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAF013	Glossectomie totale de langue mobile, par abord intrabuccal	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,P,S,T,U A,F,P,S,U	212,52 137,83	225 1 108 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAF003	Glossectomie totale de langue mobile, par abord cervicofacial	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,P,S,T,U,X A,F,P,S,U	341,11 144,79	343 1 136 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAF012	Glossectomie totale de base	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X A,F,P,S,U	472,78 204,54	443 1 205 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAF029	Glossectomie totale de base de langue et de langue mobile	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X A,F,P,S,U	529,76 223,60	540 1 241 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAF016	Glossectomie totale avec pharyngolaryngectomie totale	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U A,F,P,S,U	736,89 389,01	707 1 295 1
Coder éventuellement 14 : (HEMA010, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAF007	Pelvectomy orale partielle, par abord intrabuccal	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U A,F,P,S,U	193,27 122,79	100 1 74 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAF006	Pelviglossectomie de langue mobile, par abord intrabuccal	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	234,85 147,36	180 1 74 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAF027	Pelviglossectomie de langue mobile, par abord cervicofacial	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,P,S,T,U A,F,P,S,U	391,16 190,98	407 1 162 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

HAF A033	Pelvimandibulectomie non interruptrice, par abord intrabuccal	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	310,31	322	1
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	200,32	131	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAF A024	Pelvimandibulectomie non interruptrice, par abord cervicofacial	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	475,09	377	1
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	193,36	151	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAF A004	Pelvimandibulectomie interruptrice, par abord cervicofacial	0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	558,25	392	1
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>	0 4 Y	A,F,P,S,U	210,70	157	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAF A002	Pelvi-glosso-mandibulectomie non interruptrice, par abord intrabuccal	0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	338,80	337	1
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>	0 4 Y	A,F,P,S,U	203,63	136	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAF A026	Pelvi-glosso-mandibulectomie non interruptrice, par abord cervicofacial	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	475,09	386	1
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	204,72	204	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAF A017	Pelvi-glosso-mandibulectomie interruptrice, par abord cervicofacial	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U,X	586,74	455	1
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>	0 4 Y	A,F,P,S,U	230,86	226	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

07.02.06.07 Fermeture de fistule buccale

À l'exclusion de : fermeture de fistule bucconasale séquellaire d'une fente orofaciale (HASA002, HASA003)

HASA018	Fermeture d'une communication buccosinusienne par lambeau de glissement vestibulojugal, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	146,30	77	1
		0 4 Y	7,A	67,81	38	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY614) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASA025	Fermeture d'une communication buccosinusienne par lambeau de transposition du corps adipeux de la joue, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	146,30	119	1
		0 4 Y	7,A	73,68	62	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY614) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASA013	Fermeture d'une communication buccosinusienne et/ou bucconasale par lambeau palatin, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	146,30	107	1
		0 4 Y	7,A	70,38	57	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY614) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASA009	Fermeture d'une communication buccosinusienne et/ou bucconasale par lambeau de muscle temporal, par abord intrabuccal et par abord facial	0 1 Y	J,K,T	219,45	221	1
		0 4 Y	7,A	102,27	96	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASA012	Fermeture d'orostome ou de pharyngostome	0 1 Y	J,K,T	104,50	74	1
		0 4 Y	7,A	63,41	46	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

07.02.06.08 Réparation primaire d'une fente orofaciale

La réparation primaire unilatérale d'une fente labiale ou labio-maxillo-palatine bilatérale se code comme la réparation primaire d'une fente unilatérale.

HASA021	Fermeture d'une fente labiale supérieure médiane	0 1 Y	I,J,K,T,X	359,46	255	1
		0 4 Y	A	106,68	138	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASA005	Fermeture d'une fente labiale inférieure médiane	0 1 Y	J,K,T	234,84	255	1
		0 4 Y	A	106,68	138	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASA015	Fermeture primaire unilatérale d'une fente labiale sans fente osseuse alvéolomaxillaire, sans réparation complète de la déformation nasale [Chéioplastie primaire unilatérale pour fente labiale]	0 1 Y	I,J,K,T	275,09	251	1
		0 4 Y	A	105,95	136	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASA023	Fermeture primaire unilatérale d'une fente labiale sans fente osseuse alvéolomaxillaire, avec réparation complète de la déformation nasale [Chéilorhinoplastie primaire unilatérale pour fente labiale]	0 1 Y	I,J,K,O,T	347,41	283	1
		0 4 Y	A	164,97	154	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASA008	Fermeture primaire bilatérale d'une fente labiale sans fente osseuse alvéolomaxillaire, sans réparation complète de la déformation nasale [Chéioplastie primaire bilatérale pour fente labiale]	0 1 Y	I,J,K,T	433,91	346	1
		0 4 Y	A	139,67	188	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASA014	Fermeture primaire bilatérale d'une fente labiale sans fente osseuse alvéolomaxillaire, avec réparation complète de la déformation nasale [Chéilorhinoplastie primaire bilatérale pour fente labiale]	0 1 Y	9,J,K,T,X	496,30	442	1
		0 4 Y	A	212,99	241	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASA019	Fermeture labiale primaire unilatérale d'une fente labio-alvéolo-maxillaire, sans correction complète de la déformation nasale [Chéioplastie unilatérale pour fente labio-alvéolo-maxillaire]	0 1 Y	J,K,T	281,59	272	1
		0 4 Y	A	218,85	161	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASA001	Fermeture labiale primaire unilatérale d'une fente labio-alvéolo-maxillaire, avec correction complète de la déformation nasale [Chéilorhinoplastie unilatérale pour fente labio-alvéolo-maxillaire]	0 1 Y	9,I,J,K,T	418,31	330	1
		0 4 Y	A	252,94	192	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASA006	Fermeture labiale primaire bilatérale d'une fente labio-alvéolo-maxillaire, sans correction complète de la déformation nasale [Chéioplastie bilatérale pour fente labio-alvéolo-maxillaire]	0 1 Y	J,K,T,X	465,10	405	1
		0 4 Y	A	286,63	233	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

HASA020	Fermeture labiale primaire bilatérale d'une fente labio-alvéolo-maxillaire, avec correction complète de la déformation nasale [Chéilorhinoplastie bilatérale pour fente labio-alvéolo-maxillaire]	0 1 Y	I,J,K,T	553,02	489	1
		0 4 Y	A	312,69	280	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAMA006	Correction primaire unilatérale complète d'une fente labioalvéolaire ou labiomaxillaire	0 1 Y	J,K,T,X	304,16	396	1
	<i>Chéiloplastie et gingivopériostoplastie unilatérales [Chéilo-rhino-gingivo-périostoplastie unilatérale] pour fermeture d'une fente labioalvéolaire ou labiomaxillaire</i>	0 4 Y	A	146,64	215	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAMA017	Correction primaire bilatérale complète d'une fente labioalvéolaire ou labiomaxillaire	0 1 Y	J,K,T	309,71	536	1
	<i>Chéiloplastie et gingivopériostoplastie bilatérales [Chéilo-rhino-gingivo-périostoplastie bilatérale] pour fermeture d'une fente labioalvéolaire ou labiomaxillaire</i>	0 4 Y	A	196,09	292	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HACA001	Adhésion labiale pour fente labio-maxillo-palatine unilatérale	0 1 Y	9,J,K,T	159,53	169	1
		0 4 Y	A	133,44	81	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HACA002	Adhésion labiale pour fente labio-maxillo-palatine bilatérale	0 1 Y	9,J,K,O,T	253,11	262	1
		0 4 Y	A	177,06	132	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASD006	Fermeture primaire d'une fente du palais osseux [Uranoplastie pour fente orofaciale]	0 1 Y	9,J,K,O,T	249,57	185	1
		0 4 Y	A	147,74	90	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HDS002	Fermeture primaire d'une fente vélaire [Staphylorrhaphie pour fente orofaciale]	0 1 Y	9,J,K,O,T	257,37	197	1
		0 4 Y	A	172,66	96	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASD007	Fermeture primaire d'une fente palatovélaire [Uranostaphylorrhaphie pour fente orofaciale]	0 1 Y	9,I,J,K,T	334,65	279	1
		0 4 Y	A	183,30	141	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASA017	Fermeture unilatérale de la lèvre et du palais osseux d'une fente labio-maxillo-palatine, en un temps [Chéilo-rhino-uranoplastie unilatérale pour fente orofaciale]	0 1 Y	I,J,K,O,T	505,52	396	1
		0 4 Y	A	253,98	205	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASA004	Fermeture bilatérale de la lèvre et du palais osseux d'une fente labio-maxillo-palatine, en un temps [Chéilo-rhino-uranoplastie bilatérale pour fente orofaciale]	0 1 Y	J,K,T	529,34	545	1
		0 4 Y	A	315,56	287	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASA022	Fermeture unilatérale de la lèvre et du voile du palais d'une fente labio-maxillo-palatine, en un temps [Chéilorhinoplastie unilatérale avec staphylorrhaphie pour fente orofaciale]	0 1 Y	I,J,K,O,T	508,35	396	1
		0 4 Y	A	253,98	205	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASA016	Fermeture bilatérale de la lèvre et du voile du palais d'une fente labio-maxillo-palatine, en un temps [Chéilorhinoplastie bilatérale avec staphylorrhaphie pour fente orofaciale]	0 1 Y	9,I,J,K,T	643,06	554	1
		0 4 Y	A	318,85	292	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASA007	Fermeture unilatérale complète d'une fente labio-maxillo-palatine, en un temps [Chéilo-rhino-urano-staphylorrhaphie unilatérale pour fente orofaciale]	0 1 Y	I,J,K,O,T	535,30	414	1
		0 4 Y	A	261,31	215	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASA010	Fermeture bilatérale complète d'une fente labio-maxillo-palatine, en un temps [Chéilo-rhino-urano-staphylorrhaphie bilatérale pour fente orofaciale]	0 1 Y	J,K,T,X	670,01	578	1
		0 4 Y	A	328,02	305	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
	07.02.06.09 Réparation secondaire d'une fente orofaciale					
	<i>Facturation : cet acte ne peut être facturé qu'après un délai minimum de 6 mois après l'intervention principale</i>					
HAMA012	Plastie cutanéomuqueuse de symétrisation labiale pour séquelle d'une fente labio-maxillo-palatine	0 1 Y	I,J,K,T,X	213,41	153	1
		0 4 Y	7,A	84,31	116	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GAMA025	Correction de séquelle narinaire d'une fente labio-maxillo-palatine unilatérale	0 1 Y	9,J,K,T	209,86	171	1
		0 4 Y	7,A	74,77	95	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
GAMA026	Correction de séquelle narinaire d'une fente labio-maxillo-palatine bilatérale	0 1 Y	I,J,K,O,T	248,15	209	1
		0 4 Y	7,A	82,10	116	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAMA024	Correction de séquelle labionarinaire d'une fente labio-maxillo-palatine unilatérale	0 1 Y	9,J,K,T	334,65	248	1
		0 4 Y	7,A	125,40	137	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAMA025	Correction de séquelle labionarinaire d'une fente labio-maxillo-palatine bilatérale	0 1 Y	9,J,K,O,T	410,51	316	1
		0 4 Y	7,A	146,30	174	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HAMA007	Reconstruction du philtrum par lambeau hétérolabial, pour séquelle d'une fente orofaciale	1 1 Y	I,J,K,O,T	300,62	244	1
	<i>Phase 1 : réalisation du lambeau hétérolabial</i>	1 4 Y	7,A	92,74	135	1
	<i>Phase 2 : section du pédicule du lambeau hétérolabial</i>	2 1 Y	I,J,K,O,T	104,50	111	1
		2 4 Y	7,A	71,11	50	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASD002	Fermeture secondaire unilatérale d'une fente alvéolaire par gingivopériostoplastie ou lambeau muqueux	0 1 Y	9,J,K,T	235,39	153	1
		0 4 Y	7,A	115,39	117	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASD004	Fermeture secondaire bilatérale d'une fente alvéolaire par gingivopériostoplastie ou lambeau muqueux	0 1 Y	J,K,O,T	317,63	199	1
		0 4 Y	7,A	143,21	142	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASD005	Fermeture secondaire unilatérale d'une fente alvéolaire par gingivopériostoplastie ou lambeau muqueux, avec autogreffe osseuse	0 1 Y	J,K,O,T	294,94	243	1
		0 4 Y	7,A	139,03	154	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASD001	Fermeture secondaire bilatérale d'une fente alvéolaire par gingivopériostoplastie ou lambeau muqueux, avec autogreffe osseuse	0 1 Y	9,J,K,T	397,04	373	1
		0 4 Y	7,A	166,30	219	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HASA002	Fermeture d'une fistule bucconasale séquellaire d'une fente orofaciale par plastie locale	0 1 Y	9,I,J,K,T	238,70	185	1
		0 4 Y	7,A	112,53	134	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

HASA003	Fermeture d'une fistule bucconasale séquellaire d'une fente orofaciale par plastie locorégionale ou lambeau de langue	0 1 Y	J,K,O,T,X	275,66	223	1
		0 4 Y	7,A	118,76	156	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HDMA006	Pharyngoplastie ou sphinctéroplastie pour correction de séquelle phonétique d'une fente palatine	0 1 Y	J,K,T	313,50	141	1
		0 4 Y	7,A	145,40	90	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
LBPA028	Ostéotomie maxillaire de type Le Fort I pour séquelle d'une fente orofaciale, par abord intrabuccal	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	475,74	386	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	186,38	199	1
	Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LBPA024	Ostéotomie d'un segment du maxillaire pour correction d'une malposition fragmentaire séquellaire d'une fente orofaciale, par abord intrabuccal	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	374,48	259	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	186,38	118	1
	Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
	07.02.06.10 Autres actes thérapeutiques pour fente orofaciale					
	<i>La pose d'un appareillage personnalisé inclut sa conception, son adaptation et sa pose.</i>					
GALP002	Pose préopératoire d'un appareillage orthopédique de correction d'une déformation nasale, pour fente orofaciale	0 1		268,80	177	1
HALD004	Pose d'une plaque palatine non active [passive] pour fente orofaciale ou division palatine	0 1		48,00	164	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)					
HALD003	Pose d'une plaque palatine active [orthopédique] pour fente orofaciale	0 1		48,00	220	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)					
	07.02.06.11 Autres actes thérapeutiques sur la cavité orale					
HAJD003	Pansement intrabuccal sous anesthésie générale, dans les suites d'un acte sur la cavité orale	0 1	l	43,96	61	1
		0 4	A	60,48	37	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
LCGA002	Ablation de corps étranger projeté dans les tissus mous buccofaciaux, par abord intrabuccal	0 1 Y	F,O,P,S,U,X	79,41	75	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
HASD003	Hémostase secondaire à une électrocoagulation intrabuccale	0 1	F,I,P,S,U,X	48,92	72	1
	<i>À l'exclusion de : hémostase secondaire à une amygdalectomie ou une adénoïdectomie (FASD001)</i>					
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
HBSD001	Hémostase gingivoalvéolaire secondaire à une avulsion dentaire	0 1	9,F,P,S,U	24,11	53	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
LBLD012	Pose de dispositif intrabuccal d'expansion tissulaire pour rehaussement de crête alvéolaire	0 1		0,00	225	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
HALD001	Pose de dispositif intrabuccal d'expansion labiojugale	0 1		153,60	225	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
HALD005	Pose d'une prothèse intrabuccale pour perte de substance du palais dur et du palais mou	0 1		192,00	469	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
HALD002	Pose d'un appareillage antiautomorsure	0 1		0,00	101	1
	07.02.07 Actes thérapeutiques sur les glandes salivaires					
	07.02.07.01 Cathétérisme et dilatation de conduit salivaire					
	<i>La dilatation de sténose de conduit salivaire par endoscopie inclut la papillotomie et/ou la marsupialisation de la papille</i>					
HCLD001	Cathétérisme de canal salivaire sans sialographie	0 1	I,O	43,89	18	1
HCAE201	Dilatation de sténose du conduit d'une glande salivaire par endoscopie [sialendoscopie]	0 1			84	1
	<i>Avec ou sans : utilisation de cathéter à ballonnet</i>					
	<i>Environnement : bloc opératoire et respect des recommandations relatives au plateau technique et au matériel d'endoscopie</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HCAE192	Dilatation unilatérale ou bilatérale de sténose du conduit de plusieurs glandes salivaires, par endoscopie [sialendoscopie]	0 1			178	1
		0 4	7,A		118	1
	<i>Avec ou sans : utilisation de cathéter à ballonnet</i>					
	<i>Environnement : bloc opératoire et respect des recommandations relatives au plateau technique et au matériel d'endoscopie</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
	07.02.07.02 Plastie de conduit salivaire					
HCCA002	Suture de plaie de conduit salivaire	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	132,44	90	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	60,48	45	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HCEA001	Transposition unilatérale ou bilatérale des conduits submandibulaires [de Wharton]	0 1 Y	9,J,K,T	166,32	120	1
		0 4 Y	7,A	76,17	61	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HCCA001	Dérivation du conduit parotidien [de Sténon] pour suppléance lacrymale	0 1 Y	J,K,O,T	220,97	140	1
		0 4 Y	7,A	110,26	78	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HCCD001	Dérivation oropharyngée bilatérale du conduit parotidien [de Sténon], par voie buccale	0 1 Y	9,J,K,T	319,76	288	1
		0 4 Y	7,A	133,41	99	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
	07.02.07.03 Évacuation de collection salivaire					
HCJA001	Évacuation de collection salivaire, par abord direct	0 1	F,I,P,S,U,X	63,91	50	1
		0 4	7,A,F,P,S,U	48,02	25	1
	<i>Avec ou sans : drainage</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HCPA001	Marsupialisation de kyste de glande salivaire	0 1 Y	I,X	63,91	50	1
		0 4 Y	7,A	48,02	25	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HCSA001	Fermeture de fistule salivaire parenchymateuse ou juxtaglandulaire	0 1 Y	J,K,T	104,50	86	1
		0 4 Y	7,A	59,74	44	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
	07.02.07.04 Extraction et destruction de calcul salivaire					
	<i>L'ablation de calcul salivaire par endoscopie inclut la dilatation de sténose canalaire, la papillotomie et/ou la marsupialisation de la papille</i>					

HCGE188	Ablation de calcul canalaire d'une glande salivaire par endoscopie [sialendoscopie] <i>Environnement : bloc opératoire et respect des recommandations relatives au plateau technique et matériel d'endoscopie</i> Coder éventuellement 14 : (HCNE083) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y				132 1 108 1		
HCGE271	Ablation unilatérale ou bilatérale de calcul canalaire de plusieurs glandes salivaires par endoscopie [sialendoscopie] <i>Environnement : bloc opératoire et respect des recommandations relatives au plateau technique et matériel d'endoscopie</i> Coder éventuellement 14 : (HCNE083) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		A		190 1 118 1		
HCGA003	Ablation de calcul du bassinnet de la glande submandibulaire, par abord intrabuccal sans guidage endoscopique Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 0 4		F,J,K,P,S,T,U,X 7,A,F,P,S,U	107,06 68,18	75 1 55 1		
HCGA223	Ablation de calcul du bassinnet de la glande submandibulaire, par abord intrabuccal avec guidage endoscopique <i>Environnement : bloc opératoire et respect des recommandations relatives au plateau technique et au matériel d'endoscopie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		J,K,T A		216 1 102 1		
HCGA001	Ablation de calcul canalaire d'une glande salivaire, par abord intrabuccal sans guidage endoscopique Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,I,P,S,U,X 7,A,F,P,S,U	70,07 68,18	50 1 55 1		
HCGA002	Ablation de calcul canalaire d'une glande salivaire, par abord cervicofacial sans guidage endoscopique Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		9,F,I,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	167,86 82,47	130 1 78 1		
HCGA130	Ablation de calcul canalaire de la glande parotide par abord cervicofacial ou intrabuccal avec guidage endoscopique <i>Environnement : bloc opératoire et respect des recommandations relatives au plateau technique et au matériel d'endoscopie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		J,K,T A		192 1 110 1		
HCGA374	Ablation unilatérale de calcul canalaire de la glande submandibulaire par abord intrabuccal avec guidage endoscopique <i>Environnement : bloc opératoire et respect des recommandations relatives au plateau technique et au matériel d'endoscopie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		J,K,T A		109 1 95 1		
HCGA109	Ablation bilatérale de calcul canalaire de la glande submandibulaire par abord intrabuccal avec guidage endoscopique <i>Environnement : bloc opératoire et respect des recommandations relatives au plateau technique et au matériel d'endoscopie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		J,K,T A		186 1 108 1		
HCNM900	Lithotritie de la glande parotide Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1			0,00	50 1		
HCNM901	Lithotritie de la glande submandibulaire Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1			0,00	50 1		
07.02.07.05 Exérèse de glande salivaire								
HCFA007	Exérèse de petite glande salivaire [glande salivaire accessoire] Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	Ph 0 1 Y 0 4 Y	A	Cl	modificateur 9,J,K,T 7,A	Tarif 117,04 86,14	ICR 94 1 54 1	Ex
HCFA003	Exérèse de glande sublinguale, par abord direct Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y			J,K,T 7,A	104,50 71,11	91 1 46 1	
HCFA011	Exérèse de glande submandibulaire [Submandibulectomie] [Sousmaxillectomie], par abord cervicofacial Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y			J,K,T,X 7,A	187,11 80,64	150 1 73 1	
HCFA001	Exérèse de glande submandibulaire [Submandibulectomie] [Sousmaxillectomie] élargie à sa loge, par abord cervicofacial Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y			I,J,K,T 7,A	230,23 92,01	187 1 85 1	
HCFA004	Parotidectomie partielle sans dissection du nerf facial Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y			9,J,K,T 7,A	254,10 113,18	167 1 110 1	
HCFA008	Parotidectomie partielle avec dissection et conservation du nerf facial Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y			9,J,K,T 7,A	483,56 207,28	375 1 190 1	
HCFA009	Parotidectomie totale avec dissection et conservation du nerf facial Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y			9,I,J,K,T 7,A	589,05 207,28	486 1 216 1	
HCFA002	Parotidectomie totale avec résection du nerf facial Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y			9,J,K,O,T 7,A	435,82 207,28	362 1 165 1	
HCFA010	Parotidectomie totale avec résection du nerf facial et réparation immédiate par suture ou greffe Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y			9,J,K,T 7,A	609,07 231,28	555 1 244 1	
HCFA006	Parotidectomie totale élargie au méat acoustique externe [conduit auditif externe] et/ou à la mandibule Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y			I,J,K,T 7,A	609,07 231,28	486 1 230 1	
HCFA005	Parotidectomie totale avec exérèse du prolongement [processus] parapharyngien, par abord cervicofacial Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y			J,K,T,X 7,A	662,20 233,31	596 1 276 1	
HCFA013	Parotidectomie totale par abord cervicofacial, avec exérèse du prolongement [processus] parapharyngien par abord pharyngé Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y			J,K,O,T,X 7,A	703,78 239,92	652 1 298 1	
HCFA012	Exérèse de récurrence de tumeur de la glande parotide avec dissection et conservation du nerf facial Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y			J,K,O,T,X 7,A	703,78 223,78	516 1 242 1	

07.02.08 Actes thérapeutiques sur le pharynx**07.02.08.01 Évacuation de collection du pharynx**

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HDJD001 Évacuation de collection rétrostylienne, par voie buccale	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	43,89	32	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	87,24	42	1
HDJD002 Évacuation de collection péritonsillaire [périamygdalienne] et/ou rétropharyngienne, par voie buccale	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	46,20	26	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	83,57	38	1
HDJA001 Évacuation de collection péritonsillaire [périamygdalienne] et/ou rétropharyngienne, par abord intrabuccal	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	56,98	34	1
<i>Avec ou sans : drainage</i>	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	87,97	43	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

07.02.08.02 Extraction de corps étranger de l'oropharynx

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HDGE002 Ablation de corps étranger de l'oropharynx, par laryngoscopie indirecte	0	1	Y	F,P,S,U	41,80	15	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
HDGE001 Ablation de corps étranger de l'oropharynx, par endoscopie rigide	0	1	Y	9,F,I,P,S,U	66,22	56	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,P,S,U	82,84	28	1
HDGA001 Ablation de corps étranger pharyngoesophagien, par cervicotomie	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	233,68	220	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,O,P,S,U	102,27	125	1

07.02.08.03 Myotomie du faisceau cricopharyngien du muscle constricteur inférieur du pharynx [muscle cricopharyngien]*Avec ou sans : marsupialisation de diverticule pharyngoesophagien*

HDPE002 Myotomie du faisceau cricopharyngien du muscle constricteur inférieur du pharynx, par endoscopie sans laser	0	1	Y	J,K,O,T	171,71	110	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	78,08	63	1
HDPE001 Myotomie du faisceau cricopharyngien du muscle constricteur inférieur du pharynx, par endoscopie avec laser	0	1	Y	J,K,T	167,20	92	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	72,58	48	1
HDPA001 Myotomie du faisceau cricopharyngien du muscle constricteur inférieur du pharynx, par cervicotomie	0	1	Y	9,J,K,O,T	200,97	164	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	77,71	92	1

07.02.08.04 Plastie de l'oropharynx

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HDMA007 Vélopharyngoplastie ou pharyngoplastie avec lambeau pharyngé	0	1	Y	J,K,T	313,50	200	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	144,68	112	1
HDMA009 Vélopharyngoplastie ou pharyngoplastie avec lambeau pharyngé et lambeau palatin	0	1	Y	9,J,K,O,T	370,37	213	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	158,60	139	1
HDMA008 Pharyngoplastie pour sténose vélo-oro-rhino-pharyngée	0	1	Y	I,J,K,O,T	301,84	191	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	134,82	123	1
HDMA005 Uvulopharyngoplastie sans laser	0	1	Y		0,00	112	1
<i>Avec ou sans : amygdalectomie</i>	0	4	Y	7,A	0,00	80	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)							
HDMA001 Uvulopharyngoplastie sans laser avec turbinectomie	0	1	Y		0,00	141	1
<i>Avec ou sans : amygdalectomie</i>	0	4	Y	7,A	0,00	99	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)							
HDMA004 Uvulopharyngoplastie sans laser avec septoplastie	0	1	Y		0,00	162	1
<i>Avec ou sans : amygdalectomie</i>	0	4	Y	7,A	0,00	113	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)							
HDMA002 Uvulopharyngoplastie avec laser	0	1	Y		0,00	132	1
<i>Avec ou sans : amygdalectomie</i>	0	4	Y	7,A	0,00	93	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)							
HDAA003 Plastie d'élargissement de l'hypopharynx	0	1	Y	9,J,K,T,X	267,96	187	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	151,75	131	1

07.02.08.05 Destruction et exérèse de lésion du pharynx

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HDNE002 Destruction de lésion de l'hypopharynx sans laser, par endoscopie	0	1	Y	9,F,P,S,U	103,18	60	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	64,52	38	1
HDNE001 Destruction de lésion de l'hypopharynx avec laser, par endoscopie	0	1	Y	9,F,P,S,U	101,64	66	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	63,41	37	1
HDFE002 Exérèse de lésion de l'hypopharynx, par endoscopie	0	1	Y	9,F,O,P,S,U	93,94	60	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	64,52	38	1
H DFA018 Exérèse de lésion du pharynx, par pharyngotomie	0	1	Y	9,F,J,K,P,S,T,U	239,47	170	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	108,06	100	1

07.02.08.06 Résection de sténose et de diverticule du pharynx

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HDFE003 Résection et/ou dilatation de sténose du pharynx, par endoscopie sans laser	0	1	Y	9,F,P,S,U	106,26	72	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	75,14	41	1
HDFE001 Résection et/ou dilatation de sténose du pharynx, par endoscopie avec laser	0	1	Y	9,F,P,S,U	123,97	80	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	78,44	45	1
H DFA015 Résection de diverticule pharyngoesophagien avec myotomie extramuqueuse, par cervicotomie	0	1	Y	I,J,K,O,T	318,01	248	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	118,40	111	1
H DFA014 Résection de récurrence de diverticule pharyngoesophagien, par cervicotomie	0	1	Y	I,J,K,O,T	309,54	234	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	136,73	148	1

07.02.08.07 Pharyngectomie et pharyngectomie élargie*Coder éventuellement :*

- réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 16.03.08, 16.03.10)
 - curage lymphonodal cervical (cf 05.02.02.02)

HDFA002 Oropharyngectomie latérale avec amygdalectomie, par abord intrabuccal	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	193,27	179	1
	0 4 Y	A,F,P,S,U	140,75	90	1
Descriptif : HDFA002-30 Oropharyngectomie latérale avec amygdalectomie, par voie intrabuccale sans assistance par robot					
Descriptif : HDFA002-40 Oropharyngectomie latérale avec amygdalectomie, par voie intrabuccale avec assistance par robot					
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HDFA008 Oropharyngectomie latérale, par cervicotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	409,64	409	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	195,26	180	1
Avec ou sans : amygdalectomie					
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HDFA009 Oropharyngectomie postérieure, par abord intrabuccal	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	187,88	171	1
	0 4 Y	A,F,P,S,U	137,83	86	1
Descriptif : HDFA009-30 Oropharyngectomie postérieure, par voie intrabuccale, sans assistance par robot					
Descriptif : HDFA009-40 Oropharyngectomie postérieure, par voie intrabuccale, avec assistance par robot					
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HDFA017 Oropharyngectomie postérieure, par cervicotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U,X	527,45	465	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	204,42	203	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HDFA019 Oropharyngectomie par mandibulotomie	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U,X	613,69	442	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	231,55	185	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HDFA007 Oropharyngectomie par mandibulotomie avec pharyngolaryngectomie totale	0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	908,60	801	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	349,46	331	1
Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)					
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HDFA004 Oropharyngectomie avec mandibulectomie partielle non interromptrice, par abord direct	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	390,39	347	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	208,82	158	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HDFA011 Oropharyngectomie avec mandibulectomie partielle interromptrice, par abord cervicofacial	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	558,25	406	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	212,09	179	1
Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)					
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HDFA013 Oropharyngectomie avec mandibulectomie partielle interromptrice et pharyngolaryngectomie totale	0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	908,60	784	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	346,53	324	1
Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)					
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HDFA016 Pharyngectomie latérale, par cervicotomie	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	354,97	288	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	176,20	131	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HDFA012 Pharyngectomie postérieure, par cervicotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U,X	504,35	420	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	197,09	185	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HDFA005 Pharyngolaryngectomie totale	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	526,68	454	1
	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	231,83	189	1
Coder éventuellement 14 : (HEMA010, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HDFA003 Pharyngolaryngectomie totale étendue à la base de langue	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	592,13	440	1
	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	258,59	183	1
Coder éventuellement 14 : (HEMA010, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HDFA010 Pharyngolaryngectomie totale circulaire	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	569,03	468	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	234,39	196	1
Coder éventuellement 14 : (HEMA010, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HDFA001 Pharyngolaryngectomie totale circulaire avec rétablissement de continuité par transplant libre de jéjunum	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	563,64	403	1
	0 2 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	539,00	0	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	435,55	180	1
Activité 1 : geste cervicothoracique					
Activité 2 : geste thoracoabdominal					
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HDFA006 Pharyngolaryngectomie totale circulaire avec rétablissement de continuité par coloplastie rétrosternale	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	515,64	403	1
	0 2 Y	F,J,K,P,S,T,U	754,99	0	1
	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	481,33	240	1
Activité 1 : geste cervicothoracique					
Activité 2 : geste thoracoabdominal					
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
07.02.08.08 Autres actes thérapeutiques sur le pharynx					
HDCA002 Suture de plaie du pharynx, par cervicotomie	0 1 Y	F,P,S,U,X	272,58	162	1
	0 4 Y	A,F,P,S,U	129,39	94	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HDCA001 Pharyngostomie cutanée	0 1 Y	J,K,T,X	231,00	146	1
	0 4 Y	A	126,83	74	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HQRPO01 Séance de rééducation de la déglutition, avec contrôle instrumental	0 1		46,19	90	1
	Facturation : ne peut pas être facturé avec un acte inscrit à la 2ème partie, titre IV, chapitre II, article 2 de la nomenclature générale des actes professionnels				
07.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF					
La résection du tube digestif sans rétablissement de la continuité inclut l'abouchement d'une ou des deux extrémités du tube digestif à la peau [stomies cutanées].					
La résection du tube digestif avec rétablissement de la continuité inclut l'anastomose des deux segments du tube digestif, quelles qu'en soient les modalités.					
La pose d'une endoprothèse du tube digestif inclut					
- la dilatation du segment concerné					
- le contrôle radiologique.					
07.03.01 Actes thérapeutiques sur l'oesophage					
07.03.01.01 Dilatation de l'oesophage					
HEAH001 Dilatation de l'oesophage, avec guidage radiologique	0 1	F,P,S,U	96,00	201	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				

HEAE002	Dilatation antérograde de l'oesophage, par endoscopie rigide <i>Indication : rétrécissement oesophagien</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y			96,00 76,61	104 1 33 1
HEAE001	Dilatation rétrograde de l'oesophage, par endoscopie rigide <i>Phase 1 : pose du fil sans fin, par endoscopie rigide</i> <i>Phase 2 : séance de dilatation rétrograde de l'oesophage, par endoscopie rigide</i> <i>Indication : rétrécissement oesophagien</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	1 1 Y 1 4 Y 2 1 Y 2 4 Y		7,A	144,32 48,00 96,00 48,00	100 1 63 1 100 1 31 1
HEAE003	Dilatation antérograde de l'oesophage, par fibroscopie <i>Indication : rétrécissement oesophagien</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		7,A	122,00 57,60	161 1 37 1
07.03.01.02 Pose, ablation et changement d'une endoprothèse de l'oesophage						
HELH001	Pose d'une endoprothèse de l'oesophage, avec guidage radiologique <i>Indication : tumeur de l'oesophage</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 0 4	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
HELE002	Pose d'une endoprothèse de l'oesophage, par endoscopie <i>Indication : tumeur de l'oesophage</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	170,63 76,25	194 1 42 1
HEGE003	Ablation d'une endoprothèse de l'oesophage, par endoscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	184,81 75,88	194 1 42 1
HEKE001	Changement d'une endoprothèse de l'oesophage, par endoscopie <i>Indication : tumeur de l'oesophage</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	216,57 77,71	208 1 46 1
07.03.01.03 Autres actes thérapeutiques sur l'oesophage, par endoscopie						
HEGE001	Ablation de corps étranger de l'oesophage, par endoscopie rigide <i>Forfait : liste SE1</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
HENE494	Destruction localisée de la muqueuse de l'oesophage par radiofréquence, par oeso-gastro-duodénoscopie <i>Destruction endoscopique de la muqueuse de Barrett, pour endobrachyoesophage</i> <i>Indication : les indications doivent être conformes aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de Santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</i> <i>Environnement : conforme aux conditions particulières d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de Santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</i> <i>l'indication doit être posée par une équipe spécialisée dans la prise en charge des patients atteints d'endobrachyoesophage lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire [RCP] après un diagnostic documenté par une double lecture anatomopathologique selon les recommandations professionnelles</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4		7,A		115 1 84 1
HENE900	Séance de destruction d'une hétérotopie de la muqueuse de l'oesophage inférieur, par endoscopie <i>A l'exclusion de : destruction localisée de la muqueuse de l'oesophage par radiofréquence, par oeso-gastro-duodénoscopie (HENE494)</i> <i>Destruction endoscopique de la muqueuse de Barrett, pour endobrachyoesophage</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 1 0 4		7,A	0,00 0,00	124 1 54 1
HELE900	Séance d'injection de toxine botulique au niveau du sphincter inférieur de l'oesophage, par endoscopie Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y			0,00	77 1
HELE001	Pose de guide intraoesophagien pour curiethérapie [endobrachythérapie], par fibroscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		7,A	96,00 101,90	50 1 42 1
HEME900	Correction d'un reflux gastrooesophagien, par endoscopie <i>Correction endoscopique de reflux gastrooesophagien par suture, par radiofréquence, par injection de matériel inerte</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 1 0 4		A	0,00 0,00	100 1 42 1
07.03.01.04 Suture de plaie de l'oesophage <i>Avec ou sans : drainage externe de l'oesophage</i>						
HECA001	Suture de plaie ou de perforation de l'oesophage, par cervicotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,I,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	250,99 112,90	313 1 98 1
HECC001	Suture de plaie ou de perforation de l'oesophage, par thoracoscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,O,P,S,T,U 4,A,F,O,P,S,U	339,61 255,94	449 1 165 1
HECA002	Suture de plaie ou de perforation de l'oesophage, par thoracotomie Coder éventuellement 14 : (GGBA001, HPBA002, LLBA002, LMBAA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		9,F,J,K,O,P,S,T,U 4,A,F,O,P,S,U	373,64 294,22	721 1 186 1
HECA004	Suture de plaie ou de perforation de l'oesophage, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,O,P,S,T,U 4,7,A,F,O,P,S,U	330,39 160,42	356 1 121 1
07.03.01.05 Fermeture de fistule de l'oesophage						
HESA005	Fermeture de fistule cutanée de l'oesophage, par cervicotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
HESA001	Fermeture de fistule oesotrachéale acquise, par cervicotomie <i>À l'exclusion de : fermeture de fistule oesotrachéale après implant phonatoire, par cervicotomie (HESA010)</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		9,J,K,T 7,A,F,P,S,U	219,08 113,26	300 1 111 1
HESA008	Fermeture de fistule oesotrachéale acquise avec résection-anastomose de la trachée, par cervicotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,I,J,K,P,S,T,U A,F,P,S,U	771,39 341,30	712 1 282 1
HESA004	Fermeture de fistule oesotrachéale acquise, par cervicothoracotomie ou par thoracotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		9,F,J,K,O,P,S,T,U A,F,P,S,U	663,62 333,67	635 1 224 1

HESA007	Fermeture de fistule oesotrachéale acquise avec résection de la trachée, par cervicothoracotomie ou par thoracotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	869,87	913	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	395,58	249	1
Coder éventuellement 14 : (GGBA001, HPBA002, LLBA002, LMBA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
07.03.01.06 OEsophagostomie						
HECA005	OEsophagostomie cutanée, par cervicotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	212,70	212	1
	<i>À l'exclusion de : oesophagostomie avec gastrostomie ou jéjunostomie (HECA003)</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	76,61	83	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HECA003	Exclusion bipolaire de l'oesophage, par cervicotomie et par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	581,38	494	1
	<i>OEsophagostomie avec gastrostomie ou jéjunostomie</i>	0 4 Y	4,7,A,F,P,S,U	227,99	194	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HESA003	Fermeture d'oesophagostomie cutanée, par abord direct	0 1 Y	J,K,T	228,54	232	1
		0 4 Y	7,A	81,01	78	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
07.03.01.07 OEsocardio-myotomie extramuqueuse						
HEPC001	OEsocardio-myotomie extramuqueuse sans réalisation de procédé antireflux, par thoracoscopie	0 1 Y	J,K,T	377,58	433	1
		0 4 Y	A	246,14	142	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HEPA001	OEsocardio-myotomie extramuqueuse sans réalisation de procédé antireflux, par thoracotomie	0 1 Y	J,K,T	341,39	401	1
		0 4 Y	4,A	271,49	149	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HEPC002	OEsocardio-myotomie extramuqueuse sans réalisation de procédé antireflux, par coelioscopie	0 1 Y	9,J,K,T	373,64	425	1
		0 4 Y	7,A	195,79	132	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HEPA006	OEsocardio-myotomie extramuqueuse sans réalisation de procédé antireflux, par laparotomie	0 1 Y	9,J,K,T	343,16	329	1
		0 4 Y	4,7,A	172,88	111	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HEPC004	OEsocardio-myotomie extramuqueuse avec réalisation de procédé antireflux, par thoracoscopie	0 1 Y	J,K,T	416,23	488	1
		0 4 Y	A	281,20	169	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HEPA003	OEsocardio-myotomie extramuqueuse avec réalisation de procédé antireflux, par thoracotomie	0 1 Y	J,K,T	396,09	437	1
		0 4 Y	4,A	287,61	168	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HEPC003	OEsocardio-myotomie extramuqueuse avec réalisation de procédé antireflux, par coelioscopie	0 1 Y	I,J,K,O,T	505,52	464	1
		0 4 Y	7,A	211,18	155	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HEPA002	OEsocardio-myotomie extramuqueuse avec réalisation de procédé antireflux, par laparotomie	0 1 Y	I,J,K,T	426,11	399	1
		0 4 Y	4,7,A	226,40	139	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

07.03.01.08 Traitement du diverticule de l'oesophage

Avec ou sans : myotomie extramuqueuse

HEDA001	Diverticulopexie de l'oesophage, par cervicotomie	0 1 Y	I,J,K,O,T	246,73	237	1
		0 4 Y	7,A	105,57	91	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HEFC001	Résection de diverticule de l'oesophage, par thoracoscopie	0 1 Y	9,J,K,O,T	383,57	428	1
		0 4 Y	4,A	234,09	143	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HEFA015	Résection de diverticule de l'oesophage, par thoracotomie	0 1 Y	9,J,K,O,T	365,14	424	1
		0 4 Y	4,A	251,69	157	1
Coder éventuellement 14 : (GGBA001, HPBA002, LLBA002, LMBA001, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

07.03.01.09 Excision de tumeur de l'oesophage

HEFC002	Excision de tumeur de l'oesophage sans interruption de la continuité, par thoracoscopie	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	402,71	409	1
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U	223,83	134	1
Coder éventuellement 14 : (HEQE004, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HEFA019	Excision de tumeur de l'oesophage sans interruption de la continuité, par thoracotomie	0 1 Y	9,J,K,T	401,29	424	1
		0 4 Y	4,A	251,69	157	1
Coder éventuellement 14 : (HEQE004, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

07.03.01.10 OEsophagectomie sans thoracotomie

Comprend : oesophagectomie totale à thorax fermé

- avec gastrectomie polaire supérieure

- avec gastrectomie totale

HEFA020	OEsophagectomie totale sans rétablissement de la continuité, par cervicotomie et par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U,X	1086,9	800	1
		0 4 Y	4,7,A,F,P,S,U	404,39	298	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HEFA004	OEsophagectomie totale avec oesophagogastroplastie, par cervicotomie et par laparotomie	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U,X	1236,5	800	1
		0 4 Y	4,7,A,F,P,S,U	488,69	368	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HEFA006	OEsophagectomie totale avec oesophagocoloplastie, par cervicotomie et par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	1489,6	100	1
		0 4 Y	4,7,A,F,P,S,U	542,94	475	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HEFA008	OEsophago-pharyngo-laryngectomie totale avec oesophagogastroplastie, par cervicotomie et par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	583,48	319	1
	<i>Activité 1 : geste cervicothoracique</i>	0 2 Y	F,J,K,P,S,T,U	656,28	0	1
	<i>Activité 2 : geste abdominothoracique</i>	0 4 Y	4,7,A,F,P,S,U	509,46	200	1
Coder éventuellement 14 : (HEMA010, ZZHA001, ZZQA002, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HEFA017	OEsophago-pharyngo-laryngectomie totale avec oesophagocoloplastie, par cervicotomie et par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	583,48	312	1
		0 2 Y	F,J,K,P,S,T,U	717,97	0	1
		0 4 Y	4,7,A,F,P,S,U	526,69	240	1
Coder éventuellement 14 : (HEMA010, ZZHA001, ZZQA002, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

07.03.01.11 OEsophagectomie par thoracotomie

Comprend : oesophagectomie à thorax ouvert

- avec gastrectomie polaire supérieure

- avec gastrectomie totale

Avec ou sans : médiastinectomie

HEFA022	OEsophagectomie totale sans rétablissement de la continuité, par thoracotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1086,90	800 1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	473,66	298 1
HEFA001	OEsophagectomie avec oesophagogastroplastie, par thoracophrénatomie gauche Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U,X	1264,86	827 1
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U	487,73	372 1
HEFA013	OEsophagectomie avec oesophagogastroplastie, par thoraco-phréno-laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	1289,67	894 1
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U	521,62	408 1
HEFA003	OEsophagectomie avec oesophagogastroplastie, par thoracotomie et par coelioscopie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1351,35	117 1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	510,50	451 1
HEFA012	OEsophagectomie avec oesophagogastroplastie, par thoracotomie et par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1338,59	100 1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	615,16	450 1
HEFA018	OEsophagectomie avec oesophagogastroplastie, par cervicotomie, thoracotomie et coelioscopie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	1521,51	128 1
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U	572,81	523 1
HEFA002	OEsophagectomie avec oesophagogastroplastie, par cervicotomie, thoracotomie et laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	1459,83	122 1
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U	665,37	504 1
HEFA016	OEsophagectomie avec oesophagocoloplastie, par thoraco-phréno-laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	1060,92	109 1
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U	569,65	460 1
HEFA009	OEsophagectomie avec oesophagocoloplastie, par thoracotomie et par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	1392,48	994 1
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U	562,73	405 1
HEFA007	OEsophagectomie avec oesophagocoloplastie, par cervicotomie, thoracotomie et laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	1513,72	124 1
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U	674,90	513 1
HEFA005	OEsophagectomie avec oesophagojéjunostomie, par thoraco-phréno-laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	1364,83	109 1
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U	569,65	460 1
HEFA011	OEsophagectomie avec oesophagojéjunostomie, par thoracotomie et par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	1356,32	113 1
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U	624,68	464 1
HEFC800	Acte CCAM descriptif sans code père Descriptif : HEFC800-01 Oesophagectomie avec oesophagogastroplastie, par\ thoracoscopie et laparotomie ou coelioscopie.				
HEFC801	Acte CCAM descriptif sans code père Descriptif : HEFC801-01 Oesophagectomie avec oesophagogastroplastie, par\ cervicotomie, thoracoscopie et laparotomie ou coelioscopie.				
07.03.01.12 Plastie de l'oesophage					
HEMA007	Plastie de sténose anastomotique de l'oesophage, par cervicotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	221,97	248 1
		0 4 Y	7,A	153,23	143 1
HEMA009	OEsophagogastroplastie rétrosternale sans oesophagectomie, avec anastomose pharyngogastrique, par cervicotomie et par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	794,04	724 1
		0 4 Y	4,7,A	418,68	305 1
HEMA008	OEsophagogastroplastie rétrosternale sans oesophagectomie, avec anastomose oesophagogastrique cervicale, par cervicotomie et par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	794,04	724 1
		0 4 Y	4,7,A	419,05	305 1
HEMA005	OEsophagocoloplastie rétrosternale sans oesophagectomie, avec anastomose pharyngocolique, par cervicotomie et par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T,X	1171,98	778 1
		0 4 Y	4,7,A	442,14	332 1
HEMA001	OEsophagocoloplastie rétrosternale sans oesophagectomie, avec anastomose oesophagocolique cervicale, par cervicotomie et par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T,X	1171,98	778 1
		0 4 Y	4,7,A	441,77	332 1
HEMA006	Reconstruction de l'oesophage par lambeau libre de segment digestif, avec anastomoses vasculaires et digestives Coder éventuellement 14 : (EZCA001, EZCA005) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T,X	1027,34	870 1
		0 4 Y	7,A	512,52	443 1
07.03.01.13 Transsection de l'oesophage					
HEPA005	Transsection de l'oesophage, par thoracotomie ou par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	370,59	385 1
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U	276,62	150 1
HEPA004	Transsection de l'oesophage avec splénectomie et déconnexion portosystémique, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	661,57	561 1
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U	483,22	248 1
HEPA007	Transsection de l'oesophage avec splénectomie et déconnexion portosystémique, par thoracotomie et par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U,X	992,60	741 1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	580,36	315 1
07.03.01.14 Correction des malformations congénitales de l'oesophage					
HEFA021	Résection-anastomose de rétrécissement congénital de l'oesophage, par thoracotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	583,48	513 1
		0 4 Y	4,A	374,42	194 1
HESA006	Fermeture d'une fistule oesotrachéale congénitale sans atrésie de l'oesophage, par cervicotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	308,74	398 1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	198,32	145 1

HESA002	Fermeture d'une fistule oesotrachéale congénitale sans atrésie de l'oesophage, par cervicotomie et par thoracotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	405,14	467	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	281,11	183	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HESA009	Fermeture de la fistule oesotrachéale d'une atrésie de l'oesophage, par thoracotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	583,48	513	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	374,05	194	1
	Coder éventuellement 14 : (LLBA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HEMA004	Reconstruction de l'oesophage en un temps pour atrésie sans fistule, par thoracotomie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	610,64	514	1
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U	495,38	214	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HEMA003	Reconstruction de l'oesophage et fermeture de la fistule en un temps pour atrésie avec fistule, par thoracotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	657,51	602	1
		0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	613,41	292	1
	<i>Avec ou sans : myoplastie ou lambeau oesophagien</i>					
	Coder éventuellement 14 : (LLBA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HEMA002	Reconstruction secondaire de l'oesophage pour atrésie avec fistule, par thoracotomie	0 1 Y	J,K,T	641,06	563	1
		0 4 Y	4,A	600,95	284	1
	<i>Avec ou sans : myoplastie ou lambeau oesophagien</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HEFC003	Exérèse de duplication de l'oesophage, par thoracoscopie	0 1 Y	J,K,T	417,46	513	1
		0 4 Y	4,A	311,81	194	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HEFA014	Exérèse de duplication de l'oesophage, par thoracotomie	0 1 Y	J,K,T	401,02	461	1
		0 4 Y	4,A	292,74	180	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HEFA010	Exérèse de duplication de l'oesophage, par thoracotomie et par laparotomie	0 1 Y	J,K,T	485,32	629	1
		0 4 Y	4,A	385,12	251	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

07.03.02 Actes thérapeutiques sur l'estomac et le duodénum

07.03.02.01 Dilatation de l'estomac et du duodénum

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HFAH001	Dilatation du pylore, avec guidage radiologique	0	1			96,00	228	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
HFAE001	Dilatation du pylore, par oeso-gastro-duodénoscopie	0	1			112,36	100	1
		0	4		7,A	67,44	36	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

07.03.02.02 Pose, ablation et changement d'une endoprothèse de l'estomac et du duodénum

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HFLH002	Pose d'une endoprothèse de l'estomac ou du duodénum, avec guidage radiologique	0	1		F,P,S,U	167,20	256	1
	<i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>							
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)							
HGLE001	Pose d'une endoprothèse du duodénum, par oeso-gastro-duodénoscopie	0	1	Y	F,P,S,U	235,29	191	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U	75,51	47	1
	<i>Indication : traitement palliatif des sténoses duodénales</i>							
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>							
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
HGGE001	Ablation d'une endoprothèse du duodénum, par oeso-gastro-duodénoscopie	0	1		F,P,S,U	249,47	191	1
		0	4		7,A,F,P,S,U	75,51	40	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
HGKE001	Changement d'une endoprothèse du duodénum, par oeso-gastro-duodénoscopie	0	1		F,P,S,U	281,23	230	1
		0	4		7,A,F,P,S,U	82,47	47	1
	<i>Indication : traitement palliatif des sténoses duodénales</i>							
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>							
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

07.03.02.03 Suture de l'estomac et du duodénum

Avec ou sans : épiploplastie

HFCC001	Suture de plaie ou de perforation de l'estomac ou du duodénum, par coelioscopie	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	314,80	346	1
		0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	184,42	111	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
HFCA003	Suture de plaie ou de perforation de l'estomac ou du duodénum, par laparotomie	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	274,38	302	1
		0	4	Y	4,7,A,F,O,P,S,U	168,84	94	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

07.03.02.04 Gastrostomie

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HFCH001	Gastrostomie, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique	0	1		F,P,S,U,X	154,52	307	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY150, YYYY300, ZZLP030)							
HFCB001	Gastrostomie, par voie transcutanée avec guidage endoscopique	0	1		F,P,S,U	125,84	122	1
		0	4		7,A,F,P,S,U	72,58	38	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
HFCC002	Gastrostomie cutanée, par coelioscopie	0	1	Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	209,16	232	1
		0	4	Y	A,F,O,P,S,U	196,65	94	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
HFCA002	Gastrostomie cutanée, par laparotomie	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	190,01	204	1
		0	4	Y	A,F,O,P,S,U	153,23	75	1
	<i>À l'exclusion de : gastrostomie avec oesophagostomie (HECA003)</i>							
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
HFAD001	Dilatation du trajet d'une gastrostomie cutanée, avec pose d'un bouton de gastrostomie	0	1	Y	F,P,S,U,X	60,27	159	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
HFKD001	Changement d'une sonde de gastrostomie, par voie externe sans guidage	0	1		F,P,S,U,X	42,54	36	1
HFKH001	Changement d'une sonde de gastrostomie ou de gastrojéjunostomie, par voie externe avec guidage radiologique	0	1		F,P,S,U,X	37,16	145	1
HFKE001	Changement d'une sonde de gastrostomie ou de gastrojéjunostomie, par oeso-gastro-duodénoscopie	0	1	Y	F,P,S,U	104,16	128	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U	66,35	33	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
HFSA001	Fermeture de gastrostomie cutanée, par abord direct	0	1	Y	9,J,K,T	158,82	181	1
		0	4	Y	7,A	70,38	61	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

07.03.02.05 Confection d'une valve tubérositaire gastrique

Comprend : procédé antireflux par plastie du fundus gastrique [grosse tubérosité de l'estomac]

HFMA001	Confection d'une valve tubérositaire sans libération de la grande courbure gastrique, par thoracotomie	0 1 Y	9,J,K,O,T	369,39	376	1
		0 4 Y	A	256,08	165	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HFMC004	Confection d'une valve tubérositaire sans libération de la grande courbure gastrique, par coelioscopie	0 1 Y	9,J,K,T	457,31	413	1
		0 4 Y	7,A	192,48	152	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HFMA003	Confection d'une valve tubérositaire sans libération de la grande courbure gastrique, par laparotomie	0 1 Y	J,K,O,T	332,52	347	1
		0 4 Y	4,7,A	172,87	132	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HFMA007	Confection d'une valve tubérositaire avec libération de la grande courbure gastrique, par thoracotomie	0 1 Y	9,J,K,T	412,64	397	1
		0 4 Y	A	267,44	174	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HFMC001	Confection d'une valve tubérositaire avec libération de la grande courbure gastrique, par coelioscopie	0 1 Y	9,I,J,K,T	545,93	473	1
		0 4 Y	7,A	212,28	181	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HFMA008	Confection d'une valve tubérositaire avec libération de la grande courbure gastrique, par laparotomie	0 1 Y	9,J,K,T	394,20	361	1
		0 4 Y	4,7,A	175,43	139	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

07.03.02.06 Dérivation de l'estomac et du duodénum

		Ph	A	CI	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HFCC022	Gastrojéjunostomie de dérivation [Gastro-entéro-anastomose sans résection gastrique], par coelioscopie	0 1 Y	J,K,O,T			242,92	306	1
		0 4 Y	A			227,29	108	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
HFCA004	Gastrojéjunostomie de dérivation [Gastro-entéro-anastomose sans résection gastrique], par laparotomie	0 1 Y	J,K,O,T			214,12	266	1
		0 4 Y	4,A			203,29	83	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
HGCA006	Dérivation des sécrétions duodénales et biliopancréatiques par réfection du montage après gastrectomie [Diversion du duodénum], par laparotomie	0 1 Y	9,J,K,T			645,19	491	1
		0 4 Y	4,7,A			290,88	206	1
Avec ou sans : vagotomie								
Coder éventuellement 14 : (YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)								

07.03.02.07 Gastrotomie et duodénotomie

Avec ou sans : pyloroplastie

HFFA001	Gastrotomie à visée thérapeutique, par laparotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	218,37	263	1
	<i>Gastrotomie pour hémostase, ablation de corps étranger, exérèse de lésion intraluminaire de l'estomac, par laparotomie</i>	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	181,31	122	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HGPA001	Duodénotomie à visée thérapeutique ou duodénectomie partielle, par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	244,61	260	1
	<i>Duodénotomie pour hémostase, ablation de corps étranger, exérèse de lésion intraluminaire du duodénum, par laparotomie</i>	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	172,87	117	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

07.03.02.08 Pyloroplastie et duodénoplastie

À l'exclusion de : pyloroplastie au cours

- d'une vagotomie tronculaire (ADPC001, ADPA022)
- d'une gastrectomie partielle atypique (HFFC001, HFFA009)
- d'une gastrotomie ou d'une duodénotomie
- d'une duodénectomie partielle (HGPA001)

HFMC003	Pyloroplastie ou duodénoplastie, par coelioscopie	0 1 Y	J,K,O,T	209,16	319	1
		0 4 Y	7,A	162,87	109	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HFMA004	Pyloroplastie ou duodénoplastie, par laparotomie	0 1 Y	9,J,K,T	187,18	252	1
		0 4 Y	4,7,A	130,80	86	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

07.03.02.09 Actes thérapeutiques sur l'estomac pour obésité morbide

Par obésité morbide, on entend : obésité définie par un indice de masse corporelle [IMC] supérieur ou égal à 40 kg/m², ou supérieur ou égal à 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie. L'IMC à prendre en compte est l'IMC maximal documenté.

Facturation : pour les moins de 18 ans, respect des conditions des recommandations de la HAS de septembre 2011 pour l'enfant et l'adolescent et des critères d'éligibilité de la fiche mémo de la HAS 2016 "Critères d'éligibilité pour la réalisation d'une chirurgie bariatrique chez les moins de 18 ans" (obésité sévère et complexe), selon les recommandations de la HAS de janvier 2009, les actes de chirurgie bariatrique initiale ou de réintervention chez l'adulte s'inscrivent dans le cadre d'une prise en charge globale et d'un projet personnalisé d'un patient atteint d'obésité morbide, sous réserve de respecter l'ensemble des conditions suivantes :

indication en deuxième intention après échec :

- d'une prise en charge préopératoire pluridisciplinaire, médicale, nutritionnelle, diététique et psychothérapeutique, bien conduite pendant 6-12 mois ;
- de la chirurgie bariatrique initiale ou en cas de dysfonctionnement du montage chirurgical.

L'échec est défini par l'absence, l'insuffisance ou le non maintien de la perte de poids.

évaluation pluridisciplinaire préopératoire médocochirurgicale, psychologique et/ou psychiatrique, et, le cas échéant, l'identification des causes d'échec d'une chirurgie bariatrique initiale, en liaison avec le médecin traitant patient bien informé au préalable :

- des différentes techniques chirurgicales
- de la nécessité de modifier son comportement alimentaire et son mode de vie dans les périodes préopératoire et postopératoire
- de la possibilité de recours à la chirurgie réparatrice après la chirurgie bariatrique
- de la nécessité d'un suivi médocochirurgical à long terme, compris et accepté par le patient

décision d'intervention ou de réintervention prise à l'issue d'une concertation de l'équipe pluridisciplinaire, formalisée et transcrite dans le dossier médical établissement ou réseau d'établissements en mesure de proposer au patient les différentes techniques de chirurgie bariatrique.

HFLE002	Pose d'un ballonnet intragastrique pour obésité morbide, par oeso-gastro-duodénoscopie	0 1		0,00	63	1
		0 4	A	0,00	47	1
HFLC900	Implantation souscutanée d'un stimulateur gastrique avec pose d'une sonde pariétale gastrique pour obésité morbide, par coelioscopie	0 1 Y		0,00	90	1
		0 4 Y	A	0,00	140	1
HFGC900	Ablation d'une sonde de stimulation pariétale gastrique pour obésité morbide, par coelioscopie	0 1 Y	F,U	0,00	150	1
	<i>Avec ou sans : ablation du stimulateur souscutané</i>	0 4 Y	A,F,U	0,00	120	1

HGCC027 Court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par coelioscopie <i>Indication : deuxième temps d'une chirurgie en deux temps pour les patients présentant un indice de masse corporelle supérieur à 60 kg/m² ou supérieur à 50 kg/m² avec des comorbidités menaçant la sécurité du geste opératoire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T,X	850,80	0	1
	0 4 Y		247,45	0	1
HGCA009 Court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par laparotomie <i>Indication : deuxième temps d'une chirurgie en deux temps pour les patients présentant un indice de masse corporelle supérieur à 60 kg/m² ou supérieur à 50 kg/m² avec des comorbidités menaçant la sécurité du geste opératoire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T,X	1106,0 4	0	1
	0 4 Y	4	256,16	0	1
HFCC003 Court-circuit gastrique avec anse montée en Y [Bypass gastrique en Y] pour obésité morbide, par coelioscopie Descriptif : HFCC003-01 Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en Y, pour obésité morbide, par coelioscopie Descriptif : HFCC003-31 Court-circuit gastrique avec anse montée en Y [Bypass gastrique en Y] pour obésité morbide, par coelioscopie, sans assistance par robot Descriptif : HFCC003-32 Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en oméga, pour obésité morbide, par coelioscopie, sans assistance par robot Descriptif : HFCC003-41 Court-circuit gastrique avec anse montée en Y [Bypass gastrique en Y] pour obésité morbide, par coelioscopie, avec assistance par robot Descriptif : HFCC003-42 Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en oméga, pour obésité morbide, par coelioscopie, avec assistance par robot <i>Bypass gastrique de Roux en Y par coelioscopie</i> <i>Indication : selon les recommandations de bonne pratique</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; établie par les recommandations de bonne pratique</i> <i>Environnement : spécifique ; établi par les recommandations de bonne pratique ; équipe multidisciplinaire</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T,X	591,31	516	1
	0 4 Y	A	231,57	200	1
HFCA001 Court-circuit gastrique avec anse montée en Y [Bypass gastrique en Y] pour obésité morbide, par laparotomie Descriptif : HFCA001-01 Court-circuit gastrique avec anse montée en Y [Bypass gastrique en Y] pour obésité morbide, par laparotomie Descriptif : HFCA001-02 Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en oméga, pour obésité morbide, par laparotomie <i>Bypass gastrique de Roux en Y par laparotomie</i> <i>Indication : selon les recommandations de bonne pratique</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; établie par les recommandations de bonne pratique</i> <i>Environnement : spécifique ; établi par les recommandations de bonne pratique ; équipe multidisciplinaire</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T,X	562,95	469	1
	0 4 Y	A	267,44	170	1
HFFC018 Gastrectomie longitudinale [Sleeve gastrectomy] pour obésité morbide, par coelioscopie Descriptif : HFFC018-30 Gastrectomie longitudinale [Sleeve gastrectomy] pour obésité morbide, par coelioscopie, sans assistance par robot Descriptif : HFFC018-40 Gastrectomie longitudinale [Sleeve gastrectomy] pour obésité morbide, par coelioscopie, avec assistance par robot <i>Indication : option thérapeutique :</i> <i>- premier temps d'une chirurgie en deux temps en alternative à une chirurgie en un temps, pour les patients présentant un indice de masse corporelle supérieur à 60 kg/m² ou supérieur à 50 kg/m² avec des comorbidités menaçant la sécurité du geste opératoire</i> <i>- chirurgie en un temps, pour les patients présentant un indice de masse corporelle inférieur à 50 kg/m² et éligibles pour une telle attitude selon les recommandations internationales</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T,X	511,19	0	1
	0 4 Y		215,69	0	1
HFFA011 Gastrectomie longitudinale [Sleeve gastrectomy] pour obésité morbide, par laparotomie <i>Indication : option thérapeutique :</i> <i>- premier temps d'une chirurgie en deux temps en alternative à une chirurgie en un temps, pour les patients présentant un indice de masse corporelle supérieur à 60 kg/m² ou supérieur à 50 kg/m² avec des comorbidités menaçant la sécurité du geste opératoire</i> <i>- chirurgie en un temps, pour les patients présentant un indice de masse corporelle inférieur à 50 kg/m² et éligibles pour une telle attitude selon les recommandations internationales</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T,X	595,56	0	1
	0 4 Y		230,55	0	1
HFFC004 Gastrectomie avec court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par coelioscopie <i>Indication : à réserver aux échec d'une autre technique et/ou aux patients avec IMC > 50 ; technique de réalisation exceptionnelle, compte-tenu des complications</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; établie par les recommandations de bonne pratique</i> <i>Environnement : spécifique ; établi par les recommandations de bonne pratique ; à réaliser par une équipe multidisciplinaire expérimentée</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T,X	625,34	590	1
	0 4 Y	A	250,64	220	1
HFFA001 Gastrectomie avec court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par laparotomie <i>Opération selon Marceau</i> <i>Opération selon Scopinaro</i> <i>Indication : à réserver aux échec d'une autre technique et/ou aux patients avec IMC > 50 ; technique de réalisation exceptionnelle, compte-tenu des complications</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; établie par les recommandations de bonne pratique</i> <i>Environnement : spécifique ; établi par les recommandations de bonne pratique ; à réaliser par une équipe multidisciplinaire expérimentée</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T,X	595,56	537	1
	0 4 Y	A	293,10	204	1

HFMC006 Gastroplastie verticale calibrée pour obésité morbide, par coelioscopie <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; établie par les recommandations de bonne pratique</i> <i>Environnement : spécifique ; établi par les recommandations de bonne pratique ; équipe multidisciplinaire</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,O,T	452,34	330	1		
	0 4 Y	A	156,75	180	1		
HFMA010 Gastroplastie verticale calibrée pour obésité morbide, par laparotomie <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; établie par les recommandations de bonne pratique</i> <i>Environnement : spécifique ; établi par les recommandations de bonne pratique ; équipe multidisciplinaire</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T	314,80	293	1		
	0 4 Y	4,A	156,75	160	1		
HFMC007 Gastroplastie par pose d'anneau ajustable périgastrique pour obésité morbide, par coelioscopie <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; établie par les recommandations de bonne pratique</i> <i>Environnement : spécifique ; établi par les recommandations de bonne pratique ; équipe multidisciplinaire</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,O,T	452,34	505	1		
	0 4 Y	A	156,75	180	1		
HFMA009 Gastroplastie par pose d'anneau ajustable périgastrique pour obésité morbide, par laparotomie <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; établie par les recommandations de bonne pratique</i> <i>Environnement : spécifique ; établi par les recommandations de bonne pratique ; équipe multidisciplinaire</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T	314,80	424	1		
	0 4 Y	4,A	156,75	160	1		
HFKC001 Changement d'un anneau ajustable périgastrique pour obésité morbide, par coelioscopie <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U,X	587,76	350	1		
	0 4 Y	A,F,P,S,U	231,89	190	1		
HFKA002 Changement d'un anneau ajustable périgastrique pour obésité morbide, par laparotomie <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	409,09	300	1		
	0 4 Y	A,F,P,S,U	249,01	170	1		
HFMC008 Repositionnement ou ablation d'un anneau ajustable périgastrique, par coelioscopie <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	587,76	175	1		
	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	231,89	180	1		
HFMA011 Repositionnement ou ablation d'un anneau ajustable périgastrique, par laparotomie <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	409,09	150	1		
	0 4 Y	4,A,F,P,S,U	249,01	160	1		
HFKA001 Changement ou repositionnement du dispositif d'accès d'un anneau ajustable périgastrique pour obésité morbide, par abord direct <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	104,50	300	1		
07.03.02.10 Gastropexie	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HFDC002 Gastropexie postérieure [Cardiopexie], par coelioscopie <i>Opération selon Hill, par coelioscopie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			J,K,T	342,30	384	1
	0 4 Y			7,A	183,68	139	1
HFDA002 Gastropexie postérieure [Cardiopexie], par laparotomie <i>Opération selon Hill</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			J,K,T	313,50	318	1
	0 4 Y			4,7,A	163,71	117	1
HFDC001 Gastropexie chez l'enfant, par coelioscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			J,K,T	342,30	242	1
	0 4 Y			A	195,87	147	1
HFDA001 Gastropexie chez l'enfant, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			J,K,T	313,50	232	1
	0 4 Y			4,A	185,79	147	1
07.03.02.11 Gastrectomie	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HFFC001 Résection partielle atypique de la paroi de l'estomac n'interrompant pas la continuité, par coelioscopie <i>Avec ou sans : pyloroplastie</i> Coder éventuellement 14 : (HEQE004, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			9,F,J,K,O,P,S,T,U	264,46	336	1
	0 4 Y			7,A,F,O,P,S,U	224,74	154	1
HFFA009 Résection partielle atypique de la paroi de l'estomac n'interrompant pas la continuité, par laparotomie <i>Avec ou sans : pyloroplastie</i> Coder éventuellement 14 : (HEQE004, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			9,F,J,K,O,P,S,T,U	230,43	288	1
	0 4 Y			4,7,A,F,O,P,S,U	204,03	136	1
HFFA003 Gastrectomie partielle supérieure [polaire supérieure] avec rétablissement de la continuité, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (HEQE004, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U,X	670,71	528	1
	0 4 Y			4,7,A,F,O,P,S,U	249,43	179	1
HFFC012 Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastroduodénale, par coelioscopie Coder éventuellement 14 : (HEQE004, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			9,F,J,K,O,P,S,T,U	447,10	467	1
	0 4 Y			7,A,F,O,P,S,U	281,86	204	1

HFFA002	Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastroduodénale, par laparotomie <i>Opération selon Péan</i>	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	418,31	406	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	257,85	179	1
	Coder éventuellement 14 : (HEQE004, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HFFC002	Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastrojéjunale, par coelioscopie	0 1 Y	9,J,K,O,T	470,78	493	1
		0 4 Y	7,A	262,80	201	1
	Coder éventuellement 14 : (HEQE004, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HFFA006	Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastrojéjunale, par laparotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	423,98	419	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	238,80	181	1
	Coder éventuellement 14 : (HEQE004, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HFFC017	Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	926,39	730	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	322,49	264	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HFFA005	Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	897,59	635	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	298,49	239	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HFFA008	Dégastrogastrectomie partielle avec rétablissement de la continuité, par laparotomie <i>Avec ou sans : résection segmentaire du grêle</i>	0 1 Y	9,I,J,K,T	780,61	626	1
		0 4 Y	4,7,A	290,88	234	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HFMA005	Totalisation secondaire de gastrectomie avec rétablissement de la continuité, par laparotomie <i>Avec ou sans : résection segmentaire du grêle</i>	0 1 Y	9,I,J,K,T	816,06	714	1
		0 4 Y	4,7,A	314,25	236	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

07.03.02.12 Correction des malformations congénitales de l'estomac et du duodénum

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HFPC001	Pylorotomie extramuqueuse [Pyloromyotomie extramuqueuse], par coelioscopie	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U	196,00	156	1
		0 4 Y			A,F,O,P,S,U	180,56	99	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
HFFA002	Pylorotomie extramuqueuse [Pyloromyotomie extramuqueuse], par laparotomie	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U	177,25	149	1
		0 4 Y			4,A,F,O,P,S,U	126,49	104	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
HFFC003	Résection de duplication gastrique, par coelioscopie	0 1 Y			J,K,T	403,28	350	1
		0 4 Y			A	252,18	200	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
HFFA010	Résection de duplication gastrique, par laparotomie	0 1 Y			J,K,T	374,48	332	1
		0 4 Y			4,A	280,52	186	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
HFFA007	Résection de duplication gastroduodénale sans dérivation du conduit biliaire commun, par laparotomie	0 1 Y			J,K,O,T	404,13	387	1
		0 4 Y			4,A	346,20	214	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
HFFA004	Résection de duplication gastroduodénale avec dérivation du conduit biliaire commun, par laparotomie	0 1 Y			9,J,K,O,T	632,43	537	1
		0 4 Y			4,A	423,12	284	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
HGCA003	Anastomose duodéno-duodénale pour atrésie ou sténose congénitale du duodénum, par laparotomie <i>Avec ou sans : duodénoplastie</i>	0 1 Y			F,I,J,K,P,S,T,U	481,41	346	1
		0 4 Y			4,A,F,P,S,U	373,84	194	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

07.03.02.13 Autres actes thérapeutiques sur l'estomac et le duodénum

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HGNE001	Séance de destruction de lésion du duodénum, par oeso-gastro-duodéno-scopie	0 1 Y				137,32	100	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
HGFE005	Exérèse de la papille duodénale majeure, par oeso-gastro-duodéno-scopie <i>Papillectomie endoscopique</i>	0 1 Y				389,20	98	1
		0 4 Y			7,A	149,40	62	1
	Coder éventuellement 1 : (HMJE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
HGFA014	Exérèse de la papille duodénale majeure, par laparotomie <i>Ampullectomie [Papilloduodénectomie] avec réimplantation duodénale des conduits pancréatique et biliaire, par laparotomie</i>	0 1 Y			I,J,K,T,X	595,56	469	1
		0 4 Y			4,7,A	205,86	179	1
	Coder éventuellement 14 : (HMJA001, HMQA001, HMQH008, YYYY400, ZZHA001) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
HGCA007	Exclusion du duodénum, par laparotomie	0 1 Y			9,I,J,K,T	331,10	372	1
		0 4 Y			4,7,A	195,82	159	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
HGMA002	Remise en circuit secondaire du duodénum, par laparotomie <i>Avec ou sans : interposition jéjunale</i>	0 1 Y			I,J,K,T,X	595,56	469	1
		0 4 Y			4,7,A	214,29	170	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

07.03.03 Autres actes thérapeutiques sur la partie haute du tube digestif

07.03.03.01 Destruction endoscopique de lésion de la partie haute du tube digestif

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HENE004	Séance de destruction de lésion de l'oesophage et/ou de l'estomac sans laser, par oeso-gastro-duodéno-scopie <i>A l'exclusion de : destruction localisée de la muqueuse de l'oesophage par radiofréquence, par oeso-gastro-duodéno-scopie (HENE494)</i>	0 1 Y				125,41	107	1
		0 4 Y			7,A	71,11	44	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
HENE002	Séance de destruction de lésion de l'oesophage et/ou de l'estomac avec laser, par oeso-gastro-duodéno-scopie <i>À l'exclusion de : séance de destruction photodynamique de lésion de l'oesophage ou de l'estomac avec laser, par oeso-gastro-duodéno-scopie (HENE001)</i>	0 1 Y				116,90	121	1
		0 4 Y			7,A	71,48	45	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
HENE001	Séance de destruction photodynamique de lésion de l'oesophage et/ou de l'estomac avec laser, par oeso-gastro-duodéno-scopie	0 1 Y				0,00	132	1
		0 4 Y			7,A	0,00	50	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)							
	07.03.03.02 Exérèse endoscopique de lésion de la partie haute du tube digestif							
HEFE002	Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre de l'oesophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par oeso-gastro-duodéno-scopie	0 1 Y				103,28	86	1
		0 4 Y			7,A	67,08	35	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

HEFE001	Exérèse d'un polype de 1cm et plus de diamètre ou de 4 polypes ou plus de l'oesophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par oeso-gastro-duodénoscopie	0 1 Y 0 4 Y		7,A	135,62 70,74	103 1 44 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HEFE003	Séance de mucosectomie de l'oesophage, de l'estomac ou du duodénum, par oeso-gastro-duodénoscopie	0 1 Y 0 4 Y		7,A	201,42 71,85	92 1 42 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HEFE326	Dissection sousmuqueuse de l'oesophage et/ou de l'estomac, par oeso-gastro-duodénoscopie <i>Indication : cancers superficiels et jugés à faible risque d'envahissement ganglionnaire, de l'oesophage ; cancers superficiels et jugés à faible risque d'envahissement ganglionnaire, de l'estomac</i> <i>Formation : médecin hépato-gastroentérologue ou chirurgien viscéral, avec formations complémentaires de détection et de caractérisation des lésions, d'endoscopie digestive interventionnelle et formation spécifique à la technique de dissection sous-muqueuse</i> <i>Environnement : encadrement, au sens de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique, selon les préconisations des avis de la HAS du 19 décembre 2018 (n°2018.0060/AC/SEAP et n°2018.0061/AC/SEAP) : centre de référence ou centre expert disposant d'un plateau technique d'endoscopie digestive de niveau 3 ; équipe comprenant un opérateur qualifié et une équipe d'anesthésie et d'infirmiers formés à l'endoscopie interventionnelle ; concertation pluridisciplinaire qui doit inclure au moins un gastroentérologue endoscopiste digestif interventionnel, un chirurgien digestif, un anatomopathologiste et un anesthésiste-réanimateur ; mise en place d'une procédure commune entre la structure et le centre qui réalise l'examen anatomopathologique afin d'assurer le conditionnement immédiat de la pièce d'exérèse et son acheminement dans les conditions nécessaires pour garantir la qualité de l'analyse</i> <i>Recueil prospectif de données : tenue d'un registre obligatoire avec recueil exhaustif des données sur l'innocuité et l'efficacité à long terme de la dissection sous-muqueuse</i>	0 1 0 4		7,A		486 1 129 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)						
07.03.03.03 Hémostase endoscopique de lésion de la partie haute du tube digestif						
À l'exclusion de : ligature ou sclérose de varices oesogastriques (cf 04.04.08.05)						
HESE002	Hémostase de lésion de l'oesophage, de l'estomac et/ou du duodénum sans laser, par oeso-gastro-duodénoscopie	0 1 Y 0 4 Y		F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	135,62 71,11	98 1 41 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HESE001	Hémostase de lésion de l'oesophage, de l'estomac et/ou du duodénum avec laser, par oeso-gastro-duodénoscopie <i>Indication : angiodysplasie, ectasie vasculaire, ulcère, tumeur</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 1 Y 0 4 Y		F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	142,99 69,65	108 1 38 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
07.03.03.04 Autres actes thérapeutiques sur la partie haute du tube digestif						
HEGE002	Ablation de corps étranger de l'oesophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par oeso-gastro-duodénoscopie <i>Forfait : liste SE1</i>	0 1 Y	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
				F,G,P,S,U	111,80	88 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
HFLH001	Pose d'une sonde gastrique, duodénale ou jéjunale, avec guidage radiologique	0 1		F,P,S,U,X	11,74	111 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
HFLE001	Pose d'une sonde gastrique, duodénale ou jéjunale, par oeso-gastro-duodénoscopie	0 1 Y		F,P,S,U	96,00	77 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
07.03.04 Actes thérapeutiques sur l'intestin grêle						
À l'exclusion de : actes thérapeutiques sur le duodénum (cf 07.03.03)						
07.03.04.01 Dilatation de l'intestin grêle						
HGAE001	Dilatation d'une sténose iléale, par iléoscopie	0 1 Y 0 4 Y	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
				F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	157,74 58,65	108 1 55 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
07.03.04.02 Exérèse endoscopique de lésion de l'intestin grêle						
HGFE004	Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre de l'intestin grêle, par jéjunoscopie	0 1 Y 0 4 Y	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
				7,A	179,29 60,11	208 1 59 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HGFE002	Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre de l'intestin grêle, par iléoscopie	0 1 Y 0 4 Y		7,A	219,61 61,95	223 1 64 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HGFE003	Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus de l'intestin grêle, par jéjunoscopie	0 1 Y 0 4 Y		7,A	194,61 62,68	215 1 66 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HGFE001	Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus de l'intestin grêle, par iléoscopie	0 1 Y 0 4 Y		7,A	234,93 64,88	247 1 72 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
07.03.04.03 Hémostase endoscopique de lésion de l'intestin grêle						
HGSE001	Hémostase de lésion intestinale sans laser, par jéjunoscopie	0 1 Y 0 4 Y	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
				F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	162,84 60,85	211 1 59 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HGSE003	Hémostase de lésion intestinale sans laser, par iléoscopie	0 1 Y 0 4 Y		F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	220,18 61,95	222 1 62 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HGSE002	Hémostase de lésion intestinale avec laser, par jéjunoscopie <i>Indication : angiodysplasie, ectasie vasculaire, ulcère, tumeur</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 1 Y 0 4 Y		F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	175,32 59,74	240 1 56 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HGSE004	Hémostase de lésion intestinale avec laser, par iléoscopie <i>Indication : angiodysplasie, ectasie vasculaire, ulcère, tumeur</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 1 Y 0 4 Y		F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	215,64 60,48	250 1 58 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
07.03.04.04 Suture de plaie de l'intestin grêle						
			Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex

HGCC031	Suture de plaie de perforation de l'intestin grêle, par coelioscopie	0 1 Y	F,J,K,S,T,U	353,00	279	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,S,U	248,00	185	1
HGCA002	Suture de plaie ou de perforation de l'intestin grêle, par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	302,03	313	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	191,20	151	1
07.03.04.05	Entérostomie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HGCH001	Jéjunostomie, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique	0 1	X	193,64	267	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY150, YYYY300, ZZLP030)					
HGLA001	Pose d'une sonde de jéjunostomie pour alimentation entérale, par laparotomie	0 1 Y	I,J,K,T	175,12	174	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	102,27	71	1
HGCC026	Entérostomie cutanée, par coelioscopie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	247,17	251	1
	<i>Jéjunostomie ou iléostomie, par coelioscopie</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	140,57	114	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HGCA008	Entérostomie cutanée, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	218,37	218	1
	<i>À l'exclusion de : entérostomie avec oesophagostomie (HECA003)</i>	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	116,57	89	1
	<i>Jéjunostomie ou iléostomie, par laparotomie</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HGMA001	Confection secondaire d'une iléostomie continente de Koch, par laparotomie	0 1 Y	I,J,K,T	595,56	446	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	219,79	170	1
HGSA001	Fermeture d'entérostomie cutanée, par abord direct	0 1 Y	9,I,J,K,T	209,16	196	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	118,03	91	1
07.03.04.06	Dérivation de l'intestin grêle	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HGCC003	Entéroentérostomie de dérivation, par coelioscopie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	284,74	250	1
	<i>Anastomose duodénojéjunale, jéjunojéjunale, iléo-iléale ou jéjuno-iléale sans exérèse intestinale, par coelioscopie</i>	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	248,93	136	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HGCA001	Entéroentérostomie de dérivation, par laparotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	255,95	217	1
	<i>Anastomose duodénojéjunale, jéjunojéjunale, iléo-iléale ou jéjuno-iléale sans exérèse intestinale</i>	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	224,92	111	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HGCC015	Iléocolostomie de dérivation [Anastomose iléocolique sans exérèse intestinale], par coelioscopie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	281,92	252	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	207,50	121	1
HGCA005	Iléocolostomie de dérivation [Anastomose iléocolique sans exérèse intestinale], par laparotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	253,11	219	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	183,50	96	1
07.03.04.07	Entérotomie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HGPC006	Entérotomie à visée thérapeutique, par coelioscopie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	259,23	335	1
	<i>Entérotomie pour hémostase, ablation de corps étranger, exérèse de lésion intraluminaire de l'intestin grêle, par coelioscopie</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	152,10	143	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HGPA002	Entérotomie à visée thérapeutique, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	230,43	291	1
	<i>Entérotomie pour hémostase, ablation de corps étranger, exérèse de lésion intraluminaire de l'intestin grêle, par laparotomie</i>	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	131,96	118	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
07.03.04.08	Réduction d'une invagination intestinale aiguë	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HGEH001	Réduction totale ou partielle d'invagination intestinale aiguë par lavement opaque ou insufflation, avec guidage radiologique	0 1	F,P,S,U,X	144,11	204	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
HGEC009	Réduction d'invagination intestinale aiguë, par coelioscopie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	242,22	223	1
	<i>Avec ou sans : appendicectomie</i>	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	243,22	128	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HGEA003	Réduction d'invagination intestinale aiguë, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	213,41	194	1
	<i>Avec ou sans : appendicectomie</i>	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	222,09	103	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
07.03.04.09	Résection de l'intestin grêle					
	<i>À l'exclusion de : résection de l'intestin grêle pour malformation congénitale (cf 07.03.04.11)</i>					
HGFA001	Résection de l'angle duodénojéjunal avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	321,89	336	1
	Coder éventuellement 14 : (HGQE004, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	184,98	141	1
HGFA005	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle pour occlusion, par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	310,54	318	1
	<i>Avec ou sans : rétablissement de la continuité</i>	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	215,01	112	1
	Coder éventuellement 14 : (HGQE004, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HGFC014	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle sans rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par coelioscopie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	384,36	343	1
	Coder éventuellement 14 : (HGQE004, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	231,55	150	1
HGFA003	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle sans rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	297,09	298	1
	Coder éventuellement 14 : (HGQE004, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	189,37	125	1
HGFC021	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par coelioscopie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	279,08	305	1
	Coder éventuellement 14 : (HGQE004, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	190,65	135	1
HGFA007	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	250,28	265	1
	<i>À l'exclusion de : résection de l'angle duodénojéjunal avec rétablissement de la continuité, par laparotomie (HGFA001)</i>	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	166,65	110	1
	Coder éventuellement 14 : (HGQE004, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

HGFC016	Résection segmentaire multiple de l'intestin grêle, par coelioscopie <i>Avec ou sans : rétablissement de la continuité</i> Coder éventuellement 14 : (HGQE004, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X 7,A,F,O,P,S,U	484,32 249,47	531 1 195 1
HGFA004	Résection segmentaire multiple de l'intestin grêle, par laparotomie <i>Avec ou sans : rétablissement de la continuité</i> Coder éventuellement 14 : (HGQE004, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U 4,7,A,F,O,P,S,U	397,04 207,30	462 1 170 1
HGFA013	Résection totale de l'intestin grêle, par laparotomie <i>Avec ou sans : rétablissement de la continuité</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U 4,7,A,F,O,P,S,U	309,83 168,13	318 1 133 1
07.03.04.10 Transplantation de l'intestin grêle					
HGFA002	Prélèvement d'intestin grêle, chez un sujet en état de mort encéphalique	0 1 0 4	F,U A,F,U	0,00 0,00	100 1 75 1
HGEA005	Transplantation d'intestin grêle, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 1 Y 0 4 Y	F,U A,F,U	0,00 0,00	500 1 200 1
HGEA002	Transplantation d'intestin grêle et de foie réduit, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 1 Y 0 4 Y	F,U A,F,U	0,00 0,00	800 1 310 1
HGEA004	Transplantation d'intestin grêle et de foie total, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 1 Y 0 4 Y	F,U A,F,U	0,00 0,00	900 1 350 1
07.03.04.11 Correction des malformations congénitales de l'intestin grêle					
HGPH001	Désobstruction de l'intestin grêle par lavement intestinal pour iléus méconial, avec contrôle radiologique Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300, ZZLP025)	0 1	F,O,P,S,U,Y,Z	121,95	114 1
HGPA006	Désobstruction de l'intestin grêle pour iléus méconial, par laparotomie <i>Avec ou sans : appendicectomie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 4,A,F,P,S,U	317,63 281,44	371 1 174 1
HGFA012	Résection de l'intestin grêle et/ou du côlon pour péritonite néonatale, par laparotomie <i>Avec ou sans : rétablissement de la continuité</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 4,A,F,O,P,S,U	389,50 376,01	401 1 241 1
HGFC001	Exérèse de duplication de l'intestin grêle sans résection intestinale, par coelioscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T A	309,12 179,89	350 1 150 1
HGFA010	Exérèse de duplication de l'intestin grêle sans résection intestinale, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,O,T 4,A	290,69 241,06	282 1 135 1
HGFA011	Exérèse de duplication de l'intestin grêle avec résection intestinale, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T 4,A	336,07 257,18	332 1 157 1
HGFA008	Résection segmentaire d'une atrésie unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U 4,A,F,O,P,S,U	350,25 308,23	326 1 159 1
HGFA009	Résection segmentaire d'une atrésie étagée de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X 4,A,F,P,S,U	459,43 339,39	429 1 180 1
HGFC002	Résection du diverticule iléal [de Meckel], par coelioscopie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	213,41 123,71	243 1 84 1
HGFA006	Résection du diverticule iléal [de Meckel], par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X 4,7,A,F,O,P,S,U	224,75 120,96	245 1 93 1
HGAA002	Plastie d'allongement de l'intestin grêle, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,O,T 4,A	682,77 441,90	537 1 213 1
HGEC001	Détorsion intestinale ou section de bride péritonéale pour vice de rotation de l'anse intestinale primitive [mesenterium commune], par coelioscopie <i>Avec ou sans : appendicectomie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X A,F,O,P,S,U	358,05 292,65	298 1 133 1
HGEA001	Détorsion intestinale ou section de bride péritonéale pour vice de rotation de l'anse intestinale primitive [mesenterium commune], par laparotomie <i>Avec ou sans : appendicectomie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X 4,A,F,O,P,S,U	339,61 270,84	299 1 142 1
07.03.04.12 Autres actes thérapeutiques sur l'intestin grêle					
HGAC010	Plastie d'élargissement unique ou multiple de l'intestin grêle, par coelioscopie <i>Stricturoplastie de l'intestin grêle, par coelioscopie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 7,A	507,78 314,88	409 1 158 1
HGAA003	Plastie d'élargissement unique ou multiple de l'intestin grêle, par laparotomie <i>Stricturoplastie de l'intestin grêle, par laparotomie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 4,7,A	478,98 290,88	356 1 133 1
HGMA005	Rétablissement secondaire de la continuité digestive après résection de l'intestin grêle, par laparotomie <i>À l'exclusion de : fermeture d'entérostomie cutanée, par abord direct (HGSA001)</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,O,T 4,7,A	255,24 167,01	311 1 110 1

07.03.05 Actes thérapeutiques sur l'appendice vermiforme [appendice]

Facturation : l'appendicectomie ne peut être facturée avec une autre intervention que si elle nécessite un mode d'accès spécifique

HHFA016	Appendicectomie, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	187,89	177	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	103,64	63	1
HHFA011	Appendicectomie, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	176,79	178	1
	À l'exclusion de : appendicectomie, par abord de la fosse iliaque (HHFA001)	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	85,38	63	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HHFA001	Appendicectomie, par abord de la fosse iliaque	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	176,79	133	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	78,49	43	1
HHFA025	Appendicectomie avec toilette péritonéale pour péritonite aiguë généralisée, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	277,22	255	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	171,57	88	1
HHFA020	Appendicectomie avec toilette péritonéale pour péritonite aiguë généralisée, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	265,88	223	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	143,04	102	1
07.03.06 Actes thérapeutiques sur le côlon						
07.03.06.01 Exsufflation et détorsion du côlon						
HHJE001	Exsufflation du côlon, par endoscopie	0 1 Y	F,P,S,U	129,70	108	1
	Avec ou sans : pose d'une sonde d'aspiration					
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
HHEE001	Détorsion d'un volvulus du côlon, par endoscopie	0 1 Y	F,P,S,U	121,75	92	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	61,58	41	1
07.03.06.02 Dilataction et pose d'endoprothèse du côlon						
HHAE001	Dilataction d'une sténose du côlon et/ou du rectum, par endoscopie	0 1 Y		112,93	153	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	50,22	36	1
HHLH001	Pose d'une endoprothèse du côlon, avec guidage radiologique	0 1		167,20	341	1
	Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale					
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)					
HHLE005	Pose d'une endoprothèse du côlon, par coloscopie	0 1 Y	F,P,S,U	347,94	383	1
	Indication : - occlusion colique aiguë d'origine maligne, - sténose maligne non opérable ou non résécable Formation : théorique et pratique spécifique Facturation : - cet acte ne peut pas être facturé avec l'acte d'ablation d'endoprothèse du côlon par coloscopie - le tarif prend en compte le guidage radiologique	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	137,96	127	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HHGE010	Ablation d'une endoprothèse du côlon, par coloscopie	0 1 Y	F,P,S,U	108,31	383	1
	Indication : migration distale symptomatique de l'endoprothèse Facturation : cet acte ne peut pas être facturé avec l'acte de pose d'endoprothèse du côlon par coloscopie	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	53,84	127	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
07.03.06.03 Destruction endoscopique de lésion du côlon						
HHNE004	Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum sans laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle	0 1 Y		119,73	107	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	52,41	44	1
HHNE001	Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum sans laser, par coloscopie totale	0 1 Y		192,00	116	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	59,02	53	1
HHNE003	Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum avec laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle	0 1 Y		126,54	121	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	53,52	43	1
HHNE002	Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum avec laser, par coloscopie totale	0 1 Y		192,00	127	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	58,65	52	1
07.03.06.04 Exérèse endoscopique de lésion du côlon						
HHFE001	Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle	0 1 Y		103,28	85	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	49,12	37	1
HHFE002	Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale	0 1 Y		192,00	100	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	52,41	43	1
HHFE005	Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus du côlon et/ou du rectum, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle	0 1 Y		119,17	94	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	50,22	40	1
HHFE004	Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale	0 1 Y		192,00	106	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	57,18	51	1
HHFC001	Exérèse de polype du côlon par coloscopie, avec contrôle coelioscopique	0 1 Y		108,50	103	1
	Activité 1 : coelioscopie	0 2 Y	I	204,40	0	1
	Activité 2 : polypectomie endoscopique	0 4 Y	7,A	96,95	61	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HHFE006	Séance de mucosectomie rectocolique, par endoscopie	0 1 Y		202,03	100	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	53,89	45	1
07.03.06.05 Hémostase endoscopique de lésion du côlon						
HHSE004	Hémostase de lésion du côlon sans laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle	0 1 Y	F,P,S,U	94,53	104	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	53,89	44	1

HHSE002	Hémostase de lésion du côlon sans laser, par coloscopie totale	0 1 Y	F,P,S,U	171,72	108 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	57,55	52 1
HHSE001	Hémostase de lésion du côlon avec laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle	0 1 Y	F,P,S,U	101,91	123 1
	<i>Indication : angiodysplasie, ectasie vasculaire, ulcère, tumeur</i>	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	57,91	53 1
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
HHSE003	Hémostase de lésion du côlon avec laser, par coloscopie totale	0 1 Y	F,P,S,U	172,86	134 1
	<i>Indication : angiodysplasie, ectasie vasculaire, ulcère, tumeur</i>	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	59,39	57 1
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
07.03.06.06 Suture de plaie du côlon					
HHCC001	Suture de plaie ou de perforation du côlon, par coelioscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
		0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	292,11	329 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	215,22	134 1
HHCA001	Suture de plaie ou de perforation du côlon, par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	274,38	275 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	186,44	118 1
07.03.06.07 Colostomie					
HHCC007	Colostomie cutanée, par coelioscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
		0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	180,53	197 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	121,87	80 1
HHCA002	Colostomie cutanée, par laparotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	151,73	171 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	97,87	69 1
HHAA002	Plastie d'élargissement de stomie cutanée intestinale	0 1 Y	I,J,K,T	177,25	153 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	94,58	63 1
HHMC005	Réfection de stomie cutanée intestinale, par coelioscopie	0 1 Y	9,J,K,T,X	335,81	444 1
	<i>Avec ou sans : réfection de la paroi abdominale</i>	0 4 Y	7,A	127,74	158 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
HHMA002	Réfection de stomie cutanée intestinale, par laparotomie	0 1 Y	I,J,K,T,X	307,00	386 1
	<i>Avec ou sans : réfection de la paroi abdominale</i>	0 4 Y	4,7,A	103,74	133 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
HHSA001	Fermeture de colostomie cutanée latérale, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,T	234,68	208 1
	<i>Fermeture de colostomie latérale terminalisée [en canon de fusil]</i>	0 4 Y	7,A	156,75	71 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
07.03.06.08 Dérivation du côlon					
HHCC011	Colocolostomie de dérivation [Anastomose colocolique sans exérèse colique], par coelioscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
		0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	298,22	355 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	208,83	134 1
HHCA003	Colocolostomie de dérivation [Anastomose colocolique sans exérèse colique], par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	269,42	309 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	166,64	109 1
07.03.06.09 Colotomie					
HHPC002	Colotomie à visée thérapeutique, par coelioscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
	<i>Colotomie pour hémostase, ablation de corps étranger, exérèse de lésion intraluminaire du côlon, par coelioscopie</i>	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	275,09	344 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	157,07	131 1
HHPA001	Colotomie à visée thérapeutique, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	224,04	282 1
	<i>Colotomie pour hémostase, ablation de corps étranger, exérèse de lésion intraluminaire du côlon, par laparotomie</i>	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	130,13	113 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
07.03.06.10 Colectomie					
HHFC296	Colectomie droite sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
	Descriptif : HHFC296-30 Colectomie droite sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie, sans assistance par robot	0 1 Y	F,J,K,S,T,U	312,00	314 1
	Descriptif : HHFC296-40 Colectomie droite sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance par robot	0 4 Y	4,7,A,F,S,U	281,00	182 1
	Coder éventuellement 14 : (HHQE001, ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
HHFA026	Colectomie droite sans rétablissement de la continuité, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	265,17	344 1
	Coder éventuellement 14 : (HHQE001, ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	205,13	135 1
HHFA009	Colectomie droite avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	418,00	382 1
	Coder éventuellement 14 : (HGCA004, HHQE001, ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	250,80	147 1
HHFA008	Colectomie droite avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopi	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	475,03	476 1
	Descriptif : HHFA008-30 Colectomie droite avec rétablissement de la continuité par coelioscopie, sans assistance par robot	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	274,80	198 1
	Descriptif : HHFA008-40 Colectomie droite avec rétablissement de la continuité par coelioscopie, avec assistance par robot				
	<i>Indication : affection bénigne</i>				
	Coder éventuellement 14 : (HGCA004, HHQE001, ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
HHFA018	Colectomie transverse, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	418,00	351 1
	Coder éventuellement 14 : (HGCA004, HHQE001, ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	250,80	135 1
HHFA023	Colectomie transverse, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopi	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	446,80	416 1
	Descriptif : HHFA023-30 Colectomie transverse par coelioscopie, sans assistance par robot	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	274,80	171 1
	Descriptif : HHFA023-40 Colectomie transverse par coelioscopie, avec assistance par robot				
	Coder éventuellement 14 : (HGCA004, HHQE001, ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)				

HHFC040	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie	0 1 Y	F,J,K,S,T,U	445,00	373	1
		0 4 Y	4,7,A,F,S,U	296,00	207	1
<p>Descriptif : HHFC040-30 Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie, sans assistance par robot</p> <p>Descriptif : HHFC040-40 Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance par robot</p> <p>Avec ou sans : résection du rectum ne dépassant pas le cul-de-sac de Douglas</p> <p>Colectomie segmentaire basse [Résection du côlon sigmoïde] sans abaissement de l'angle gauche, sans rétablissement de la continuité par coelioscopie</p> <p>Coder éventuellement 14 : (HHQE001, ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
HHFA014	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par laparotomi	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	399,88	376	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	210,62	147	1
<p>Avec ou sans : résection du rectum ne dépassant pas le cul-de-sac de Douglas</p> <p>Colectomie segmentaire basse [Résection du côlon sigmoïde] sans abaissement de l'angle gauche, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie</p> <p>Coder éventuellement 14 : (HHQE001, ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
HHFA017	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomi	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	463,69	411	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	256,72	163	1
<p>Avec ou sans : résection du rectum ne dépassant pas le cul-de-sac de Douglas</p> <p>Colectomie segmentaire basse [Résection du côlon sigmoïde] sans abaissement de l'angle gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie</p> <p>Coder éventuellement 14 : (HGCA004, HHQE001, HPMA001, ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
HHFA010	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopi	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	565,07	552	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	282,57	230	1
<p>Descriptif : HHFA010-30 Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité par coelioscopie, sans assistance par robot</p> <p>Descriptif : HHFA010-40 Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité par coelioscopie, avec assistance par robot</p> <p>Avec ou sans : résection du rectum ne dépassant pas le cul-de-sac de Douglas</p> <p>Colectomie segmentaire basse [Résection du côlon sigmoïde] sans abaissement de l'angle gauche avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie coeliopréparée</p> <p>Indication : affection bénigne</p> <p>Coder éventuellement 14 : (HGCA004, HHQE001, HPMA001, ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
HHFA024	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par laparotomi	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	485,67	431	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	221,25	172	1
<p>Avec ou sans : résection du rectum ne dépassant pas le cul-de-sac de Douglas</p> <p>Hémicolectomie gauche sans rétablissement de la continuité, par laparotomie</p> <p>Colectomie segmentaire basse [Résection du côlon sigmoïde] avec abaissement de l'angle gauche sans rétablissement de la continuité, par laparotomie</p> <p>Coder éventuellement 14 : (HHQE001, ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
HHFA006	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomi	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	640,94	510	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	270,29	195	1
<p>Avec ou sans : résection du rectum ne dépassant pas le cul-de-sac de Douglas</p> <p>Hémicolectomie gauche avec rétablissement de la continuité, par laparotomie</p> <p>Colectomie segmentaire basse [Résection du côlon sigmoïde] avec abaissement de l'angle gauche avec rétablissement de la continuité, par laparotomie</p> <p>Coder éventuellement 14 : (HGCA004, HHQE001, HPMA001, ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
HHFA002	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopi	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	685,60	676	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	308,23	270	1
<p>Descriptif : HHFA002-30 Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité par coelioscopie, sans assistance par robot</p> <p>Descriptif : HHFA002-40 Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité par coelioscopie, avec assistance par robot</p> <p>Avec ou sans : résection du rectum ne dépassant pas le cul-de-sac de Douglas</p> <p>Hémicolectomie gauche avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie coeliopréparée</p> <p>Colectomie segmentaire basse [Résection du côlon sigmoïde] avec abaissement de l'angle gauche avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie coeliopréparée</p> <p>Indication : affection bénigne</p> <p>Coder éventuellement 14 : (HGCA004, HHQE001, HPMA001, ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
HHFA021	Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité, par laparotomi	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	718,93	549	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	271,70	209	1
<p>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
HHFA005	Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopi	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	741,61	668	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	295,70	234	1
<p>Descriptif : HHFA005-30 Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité par coelioscopie, sans assistance par robot</p> <p>Descriptif : HHFA005-40 Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité par coelioscopie, avec assistance par robot</p> <p>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
HHFA022	Colectomie totale avec conservation du rectum, avec anastomose iléorectale, par laparotomi	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	789,83	596	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	313,50	218	1
<p>Coder éventuellement 14 : (HGCA004, HPMA001, ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						

HHFA004	Colectomie totale avec conservation du rectum, avec anastomose iléorectale, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopi	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	996,85	852	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	340,42	314	1
Descriptif : HHFA004-30 Colectomie totale avec conservation du rectum, avec anastomose iléorectale par coelioscopie, sans assistance par robot Descriptif : HHFA004-40 Colectomie totale avec conservation du rectum, avec anastomose iléorectale par coelioscopie, avec assistance par robot Coder éventuellement 14 : (HGCA004, HPM001, ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HHFA030	Coloproctectomie totale sans rétablissement de la continuité, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	792,48	616	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	447,63	236	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HHFA029	Coloproctectomie totale sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopi	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1150,7	807	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	447,63	307	1
Descriptif : HHFA029-30 Coloproctectomie totale sans rétablissement de la continuité par coelioscopie, sans assistance par robot Descriptif : HHFA029-40 Coloproctectomie totale sans rétablissement de la continuité par coelioscopie, avec assistance par robot Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HHFA031	Coloproctectomie totale avec anastomose iléoanale, par laparotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	1063,50	747	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	489,43	298	1
Coder éventuellement 14 : (HGCA004, HGMA003, HPM001, ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HHFA028	Coloproctectomie totale avec anastomose iléoanale, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopi	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	1370,50	100	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	489,43	396	1
Descriptif : HHFA028-30 Coloproctectomie totale avec anastomose iléoanale par coelioscopie, sans assistance par robot Descriptif : HHFA028-40 Coloproctectomie totale avec anastomose iléoanale par coelioscopie, avec assistance par robot Coder éventuellement 14 : (HGCA004, HGMA003, HPM001, ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
07.03.06.11 Rétablissement de la continuité du côlon après colectomie						
HHMC001	Rétablissement secondaire de la continuité digestive après colectomie, par coelioscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	I,J,K,O,T	754,38	547	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HHMA003	Rétablissement secondaire de la continuité digestive après colectomie, par laparotomie <i>À l'exclusion de : fermeture de colostomie cutanée latérale, par abord direct (HHS001)</i>	0 1 Y	I,J,K,T	662,21	466	1
		0 4 Y	4,7,A	290,88	171	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
07.03.06.12 Correction des malformations congénitales du côlon						
HHFA003	Réséction du côlon pour malformation congénitale avec rétablissement de la continuité, par laparotomie <i>Exérèse de duplication du côlon avec rétablissement de la continuité, par laparotomie</i> <i>Réséction d'atrésie ou de sténose congénitale du côlon avec rétablissement de la continuité, par laparotomie</i>	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	418,00	318	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
07.03.07 Actes thérapeutiques sur le rectum						
07.03.07.01 Destruction et exérèse de lésion du rectum						
HJND001	Destruction de lésion du rectum, par voie anale	0 1 Y	I,X	132,58	64	1
		Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
HJFD002	Exérèse de tumeur du rectum, par voie anale <i>Exérèse de lésion du rectum par lambeau tracteur, technique du parachute, par voie anale</i>	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	296,36	201	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	117,30	96	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HJFA003	Exérèse de tumeur du rectum, par abord transsphinctérien <i>Descriptif : HJFA003-30 Exérèse de tumeur du rectum, par voie transsphinctérienne, sans assistance par robot</i> <i>Descriptif : HJFA003-40 Exérèse de tumeur du rectum, par voie transsphinctérienne, avec assistance par robot</i>	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	264,46	282	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	127,93	118	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HJFE429	Dissection sousmuqueuse de lésion du rectum, par endoscopie <i>Dissection sousmuqueuse du rectum, par rectoscopie souple</i> <i>Indication : lésions rectales superficielles à potentiel cancéreux jugées à faible risque d'envahissement ganglionnaire, en cas de présence d'un ou de plusieurs des critères de dégénérescence suivants :</i> <i>- lésion LST non granulaire de taille supérieure à 15 mm ;</i> <i>- lésion LST homogène granulaire homogène non macronodulaire de taille supérieure à 30 mm ;</i> <i>- lésion LST granulaire avec macronodule (de plus de 10 mm) de taille supérieure à 20 mm ;</i> <i>- lésion de type Sano IIIa de taille supérieure à 15 mm ;</i> <i>- lésion de type Kudo modifié Vi de taille supérieure à 15 mm ;</i> <i>- lésion neuroendocrine de taille inférieure à 16 mm.</i> <i>Formation : médecin hépato-gastroentérologue ou chirurgien viscéral, avec formations complémentaires de détection et de caractérisation des lésions d'endoscopie digestive interventionnelle et formation spécifique à la technique de dissection sousmuqueuse</i> <i>Environnement : encadrement, au sens de l'article L.1151-1 du code de la santé publique, selon les recommandations de l'avis de la HAS du 22 octobre 2020 (Avis n°2020.0063/AC/SEAP)</i> <i>Recueil prospectif de données : poursuite de registre prospectif et centralisé actuellement en place pour la dissection sous muqueuse, avec un recueil exhaustif des données cliniques</i>	0 1 Y			424	1
		0 4 Y	7,A		106	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HJFA018	Exérèse de tumeur du rectum, par abord transsacroccygyien [de Kraske]	0 1 Y	9,J,K,T	483,54	359	1
		0 4 Y	7,A	221,21	141	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
07.03.07.02 Ablation de corps étranger du rectum						
HHGE002	Ablation de corps étranger du côlon et/ou du rectum, par endoscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1	F,P,S,U	108,31	95	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
		0 4	7,A,F,P,S,U	52,05	42	1

HJGD001	Ablation de corps étranger ou de fécalome intrarectal, par voie anale sous anesthésie générale ou locorégionale	0 1	9,F,P,S,U	56,72	134	1
		0 4	7,A,F,P,S,U	72,94	42	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

07.03.07.03 Suture de plaie du rectum

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HJCD002	Suture de plaie du rectum par voie anale, sans réparation du muscle sphincter externe de l'anus	0 1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	168,74	86	1
		0 4	Y	7,A,F,O,P,S,U	94,94	43	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

HJCD001	Suture de plaie du rectum par voie anale, avec réparation du muscle sphincter externe de l'anus	0 1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	299,91	230	1
		0 4	Y	7,A,F,O,P,S,U	145,14	115	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

HJCC001	Suture de plaie ou de perforation intrapéritonéale du rectum, par coelioscopie	0 1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	249,57	324	1
		0 4	Y	7,A,F,O,P,S,U	197,62	145	1

Coder éventuellement 14 : (HGCA004) - 4 : (GELE001, YYYY041)

HJCA001	Suture de plaie ou de perforation intrapéritonéale du rectum, par laparotomie	0 1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	273,67	313	1
		0 4	Y	4,7,A,F,O,P,S,U	179,11	112	1

Coder éventuellement 14 : (HGCA004) - 4 : (GELE001, YYYY041)

07.03.07.04 Rectopexie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HJDC001	Rectopexie, par coelioscopie	0 1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	442,42	452	1
		0 4	Y	7,A,F,O,P,S,U	176,38	148	1

Descriptif : HJDC001-30 Rectopexie, par coelioscopie, sans assistance par robot

Descriptif : HJDC001-37 Rectopexie sans pose d'implant de renfort, par coelioscopie, sans assistance par robot

Descriptif : HJDC001-38 Rectopexie avec pose d'implant de renfort, par coelioscopie, sans assistance par robot

Descriptif : HJDC001-40 Rectopexie, par coelioscopie, avec assistance par robot

Descriptif : HJDC001-47 Rectopexie sans pose d'implant de renfort, par coelioscopie, avec assistance par robot

Descriptif : HJDC001-48 Rectopexie avec pose d'implant de renfort, par coelioscopie, avec assistance par robot

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

HJDA001	Rectopexie, par laparotomie	0 1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	341,03	401	1
		0 4	Y	4,7,A,F,O,P,S,U	151,64	136	1

Descriptif : HJDA001-07 Rectopexie sans pose d'implant de renfort, par laparotomie

Descriptif : HJDA001-08 Rectopexie avec pose d'implant de renfort, par laparotomie

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

07.03.07.05 Traitement de fistule du rectum

À l'exclusion de : fermeture de fistule

- congénitale avec l'appareil génito-urinaire (cf 07.03.08.10)

- avec résection de segment viscéral ; coder uniquement l'acte d'exérèse

Le traitement d'une fistule inclut la résection des berges et du trajet fistuleux.

Avec ou sans : interposition d'appendice [de frange] épiploïque

HJJA001	Drainage d'une fistule rectovaginale acquise	0 1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	250,80	129	1
		0 4	Y	7,A,F,O,P,S,U	104,50	53	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

HJPA001	Mise à plat d'une fistule rectovaginale acquise, par périnéotomie	0 1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	250,80	176	1
		0 4	Y	7,A,F,O,P,S,U	107,67	68	1

Premier temps de la technique selon Musset

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

HJSA001	Fermeture d'une fistule rectovaginale haute ou colovaginale acquise, par laparotomie	0 1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	346,00	391	1
		0 4	Y	4,7,A,F,O,P,S,U	144,33	145	1

Coder éventuellement 14 : (HPMA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)

HJFA013	Résection d'une fistule rectovaginale acquise, avec fermeture en un temps par suture musculaire et lambeau d'avancement, par abord périnéal	0 1	Y	9,J,K,O,T	297,56	282	1
		0 4	Y	7,A	130,04	116	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

HJMA002	Reconstruction de la paroi antérieure de l'anus et du rectum et de la paroi postérieure du vagin, avec sphinctéroplastie anale, par abord périnéal	0 1	Y	9,J,K,T	312,67	299	1
		0 4	Y	7,A	129,30	113	1

Deuxième temps de la technique selon Musset

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

07.03.07.06 Résection du rectum

À l'exclusion de : résection rectocolique pour aganglionose congénitale (cf 07.03.07.08)

HJFC031	Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie	0 1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	507,78	538	1
		0 4	Y	7,A,F,O,P,S,U	314,88	166	1

Descriptif : HJFC031-30 Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie, sans assistance par robot

Descriptif : HJFC031-40 Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance par robot

Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)

HJFA011	Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie	0 1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	478,98	468	1
		0 4	Y	4,7,A,F,O,P,S,U	290,88	141	1

Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)

HJFA002	Résection rectosigmoïdienne avec anastomose colorectale infrapéritonéale, par laparotomie	0 1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	687,98	554	1
		0 4	Y	4,7,A,F,O,P,S,U	374,48	184	1

Coder éventuellement 14 : (HGCA004, HPMA001, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)

HJFA004	Résection rectosigmoïdienne avec anastomose colorectale infrapéritonéale, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie	0 1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	753,67	672	1
		0 4	Y	4,7,A,F,O,P,S,U	398,48	218	1

Descriptif : HJFA004-30 Résection rectosigmoïdienne avec anastomose colorectale infrapéritonéale par coelioscopie, sans assistance par robot

Descriptif : HJFA004-40 Résection rectosigmoïdienne avec anastomose colorectale infrapéritonéale par coelioscopie, avec assistance par robot

Coder éventuellement 14 : (HGCA004, HPMA001, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)

HJFA006	Résection rectosigmoïdienne par laparotomie, avec anastomose coloanale par voie anale ou par abord transsphinctérien	0 1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	818,19	631	1
		0 4	Y	4,7,A,F,O,P,S,U	374,48	222	1

Coder éventuellement 14 : (HGCA004, HGMA003, HPMA001, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)

HJFA017	Résection rectosigmoïdienne par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie, avec anastomose coloanale par voie anale	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	847,96	701	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	398,48	232	1
Descriptif : HJFA017-30 Résection rectosigmoïdienne par coelioscopie sans assistance par robot, avec anastomose coloanale par voie anale Descriptif : HJFA017-40 Résection rectosigmoïdienne par coelioscopie avec assistance par robot, avec anastomose coloanale par voie anale Coder éventuellement 14 : (HGCA004, HPM001, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HJFA001	Résection rectocolique avec abaissement colique rétrorectal par laparotomie, avec anastomose colorectale par voie anale	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	805,42	707	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	386,75	305	1
Opération selon Duhamel Coder éventuellement 14 : (HGCA004, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HJFA005	Amputation du rectum, par abord périnéal	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	527,50	500	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	236,97	184	1
Coder éventuellement 14 : (ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HJFA007	Amputation du rectum, par laparotomie et par abord périnéal	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	827,40	651	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	331,85	282	1
Coder éventuellement 14 : (HPMA001, ZZNA002, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HJFA019	Amputation du rectum, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie et par abord périnéal	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	945,81	792	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	347,78	281	1
Descriptif : HJFA019-30 Amputation du rectum par coelioscopie et par abord périnéal, sans assistance par robot Descriptif : HJFA019-40 Amputation du rectum par coelioscopie et par abord périnéal, avec assistance par robot Coder éventuellement 14 : (HPMA001, ZZNA002, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HJFA014	Exérèse de moignon rectal résiduel, par abord périnéal	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	374,48	259	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	217,73	132	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HJFC023	Proctectomie secondaire par coelioscopie avec anastomose iléoanale par voie transanale, après colectomie totale initiale	0 1 Y	I,J,K,O,T	911,51	698	1
		0 4 Y	7,A	398,48	279	1
Descriptif : HJFC023-30 Proctectomie secondaire par coelioscopie, sans assistance par robot et anastomose iléoanale par voie transanale, après colectomie totale initiale Descriptif : HJFC023-40 Proctectomie secondaire par coelioscopie, avec assistance par robot et anastomose iléoanale par voie transanale, après colectomie totale initiale Coder éventuellement 14 : (HGCA004, HGMA003, ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HJFA012	Proctectomie secondaire par laparotomie avec anastomose iléoanale par voie transanale, après colectomie totale initiale	0 1 Y	9,J,K,T	882,71	607	1
		0 4 Y	4,7,A	374,48	254	1
Coder éventuellement 14 : (HGCA004, HGMA003, ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
07.03.07.07 Résection de prolapsus rectal et de rectocèle						
HHFA027	Résection complète d'un prolapsus colorectal extériorisé, avec anastomose coloanale et myorrhaphie du plancher pelvien	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	J,K,T,X	367,26	246	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HJFA008	Résection circonférentielle de la muqueuse d'un prolapsus rectal et plicature de la musculuse, par abord périnéal	0 1 Y	I,J,K,T,X	256,66	235	1
		0 4 Y	7,A	134,89	121	1
Opération selon Delorme Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HJFA009	Résection circonférentielle de la muqueuse d'un prolapsus rectal et plicature de la musculuse, avec réduction d'hédrocèle par abord périnéal	0 1 Y	I,J,K,T,X	282,18	259	1
		0 4 Y	7,A	140,76	133	1
Opération selon Delorme avec douglassectomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HJFD004	Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculuse, par voie anale	0 1 Y	I,J,K,T	230,43	192	1
		0 4 Y	7,A	120,60	99	1
Opération selon Sullivan Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HJFD001	Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculuse par voie anale, avec anoplastie muqueuse postérieure	0 1 Y	9,I,J,K,T	253,82	212	1
		0 4 Y	7,A	137,09	109	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HJFD005	Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculuse par voie anale, avec hémorroïdectomie pédiculaire	0 1 Y	J,K,O,T,X	301,33	223	1
		0 4 Y	7,A	140,02	114	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
07.03.07.08 Correction des malformations congénitales du rectum						
HJFC002	Résection rectosigmoïdienne pour aganglionose congénitale par coelioscopie, avec rétablissement de la continuité par voie anale	0 1 Y	9,J,K,O,T	624,63	565	1
		0 4 Y	A	411,29	209	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HJFA020	Résection rectosigmoïdienne pour aganglionose congénitale par laparotomie, avec rétablissement de la continuité par voie anale	0 1 Y	9,J,K,T	536,71	465	1
		0 4 Y	4,A	376,29	179	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HJFD003	Résection rectosigmoïdienne pour aganglionose congénitale avec rétablissement de la continuité, par voie anale	0 1 Y	9,J,K,T	536,71	465	1
		0 4 Y	A	376,29	179	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HJFC001	Résection rectocolique subtotale pour aganglionose congénitale par coelioscopie, avec rétablissement de la continuité par voie anale	0 1 Y	I,J,K,T	705,46	545	1
		0 4 Y	A	453,82	226	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
HJFA016	Résection rectocolique subtotale pour aganglionose congénitale par laparotomie, avec rétablissement de la continuité par laparotomie ou par voie anale	0 1 Y	J,K,T	563,45	487	1
		0 4 Y	4,A	420,64	210	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

HJFC003	Résection rectocolique totale pour aganglionose congénitale par coelioscopie, avec rétablissement de la continuité par voie anale	0 1 Y 0 4 Y	9,I,J,K,T A	782,03 532,99	693 1 278 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HJFA015	Résection rectocolique totale pour aganglionose congénitale par laparotomie, avec rétablissement de la continuité par laparotomie ou par voie anale	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,O,T 4,A	692,69 436,77	562 1 195 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HJFA010	Exérèse de duplication du rectum, par abord transsacrococcygien [de Kraske]	0 1 Y 0 4 Y	J,K,O,T A	389,95 217,73	250 1 130 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
07.03.07.09 Autres actes thérapeutiques sur le rectum					
HJBA001	Plicature de la paroi antérieure du rectum, par abord périnéal <i>À l'exclusion de : colpopérinéorraphie postérieure (cf 08.04.04.04)</i> <i>Avec ou sans : myorraphie des muscles élévateurs de l'anus</i>	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T 7,A	240,35 146,14	185 1 88 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HJSD001	Hémostase secondaire à un acte sur le rectum	0 1 Y 0 4 Y	F,I,P,S,U 7,A,F,P,S,U	57,43 55,35	50 1 57 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
07.03.08 Actes thérapeutiques sur l'anus					
<i>À l'exclusion de : actes thérapeutiques pour hémorroïdes (cf 04.04.07)</i>					
07.03.08.01 Injection au niveau de l'anus					
HKLBO01	Injection sclérosante périanale chez l'enfant	0 1	X	90,75	53 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
HKLBO02	Injection sousfissuraire et/ou intrasphinctérienne de l'anus	0 1	I,O	21,27	42 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
07.03.08.02 Dilatation anale					
HJAD001	Dilatation ou incision de sténose anorectale <i>Dilatation progressive de sténose anorectale aux bougies</i> <i>Incisions radiaires anorectales</i>	0 1 0 4	F,I,P,S,U 7,A,F,P,S,U	86,06 54,25	103 1 49 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
07.03.08.03 Suture de plaie de l'anus					
HKCA004	Suture de plaie de l'anus, sans réparation du muscle sphincter externe de l'anus	0 1 Y	9,F,P,S,U	53,88	54 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
HKCA003	Suture de plaie de l'anus, avec réparation du muscle sphincter externe de l'anus <i>Avec ou sans : suture de plaie du vagin et/ou de la vulve</i>	0 1 Y 0 4 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	266,58 138,90	224 1 105 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
07.03.08.04 Réparation anopérinéale pour prolapsus rectal					
HKMA001	Plastie cutanée de la marge de l'anus <i>Opération selon Sarafoff</i>	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,O,T 7,A	159,53 118,03	197 1 89 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HKCA005	Myorraphie préanale des muscles élévateurs de l'anus	0 1 Y 0 4 Y	J,K,O,T,X 7,A	197,81 109,97	171 1 81 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HKCA002	Myorraphie rétroanale des muscles élévateurs de l'anus <i>Avec ou sans : sphinctéroplastie de l'anus</i> <i>Postanal repair selon Parks</i>	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T,X 7,A	214,83 117,30	183 1 87 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HKCA001	Myorraphie préanale et rétroanale des muscles élévateurs de l'anus <i>Avec ou sans : sphinctéroplastie de l'anus</i> <i>Total pelvic floor repair</i>	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T,X 7,A	270,13 120,59	196 1 94 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
07.03.08.05 Traitement des abcès et fistules anorectales					
HKPA006	Incision d'abcès de la région anale <i>Avec ou sans : drainage</i>	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U A,F,P,S,U	52,25 50,95	42 1 21 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HKPA005	Mise à plat d'abcès et/ou de fistule intersphinctérien haut [intramural] de l'anus	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U,X 7,A,F,P,S,U	194,27 58,65	99 1 68 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HKPA007	Mise à plat d'abcès et/ou de fistule haut de l'anus [transsphinctérien supérieur] ou à trajet complexe multiramifié, avec drainage par anse souple <i>Phase 1 : pose de l'anse souple</i> <i>Phase 2 : séance de traction progressive sur l'anse souple</i>	1 1 Y 1 4 Y 2 1	9,F,I,P,S,U,X 7,A,F,P,S,U 9,F,I,P,S,U,X	214,12 67,08 38,29	201 1 92 1 49 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HKPA008	Mise à plat d'abcès et/ou de fistule haut de l'anus [transsphinctérien supérieur] ou à trajet complexe multiramifié, avec lambeau d'avancement	0 1 Y 0 4 Y	9,F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	191,43 66,35	190 1 89 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HKPA004	Mise à plat d'abcès et/ou de fistule bas de l'anus [transsphinctérien inférieur] en un temps, par fistulotomie ou fistulectomie	0 1 Y 0 4 Y	F,I,O,P,S,U 7,A,F,P,S,U	157,40 56,82	87 1 60 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HKPA002	Mise à plat de fistule basse [transsphinctérienne inférieure] de l'anus avec résection d'un paquet hémorroïdaire isolé	0 1 Y 0 4 Y	9,O 7,A	158,82 72,00	95 1 65 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

HKPA001	Mise à plat de fistule basse [transsphinctérienne inférieure] de l'anus avec hémorroïdectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse	0 1 Y 0 4 Y	I,O 7,A	233,97 77,89	174 1 78 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
07.03.08.06 Sphinctérotomie anale					
HKPA003	Sphinctérotomie interne [Léiomyotomie] latérale de l'anus	0 1 Y		62,70	71 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
HKFA009	Sphinctéromyectomie de l'anus, par abord anal	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T,X A	187,18 67,44	149 1 64 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HKPA009	Sphinctérotomie, sphinctéromyotomie ou sphinctéromyectomie de l'anus, par abord transsacroccygyien [de Kraske]	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T,X A	258,08 75,14	199 1 84 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
07.03.08.07 Excision de fissure anale					
<i>Avec ou sans : sphinctérotomie anale interne [léiomyotomie anale]</i>					
HKFA002	Résection d'une fissure anale infectée	0 1 Y 0 4 Y	9,F,I,P,S,U 7,A,F,P,S,U	96,42 54,98	79 1 51 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HKFA004	Excision d'une fissure anale [Fissurectomie anale]	0 1 Y	O	63,10	66 1
Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)					
HKFA005	Excision d'une fissure et/ou d'une sténose anale, avec anoplastie muqueuse	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	138,26 81,60	149 1 65 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HKFA006	Excision d'une fissure anale, avec anoplastie muqueuse et résection d'un paquet hémorroïdaire isolé	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,O,T 7,A	160,94 81,60	160 1 71 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
07.03.08.08 Destruction et excision d'autre lésion de l'anus					
HKFA008	Destruction et/ou exérèse de lésion superficielle non tumorale de l'anus	0 1 Y		38,40	38 1
<i>À l'exclusion de : - excision</i>					
<i>- de fistule de l'anus (cf 07.03.08.05)</i>					
<i>- de fissure de l'anus (cf 07.03.08.07)</i>					
<i>- destruction d'une papillomatose extensive de l'anus (HKND001)</i>					
<i>Avec ou sans : destruction et/ou exérèse de lésion superficielle de la région périanale</i>					
<i>Excision de marisque, de papille anale hypertrophiée, d'une papillomatose, de condylomes de l'anus</i>					
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
HKND001	Destruction d'une papillomatose extensive de l'anus	0 1 Y 0 4 Y	X 7,A	70,90 54,98	63 1 47 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HKFA001	Destruction et/ou exérèse de tumeur bénigne du canal anal	0 1 Y	I,X	58,14	108 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
HKFA007	Exérèse de tumeur maligne du canal anal et/ou de l'anus	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U,X 7,A,F,P,S,U	137,55 59,39	99 1 70 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
07.03.08.09 Réparation et reconstruction du muscle sphincter externe de l'anus					
HKMA003	Suture du muscle sphincter externe de l'anus [Sphinctérorraphie anale directe] pour incontinence anale	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T 7,A	267,29 88,71	191 1 80 1
<i>Avec ou sans : plastie cutanée</i>					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HKMA002	Suture du muscle sphincter externe de l'anus [Sphinctérorraphie anale directe] pour incontinence anale, avec myorraphie des muscles élévateurs de l'anus	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T 7,A	260,91 112,90	287 1 150 1
<i>Avec ou sans : plastie cutanée</i>					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HKMA004	Reconstruction du muscle sphincter externe de l'anus par transposition musculaire unilatérale	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T 7,A	489,21 114,00	356 1 140 1
<i>Graciloplastie ou glutéoplastie unilatérale de substitution sphinctérienne anale</i>					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HKMA005	Reconstruction du muscle sphincter externe de l'anus par transposition musculaire bilatérale	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T,X 7,A	570,75 123,16	401 1 168 1
<i>Graciloplastie ou glutéoplastie bilatérale de substitution sphinctérienne anale</i>					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HKLA002	Pose d'un sphincter anal artificiel	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 7,A	197,69 103,64	200 1 110 1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>					
<i>Environnement : spécifique</i>					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HKGA001	Ablation ou changement d'un sphincter anal artificiel	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	197,69 103,64	200 1 110 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HKLA001	Implantation d'un électrostimulateur du muscle sphincter externe de l'anus ou d'un lambeau de plastie de ce muscle	0 1 Y 0 4 Y	J,K 7,A	0,00 0,00	188 1 85 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)					
HKKA001	Changement d'un électrostimulateur du muscle sphincter externe de l'anus ou d'un lambeau de plastie de ce muscle	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,U 7,A,F,U	0,00 0,00	188 1 85 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)					
07.03.08.10 Correction des malformations anorectales congénitales					
<i>Comprend : abaissement rectal ou anorectal</i>					
<i>Avec ou sans :</i>					
<i>- fermeture de communication recto-urinaire ou rectovaginale</i>					
<i>- proctoplastie</i>					

HJEA003	Abaissement du rectum pour malformation anorectale haute, par laparotomie et par abord périnéal	0 1 Y	J,K,T	546,60	481	1
		0 4 Y	4,A	370,42	182	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HJEA002	Abaissement du rectum pour malformation anorectale haute ou intermédiaire, par abord transsacroccocygien [de Kraske] et par abord périnéal	0 1 Y	9,J,K,O,T	579,96	465	1
		0 4 Y	A	371,16	179	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HJEA004	Abaissement du rectum pour malformation anorectale haute ou intermédiaire, par abord périnéal médian	0 1 Y	J,K,T	526,03	432	1
		0 4 Y	A	360,53	167	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HJEA001	Abaissement du rectum avec cervicocystoplastie, urétroplastie et vaginoplastie pour malformation anorectale haute, par laparotomie et par abord périnéal	0 1 Y	J,K,T	699,57	703	1
		0 4 Y	4,A	440,44	263	1
	<i>Correction de malformation type cloaque</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HJMA001	Anoplastie pour malformation anorectale basse	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	197,69	163	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	103,64	62	1
	<i>Opération type cut back</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HKMA006	Anoplastie pour malformation anorectale basse, avec transposition de l'anus	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	467,23	288	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	234,97	114	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
HKEA001	Transposition postérieure de l'anus	0 1 Y	J,K,O,T,X	395,62	285	1
		0 4 Y	A	234,23	113	1
	<i>Avec ou sans : myoplastie des muscles élévateurs de l'anus</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
07.03.08.11 Rééducation anorectale						
HTRD001	Séance de rééducation anorectale avec rétrocontrôle [biofeedback] manométrique intracavitaire, sans électrostimulation	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1	X	48,43	35	1
HTRD002	Séance de rééducation anorectale avec rétrocontrôle [biofeedback] manométrique intracavitaire et électrostimulation	0 1	X	62,73	40	1
07.03.08.12 Autres actes thérapeutiques sur l'anus						
HKSD001	Hémostase secondaire à un acte sur l'anus	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,P,S,U	41,80	68	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	53,52	45	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
07.03.09 Autres actes thérapeutiques sur le tube digestif						
ZCJD001	Irrigation-drainage d'une fistule d'un viscère abdominal, par 24 heures	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1	X	33,50	22	1
07.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE FOIE ET LES VOIES BILIAIRES						
<i>Par voies biliaires, on entend :</i>						
<i>- conduits biliaires intrahépatiques</i>						
<i>- conduits biliaires extrahépatiques : conduit hépatique commun et conduit cholédoque</i>						
<i>- vésicule biliaire et conduit cystique.</i>						
<i>Par voie biliaire principale, on entend :</i>						
<i>- conduits biliaires intrahépatiques</i>						
<i>- conduit hépatique commun</i>						
<i>- conduit cholédoque.</i>						
07.04.01 Cholécystostomie						
HMCH001	Cholécystostomie, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1	F,I,P,S,U,X	170,75	257	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY150, YYYY300, ZZLP030)					
HMCA009	Cholécystostomie cutanée, par laparotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	207,74	250	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	100,07	75	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
07.04.02 Dilatation des conduits biliaires						
<i>Avec ou sans : contrôle radiologique des conduits biliaires</i>						
HMAH001	Dilatation de conduit biliaire, par un drain transcutané déjà en place avec guidage échographique et/ou radiologique	0 1		209,00	187	1
		0 4	7,A	125,40	45	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY140, YYYY300) - 4 : (YYYY041)					
HMAH002	Dilatation de conduit biliaire, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique	0 1		209,00	215	1
		0 4	7,A	125,40	55	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY140, YYYY300) - 4 : (YYYY041)					
HMAE002	Dilatation rétrograde de conduit biliaire, par oeso-gastro-duodénoscopie	0 1 Y		340,41	216	1
		0 4 Y	7,A	149,40	62	1
	<i>Avec ou sans : sphinctérotomie biliaire endoscopique</i>					
	Coder éventuellement 1 : (HMJE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HMAE001	Dilatation de l'ampoule hépatopancréatique [du sphincter d'Oddi], par oeso-gastro-duodénoscopie	0 1 Y		266,13	198	1
		0 4 Y	7,A	83,94	55	1
	Coder éventuellement 1 : (HMJE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
07.04.03 Drainage des conduits biliaires						
<i>Avec ou sans :</i>						
<i>-contrôle radiologique des conduits biliaires</i>						
<i>-dilatation des conduits biliaires</i>						
HMJH006	Drainage externe d'un conduit biliaire, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique	0 1	F,P,S,U,X	204,66	245	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY140, YYYY300, ZZLP030)					

HMJH005	Drainage externe d'un conduit biliaire avec pose d'une endoprothèse, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique <i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY140, YYYY300, ZZLP030)	0 1	F,P,S,U,X	406,90	390	1
HMJH003	Drainage externe de plusieurs conduits biliaires, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique Coder éventuellement 1 : (YYYY140, YYYY300, ZZLP030)	0 1	F,P,S,U,X	354,82	376	1
HMJH001	Drainage externe de plusieurs conduits biliaires avec pose d'endoprothèse, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique <i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY140, YYYY300, ZZLP030)	0 1	F,P,S,U,X	634,56	508	1
HMJH004	Drainage externe de conduit biliaire, par voie transcutanée avec guidage scanographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)	0 1	9,F,I,P,S,U	151,38	294	1
HMJH002	Drainage internalisé d'un conduit biliaire, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique Coder éventuellement 1 : (YYYY160, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 0 4	F,P,S,U,X 7,A,F,P,S,U	311,23 125,40	323 94	1 1
HMJH007	Drainage internalisé de plusieurs conduits biliaires, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique Coder éventuellement 1 : (YYYY160, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1 0 4	F,P,S,U,X 7,A,F,P,S,U	491,67 125,40	418 128	1 1
HMJE127	Drainage biliaire avec pose d'endoprothèse transluminale d'apposition biliogastrique ou bilioduodénale, par oeso-gastroduodénoscopie, avec guidage échoendoscopique <i>Indication : les indications doivent être conformes aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</i> <i>Environnement : conformes à l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</i> <i>Formation : conformes à l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</i> <i>Recueil prospectif de données : tenue d'un registre</i> <i>Facturation :</i> - le tarif prend en compte le guidage échoendoscopique, le contrôle endoscopique et l'éventuel contrôle radiologique - Prise en charge provisoire conformément aux dispositions des articles L.162-1-7 et D.162-25-1 du Code de la sécurité sociale Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 0 4	F,S,U 7,A,F,S,U		199 58	1 1
HMMA001	Internalisation secondaire d'un drainage biliaire externe déjà en place Coder éventuellement 1 : (YYYY145, YYYY400, ZZLP025)	0 1	I,X	164,70	228	1
HMMA002	Internalisation secondaire de plusieurs drainages biliaires externes déjà en place Coder éventuellement 1 : (YYYY145, YYYY400, ZZLP025)	0 1	I,X	205,87	284	1
HMPE001	Section du versant biliaire du muscle sphincter de l'ampoule hépatopancréatique [sphincter d'Oddi], par ½so-gastro-duodénoscopie [Sphinctérotomie biliaire endoscopique] Coder éventuellement 1 : (HMJE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	313,50 149,40	188 49	1 1
07.04.04 Pose d'endoprothèse biliaire <i>La pose d'une endoprothèse biliaire inclut la dilatation et le contrôle radiologique des conduits biliaires.</i> <i>La pose d'une endoprothèse biliaire par oeso-gastro-duodénoscopie inclut la sphinctérotomie biliaire endoscopique.</i>						
HMLH003	Pose d'une endoprothèse dans un conduit biliaire préalablement drainé, avec guidage échographique et/ou radiologique <i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i> Coder éventuellement 1 : (HMJE001, YYYY140, YYYY300, ZZLP030)	0 1	9	132,00	209	1
HMLH002	Pose de plusieurs endoprothèses dans des conduits biliaires préalablement drainés, avec guidage échographique et/ou radiologique <i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i> Coder éventuellement 1 : (HMJE001, YYYY140, YYYY300, ZZLP042)	0 1	9	198,60	256	1
HMLE002	Pose d'une endoprothèse biliaire, par oeso-gastro-duodénoscopie <i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i> Coder éventuellement 1 : (HMJE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	410,70 198,55	244 69	1 1
HMLE003	Pose de plusieurs endoprothèses biliaires, par oeso-gastro-duodénoscopie <i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i> Coder éventuellement 1 : (HMJE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	486,06 198,55	277 81	1 1
HMLH001	Pose d'une endoprothèse biliaire, par oeso-gastro-duodénoscopie et par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique <i>Activité 1 : pose d'un fil guide par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique</i> <i>Activité 2 : pose d'une endoprothèse biliaire, par oeso-gastro-duodénoscopie</i> Coder éventuellement 1 : (HMJE001, YYYY140, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 2 Y 0 4 Y	F,P,S,U,X F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	417,80 397,10 154,20	425 0 117	1 1 1
HMLC001	Pose d'endoprothèse biliaire par cholédochotomie, par coelioscopie <i>Avec ou sans : forage de conduit biliaire</i> Coder éventuellement 14 : (HMQA001, HMQH008, YYYY400) - 1 : (HMJE001, YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U 7,8,A,F,O,P,S,U	403,28 273,08	489 159	1 1

HMLA001	Pose d'endoprothèse biliaire par cholédochotomie, par laparotomie	0 1 Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U	374,48	347	1
	<i>Avec ou sans : forage de conduit biliaire</i>	0 4 Y	4,7,8,A,F,O,P,S,U	249,08	105	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQA001, HMQH008, YYYY400) - 1 : (HMJE001, YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

07.04.05 Ablation et changement de drain et d'endoprothèse biliaire

Avec ou sans :

- dilatation des conduits biliaires
- contrôle radiologique des conduits biliaires

HMKH001	Changement de drain biliaire, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique	0 1	6,F,P,S,U	57,60	145	1
	Coder éventuellement 1 : (HMJE001, YYYY140, YYYY300, ZZLP025)					
HMGH002	Ablation ou changement d'endoprothèse biliaire, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique	0 1	6,F,P,S,U,X	409,32	368	1
	Coder éventuellement 1 : (HMJE001, YYYY140, YYYY300, ZZLP025)					
HMGH003	Ablation ou changement d'endoprothèse biliaire, par un drain transcutané déjà en place avec guidage échographique et/ou radiologique	0 1	6,F,P,S,U,X	240,99	265	1
	Coder éventuellement 1 : (HMJE001, YYYY140, YYYY300, ZZLP025)					
HMGEO01	Ablation d'endoprothèse biliaire et/ou pancréatique, par oeso-gastro-duodénoscopie	0 1 Y	6,F,P,S,U	192,00	125	1
	Coder éventuellement 1 : (HMJE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,8,A,F,P,S,U	71,48	31	1
HMKE001	Changement d'une endoprothèse biliaire, par oeso-gastro-duodénoscopie	0 1 Y	6,F,P,S,U	268,80	200	1
	<i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>	0 4 Y	7,8,A,F,P,S,U	105,84	52	1
	Coder éventuellement 1 : (HMJE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HMKE002	Changement de plusieurs endoprothèses biliaires, par oeso-gastro-duodénoscopie	0 1 Y	6,F,P,S,U	383,39	238	1
	<i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>	0 4 Y	7,8,A,F,P,S,U	156,75	65	1
	Coder éventuellement 1 : (HMJE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

07.04.06 Évacuation de collection hépatique

Comprend : évacuation de

- kyste biliaire
- abcès intrahépatique
- hématome intrahépatique

Avec ou sans : drainage

HLJC001	Évacuation de collection hépatique, par coelioscopie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	282,89	324	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	181,69	119	1
HLJA001	Évacuation de collection hépatique, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	259,49	279	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	158,99	109	1
HLCC001	Fenestration de kystes biliaires hépatiques, par coelioscopie	0 1 Y	J,K,T,X	343,16	380	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	210,28	145	1
HLCA002	Fenestration de kystes biliaires hépatiques, par laparotomie	0 1 Y	I,J,K,T	285,02	288	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	141,49	113	1

07.04.07 Dérivation des voies biliaires

À l'exclusion de : - dérivation des conduits biliaires

- avec cholécystectomie (cf 07.04.10)
- avec résection des conduits biliaires (cf 07.04.11)

- hépato-porto-cholécystostomie ou hépato-porto-entérostomie pour atrésie des conduits biliaires extrahépatiques, par laparotomie (HLCA001)

HMCC003	Cholécystogastrostomie ou cholécystoduodénostomie, par coelioscopie	0 1 Y	6,J,K,T	403,28	447	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,8,A	210,38	143	1
HMCA003	Cholécystogastrostomie ou cholécystoduodénostomie, par laparotomie	0 1 Y	6,J,K,T	374,48	308	1
	<i>À l'exclusion de : cholécystoduodénostomie pour atrésie des conduits biliaires extrahépatiques, par laparotomie (HMCA001)</i>	0 4 Y	4,7,8,A	186,38	127	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
HMCA010	Cholécystogastrostomie ou cholécystoduodénostomie avec gastrojéjunostomie, par laparotomie	0 1 Y	6,J,K,T	374,48	404	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,8,A	194,48	175	1
HMCA001	Cholécystoduodénostomie pour atrésie des conduits biliaires extrahépatiques, par laparotomie	0 1 Y	6,9,J,K,T	479,28	420	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,8,A	300,87	174	1
HMCA011	Cholécystojéjunostomie, par laparotomie	0 1 Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U	374,48	365	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,8,A,F,O,P,S,U	187,88	156	1
HMCC002	Cholédochoduodénostomie, par coelioscopie	0 1 Y	6,9,F,J,K,O,P,S,T,U	469,36	472	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQA001, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,8,A,F,O,P,S,U	210,38	155	1
HMCA002	Cholédochoduodénostomie, par laparotomie	0 1 Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U	374,48	367	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQA001, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,8,A,F,O,P,S,U	188,25	156	1
HMCC013	Cholédochoduodénostomie avec gastrojéjunostomie, par coelioscopie	0 1 Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U	507,78	495	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQA001, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,8,A,F,O,P,S,U	322,61	209	1
HMCA004	Cholédochoduodénostomie avec gastrojéjunostomie, par laparotomie	0 1 Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U	478,98	422	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQA001, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,8,A,F,O,P,S,U	280,43	184	1
HMCC001	Cholédochojéjunostomie, par coelioscopie	0 1 Y	6,J,K,O,T	484,25	498	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQA001, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,8,A	225,44	200	1
HMCA006	Cholédochojéjunostomie, par laparotomie	0 1 Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U	428,24	415	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQA001, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,8,A,F,O,P,S,U	197,40	181	1

HMCA008 Anastomose biliodigestive portant sur la convergence des conduits hépatiques, par laparotomie	0 1 Y	6,9,J,K,T	653,70	548 1
Coder éventuellement 14 : (HMJA001, HMQA001, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,8,A	332,68	237 1
HMCA007 Anastomose biliodigestive au-dessus de la convergence portant sur plusieurs conduits biliaires, par laparotomie	0 1 Y	6,I,J,K,O,T	860,73	697 1
Coder éventuellement 14 : (HMJA001, HMQA001, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,8,A	332,68	318 1
HMCA005 Anastomose biliodigestive intrahépatique portant sur un conduit biliaire segmentaire, par laparotomie	0 1 Y	6,9,J,K,O,T	698,37	601 1
Coder éventuellement 14 : (HMJA001, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,8,A	332,68	213 1

07.04.08 Ablation de calcul des voies biliaires

L'ablation de calcul des voies biliaires, par voie transcutanée ou par endoscopie inclut le contrôle radiologique et la dilatation des conduits biliaires.
Avec ou sans : fragmentation de calcul

HMGH004 Ablation de calcul des voies biliaires, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique	0 1	X	314,86	396 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
HMGE002 Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par oeso-gastro-duodénoscopie	0 1 Y	F,P,S,U	330,20	216 1
Avec ou sans : sphinctérotomie biliaire endoscopique	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	149,40	60 1
Coder éventuellement 14 : (YYYY400) - 1 : (HMJE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
HMGH001 Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par oeso-gastro-duodénoscopie et par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique	0 1 Y	F,P,S,U	125,40	425 1
Activité 1 : pose du fil guide, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique	0 2 Y	F,P,S,U	313,50	0 1
Activité 2 : ablation de calcul de la voie biliaire principale, par oeso-gastro-duodénoscopie	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	154,20	80 1
Avec ou sans : sphinctérotomie biliaire endoscopique				
Coder éventuellement 14 : (YYYY400) - 1 : (HMJE001, YYYY140, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
HMGC001 Ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par coelioscopie	0 1 Y	6,J,K,O,T	406,26	489 1
Coder éventuellement 14 : (HMJA001, HMQA001, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,8,A	273,08	159 1
HMGA001 Ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par laparotomie	0 1 Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U	374,48	409 1
Coder éventuellement 14 : (HMJA001, HMQA001, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,8,A,F,O,P,S,U	249,08	136 1

07.04.09 Lithotritie biliaire

À l'exclusion de : lithotritie biliaire avec extraction de calcul (cf 07.04.08)

HMNM001 Lithotritie extracorporelle des conduits biliaires	0 1	O	265,04	100 1
Coder éventuellement 4 : (YYYY041)	0 4	7,A	125,40	90 1
HMNE001 Lithotritie mécanique des conduits biliaires, par oeso-gastro-duodénoscopie	0 1 Y		346,09	100 1
Avec ou sans : sphinctérotomie biliaire endoscopique	0 4 Y	7,A	149,40	70 1
Coder éventuellement 14 : (YYYY400) - 1 : (HMJE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
HMNE002 Lithotritie des conduits biliaires par ondes de choc, par cholangioscopie rétrograde	0 1 Y		479,96	400 1
Avec ou sans : sphinctérotomie biliaire endoscopique	0 4 Y	7,A	149,40	120 1
Coder éventuellement 14 : (YYYY400) - 1 : (HMJE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
HMNJ002 Lithotritie des conduits biliaires par ondes de choc, par cholangioscopie par un drain transcutané déjà en place	0 1	O,X	480,20	370 1
Coder éventuellement 14 : (YYYY400) - 4 : (YYYY041)	0 4	7,A	125,40	120 1
HMNJ003 Lithotritie des conduits biliaires par ondes de choc, par cholangioscopie par voie transcutanée	0 1		383,85	327 1
Coder éventuellement 14 : (YYYY400) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	7,A	132,22	120 1

07.04.10 Cholécystectomie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HMFC004 Cholécystectomie, par coelioscopie	0 1 Y	6,9,F,J,K,O,P,S,T,U			287,85	320 1	
Coder éventuellement 14 : (HMQA001, HMQH008, YYYY400, ZZHA001) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,8,A,F,O,P,S,U			147,24	98 1	
HMFA007 Cholécystectomie, par laparotomie	0 1 Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U			251,70	277 1	
Coder éventuellement 14 : (HMQA001, HMQH008, YYYY400, ZZHA001) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,8,A,F,O,P,S,U			134,42	86 1	
HMFC001 Cholécystectomie avec ablation transcystique de calcul de la voie biliaire principale, par coelioscopie	0 1 Y	6,F,I,J,K,O,P,S,T,U			375,77	447 1	
Coder éventuellement 14 : (HMJA001, HMQA001, YYYY400, ZZHA001) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,8,A,F,O,P,S,U			152,00	139 1	
HMFA004 Cholécystectomie avec ablation transcystique de calcul de la voie biliaire principale, par laparotomie	0 1 Y	6,9,F,J,K,O,P,S,T,U			283,60	317 1	
Coder éventuellement 14 : (HMJA001, HMQA001, YYYY400, ZZHA001) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,8,A,F,O,P,S,U			137,72	91 1	
HMFC002 Cholécystectomie avec ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par coelioscopie	0 1 Y	6,9,F,J,K,O,P,S,T,U			471,49	479 1	
Coder éventuellement 14 : (HMJA001, HMQA001, YYYY400, ZZHA001) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,8,A,F,O,P,S,U			273,08	154 1	
HMFA003 Cholécystectomie par coelioscopie, avec ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par laparotomie	0 1 Y	6,9,F,J,K,O,P,S,T,U			439,58	474 1	
Coder éventuellement 14 : (HMJA001, HMQA001, YYYY400, ZZHA001) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,8,A,F,O,P,S,U			249,08	151 1	
HMFA008 Cholécystectomie avec ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par laparotomie	0 1 Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U			380,73	372 1	
Coder éventuellement 14 : (HMQA001, YYYY400, ZZHA001) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,8,A,F,O,P,S,U			249,08	118 1	
HMFC003 Cholécystectomie avec cholédochogastrostomie ou cholédochoduodénostomie, par coelioscopie	0 1 Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U			499,88	498 1	
Coder éventuellement 14 : (HMQA001, YYYY400, ZZHA001) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,8,A,F,O,P,S,U			259,53	163 1	
HMFA006 Cholécystectomie par coelioscopie, avec cholédochoduodénostomie par laparotomie	0 1 Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U			499,88	508 1	
Coder éventuellement 14 : (HMQA001, YYYY400, ZZHA001) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,8,A,F,O,P,S,U			259,53	167 1	
HMFA002 Cholécystectomie avec cholédochogastrostomie ou cholédochoduodénostomie, par laparotomie	0 1 Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U			499,88	395 1	
Coder éventuellement 14 : (HMQA001, YYYY400, ZZHA001) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,8,A,F,O,P,S,U			243,86	151 1	

HMFC005	Cholécystectomie avec cholédochojéjunostomie, par coelioscopie	0 1 Y	6,9,F,J,K,O,P,S,T,U	599,11	513	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQA001, YYYY400, ZZHA001) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,8,A,F,O,P,S,U	265,88	184	1
HMFA005	Cholécystectomie par coelioscopie, avec cholédochojéjunostomie par laparotomie	0 1 Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U	564,36	545	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQA001, YYYY400, ZZHA001) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,8,A,F,O,P,S,U	256,03	184	1
HMFA001	Cholécystectomie avec cholédochojéjunostomie, par laparotomie	0 1 Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U	543,40	445	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQA001, YYYY400, ZZHA001) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,8,A,F,O,P,S,U	245,58	167	1
07.04.11	Réséction de la voie biliaire principale	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HMFA009	Réséction de la voie biliaire principale pédiculaire avec anastomose biliodigestive, par laparotomie	0 1 Y	6,F,I,J,K,O,P,S,T,U	742,32	671	1
	Coder éventuellement 14 : (HMJA001, HMQA001, YYYY400, ZZHA001) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,8,A,F,O,P,S,U	332,68	231	1
HMFA010	Réséction de la voie biliaire principale pédiculaire et intrapancréatique avec anastomose biliodigestive, par laparotomie	0 1 Y	6,F,J,K,P,S,T,U,X	913,19	720	1
	Coder éventuellement 14 : (HMJA001, HMQA001, YYYY400, ZZHA001) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,8,A,F,P,S,U	332,68	284	1
07.04.12	Destruction de tumeur hépatique					
	À l'exclusion de : destruction par irradiation externe					
HLNM001	Destruction de tumeur hépatique par radiofréquence, par voie transcutanée avec guidage échographique	0 1	X	169,54	442	1
	Indication : carcinome hépatocellulaire =< à 5 cm et métastases =< à 3 cm à l'exclusion de lésion proche du hile car risque de sténose Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; radiologue, gastroentérologue, chirurgien, après formation spécifique, peuvent faire cette intervention Environnement : spécifique ; équipe pluridisciplinaire pour décision et suivi des complications ; environnement spécifique chirurgical à proximité Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
HLNK001	Destruction de tumeur hépatique par radiofréquence, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0 1		76,80	482	1
	Indication : carcinome hépatocellulaire =< à 5 cm et métastases =< à 3 cm lorsque la tumeur n'est pas repérée par échographie et est spontanément visible par scanographie à l'exclusion de lésion proche du hile car risque de sténose Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; radiologue, gastroentérologue, chirurgien, après formation spécifique, peuvent faire cette intervention Environnement : spécifique ; équipe pluridisciplinaire pour décision et suivi des complications ; environnement spécifique chirurgical à proximité Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
HLNN900	Destruction de tumeur hépatique par radiofréquence, par voie transcutanée avec guidage remnographique [IRM]	0 1		0,00	530	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
HLNC003	Destruction de tumeur hépatique avec courant de radiofréquence, par coelioscopie	0 1 Y	9,J,K,T	333,23	640	1
	Indication : tumeur maligne du foie ; en complément d'une hépatectomie ou isolément sur lésion non résécable Formation : chirurgien formé à la chirurgie hépatobiliaire ; médecin ou chirurgien formé aux techniques de destruction par méthodes physiques Environnement : discussion des indications et de la réalisation en équipe multidisciplinaire Recueil prospectif de données : nécessaire Coder éventuellement 14 : (ZZQA002, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	176,96	161	1
HLNA007	Destruction de tumeur hépatique avec courant de radiofréquence, par laparotomie	0 1 Y	9,J,K,T	319,05	640	1
	Indication : tumeur maligne du foie ; en complément d'une hépatectomie ou isolément sur lésion non résécable Formation : chirurgien formé à la chirurgie hépatobiliaire ; médecin ou chirurgien formé aux techniques de destruction par méthodes physiques Environnement : discussion des indications et de la réalisation en équipe multidisciplinaire Recueil prospectif de données : nécessaire Coder éventuellement 14 : (ZZQA002, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A	189,60	161	1
07.04.13	Hépatectomie et réséction hépatique	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HLFA014	Séquestrectomie hépatique, par laparotomie	0 1 Y	J,K,T,X	496,30	438	1
	Environnement : spécifique ; équipe pluridisciplinaire pour décision et suivi des complications ; environnement spécifique chirurgical à proximité. Coder éventuellement 14 : (YYYY400) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,A	270,42	218	1
HLFA012	Kystectomie ou périkystectomie hépatique, par laparotomie	0 1 Y	J,K,O,T,X	479,28	499	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQA001, YYYY400, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,A	266,10	224	1
HLFA002	Réséction du dôme saillant de kyste hydatique du foie, par laparotomie	0 1 Y	9,I,J,K,T	399,88	382	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQA001, YYYY400) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,A	208,91	147	1
HLFC003	Réséction atypique du foie, par coelioscopie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	477,16	437	1
	Soussegmentectomie, tumorectomie, métastasectomie, énucléation de lésion hépatique, par coelioscopie Coder éventuellement 14 : (YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	138,09	271	1
HLFA019	Réséction atypique du foie, par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	365,84	386	1
	Soussegmentectomie, tumorectomie, métastasectomie, énucléation de lésion hépatique, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	216,91	220	1
HLFC004	Unisegmentectomie hépatique, par coelioscopie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U,X	477,16	437	1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : spécifique Coder éventuellement 14 : (YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	138,09	271	1
HLFA020	Unisegmentectomie hépatique, par laparotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	365,84	386	1
	À l'exclusion de : réséction du lobe caudé [de Spigel] [segment I] du foie, par laparotomie (HLFA003) Coder éventuellement 14 : (YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,A,F,O,P,S,U	216,91	220	1
HLFA003	Réséction du lobe caudé [de Spigel] [segment I] du foie, par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	827,40	605	1
	Coder éventuellement 14 : (ELFA001, YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,A,F,P,S,U	371,59	220	1

HLFC027	Bisegmentectomie hépatique, par coelioscopie À l'exclusion de : lobectomie hépatique gauche, par coelioscopie (HLFC002) Coder éventuellement 14 : (FELF001, YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U,X A,F,P,S,U	723,96 431,32	696 1 245 1
HLFA009	Bisegmentectomie hépatique, par laparotomie À l'exclusion de : lobectomie hépatique gauche, par laparotomie (HLFA011) Coder éventuellement 14 : (YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U 4,5,A,F,O,P,S,U	636,68 389,14	605 1 220 1
HLFC032	Trisegmentectomie hépatique, par coelioscopie À l'exclusion de : hépatectomie gauche, par coelioscopie (HLFC037) Coder éventuellement 14 : (FELF001, YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X A,F,P,S,U	1101,8 520,76	841 1 312 1
HLFA006	Trisegmentectomie hépatique, par laparotomie À l'exclusion de : hépatectomie gauche, par laparotomie (HLFA018) Coder éventuellement 14 : (ELFA001, YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X 4,5,A,F,O,P,S,U	1014,5 478,58	731 1 287 1
HLFC002	Lobectomie hépatique gauche, par coelioscopie Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : spécifique Coder éventuellement 14 : (YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	875,62 547,52	757 1 271 1
HLFA011	Lobectomie hépatique gauche, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U 4,5,A,F,O,P,S,U	657,24 400,72	523 1 189 1
HLFC037	Hépatectomie gauche, par coelioscopie Coder éventuellement 14 : (FELF001, YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,P,S,T,U A,F,P,S,U	827,86 505,57	696 1 259 1
HLFA018	Hépatectomie gauche, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ELCA002, ELFA001, YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U 4,5,A,F,O,P,S,U	799,04 463,39	605 1 234 1
HLFA007	Hépatectomie gauche élargie au lobe caudé [de Spigel] [segment I], par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ELCA002, ELFA001, YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X 4,5,A,F,O,P,S,U	970,62 526,81	697 1 286 1
HLFA017	Hépatectomie droite, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ELCA002, ELFA001, YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X 4,5,A,F,O,P,S,U	1016,7 510,32	674 1 285 1
HLFA004	Hépatectomie droite élargie au lobe caudé [de Spigel] [segment I], par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ELCA002, ELFA001, YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X 4,5,A,F,O,P,S,U	1199,6 617,35	819 1 367 1
HLFA005	Lobectomie hépatique droite [Hépatectomie droite élargie au segment IV], par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ELCA002, ELFA001, YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X 4,5,A,F,O,P,S,U	1245,7 560,53	743 1 324 1
HLFA010	Hépatectomie centrale, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ELCA002, ELFA001, YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X 4,5,A,F,O,P,S,U	1191,8 607,46	807 1 278 1
HLFC801	Acte CCAM descriptif sans code père Descriptif : HLFC801-01 Hépatectomie droite, par coelioscopie				
07.04.14 Prélèvement et transplantation de foie		Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
HLFA016	Prélèvement d'un greffon hépatique total, chez un sujet en état de mort encéphalique	0 1 0 4	F,U A,F,U	0,00 0,00	100 1 75 1
HLFA008	Prélèvement d'un greffon hépatique total chez un sujet en état de mort encéphalique, avec hépatectomie de réduction	0 1 0 4	F,U A,F,U	0,00 0,00	100 1 90 1
HLFA001	Prélèvement d'un greffon hépatique total chez un sujet en état de mort encéphalique, avec partage du foie	0 1 0 4	F,U A,F,U	0,00 0,00	100 1 75 1
HLFA015	Prélèvement d'un greffon hépatique, chez un sujet vivant Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 1 Y 0 4 Y	 A	0,00 0,00	200 1 150 1
HLEA002	Transplantation de foie réduit Coder éventuellement 4 : (FELF001, GELE001)	0 1 Y 0 4 Y	F,U A,F,U	0,00 0,00	700 1 271 1
HLEA001	Transplantation de foie total Coder éventuellement 4 : (FELF001, GELE001)	0 1 Y 0 4 Y	F,U A,F,U	0,00 0,00	800 1 310 1
07.04.15 Autres actes thérapeutiques sur le foie et les conduits biliaires		Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
HLSC012	Hémostase de lésion du foie, par coelioscopie À l'exclusion de : résection du foie pour hémostase (cf 07.04.12) suture de plaie de vaisseau du foie, par coelioscopie (EDCC015) Hémostase du foie par suture, par coelioscopie Coder éventuellement 14 : (HMJA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	540,70 428,90	518 1 224 1
HLSA001	Hémostase de lésion du foie, par laparotomie À l'exclusion de : - résection du foie pour hémostase (cf 07.04.12) - ligature de vaisseau du foie, par laparotomie (EDSA001) - suture de plaie de vaisseau du foie, par laparotomie (EDCA001) Hémostase du foie par tamponnement compressif, suture, filet, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (HMJA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X 4,5,A,F,O,P,S,U	511,90 404,91	450 1 199 1
HLCA001	Hépto-porto-cholécystostomie ou hépto-porto-entérostomie pour atrésie des conduits biliaires extrahépatiques, par laparotomie Opérations 1 ou 2 selon Kasai Coder éventuellement 14 : (YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 4,5,A	642,71 408,14	854 1 325 1

07.05 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE PANCRÉAS

Les actes sur le conduit pancréatique, par oeso-gastro-duodénoscopie incluent le contrôle radiologique du conduit pancréatique.

07.05.01 Dilatation du conduit pancréatique et pose d'endoprothèse

Avec ou sans : sphinctérotomie pancréatique endoscopique

HNAE001	Dilatation du conduit pancréatique, par oeso-gastro-duodénoscopie	0 1 Y			365,94	126	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY400) - 1 : (HMJE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,A	149,40	74	1
HNLE001	Pose d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par oeso-gastro-duodénoscopie	0 1 Y			424,31	124	1
	<i>Avec ou sans : dilatation du conduit pancréatique</i>	0 4 Y		7,A	149,40	73	1
	Coder éventuellement 1 : (HMJE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HNKE001	Changement d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par oeso-gastro-duodénoscopie	0 1 Y		F,P,S,U	268,80	104	1
	<i>Avec ou sans : dilatation du conduit pancréatique</i>	0 4 Y		7,A,F,P,S,U	111,44	63	1
	Coder éventuellement 1 : (HMJE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
07.05.02	Drainage du conduit pancréatique	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex
HNPE002	Section du versant pancréatique du muscle sphincter de l'ampoule hépatopancréatique [sphincter d'Oddi], par oeso-gastro-duodénoscopie [Sphinctérotomie pancréatique endoscopique]	0 1			331,34	115	1
	<i>Avec ou sans : sphinctérotomie biliaire endoscopique</i>	0 4		7,A	149,40	64	1
	Coder éventuellement 1 : (HMJE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HNPE003	Sphinctérotomie de la papille duodénale mineure [papille accessoire], par oeso-gastro-duodénoscopie	0 1			371,04	104	1
		0 4		7,A	149,40	64	1
	Coder éventuellement 1 : (HMJE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
07.05.03	Ablation et destruction de calcul pancréatique	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex
HNGE001	Ablation de calcul pancréatique, par oeso-gastro-duodénoscopie	0 1 Y			409,05	138	1
	<i>Avec ou sans :</i>	0 4 Y		7,A	149,40	80	1
	- dilatation du conduit pancréatique						
	- sphinctérotomie pancréatique endoscopique						
	Coder éventuellement 14 : (YYYY400) - 1 : (HMJE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HNNM001	Lithotritie extracorporelle du pancréas	0 1			0,00	50	1
		0 4		7,A	0,00	90	1
07.05.04	Évacuation et drainage de collection pancréatique	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex
HNJC001	Drainage externe de collection pancréatique, par coelioscopie	0 1 Y		F,J,K,O,P,S,T,U	403,28	305	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQH008, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,A,F,O,P,S,U	273,08	91	1
HNJA001	Drainage externe de collection pancréatique, par laparotomie	0 1 Y		F,J,K,O,P,S,T,U	374,48	284	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQH008, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,A,F,O,P,S,U	249,08	92	1
HNCH001	Anastomose entre un faux kyste du pancréas et l'estomac ou le duodénum, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique [Kystogastrostomie ou kystoduodénostomie transcutanée]	0 1			125,40	270	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY150, YYYY300, ZZLP030)						
HNCE001	Anastomose entre un faux kyste du pancréas et l'estomac ou le duodénum, par oeso-gastro-duodénoscopie sans guidage [Kystogastrostomie ou kystoduodénostomie endoscopique]	0 1 Y			258,30	211	1
		0 4 Y		A	117,12	69	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY400) - 1 : (HMJE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HNCJ001	Anastomose entre une cavité collectée du pancréas et l'estomac ou le duodénum, par oeso-gastro-duodénoscopie avec guidage échoendoscopique	0 1 Y			289,39	250	1
		0 4 Y		A	116,93	80	1
	Coder éventuellement 1 : (HMJE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
HNCC021	Anastomose entre un faux kyste du pancréas et l'estomac [Kystogastrostomie], par coelioscopie	0 1 Y		F,J,K,P,S,T,U	403,28	384	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQH008, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		A,F,P,S,U	273,08	130	1
HNCA008	Anastomose entre un faux kyste du pancréas et l'estomac [Kystogastrostomie], par laparotomie	0 1 Y		F,J,K,O,P,S,T,U	374,48	334	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQH008, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		A,F,O,P,S,U	249,08	105	1
HNCA001	Anastomose entre un faux kyste du pancréas et le duodénum [Kystoduodénostomie], par laparotomie	0 1 Y		F,J,K,P,S,T,U	374,48	334	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQH008, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		A,F,P,S,U	249,08	105	1
HNCC033	Anastomose entre un faux kyste du pancréas et le jéjunum [Kystojéjunostomie], par coelioscopie	0 1 Y		9,F,J,K,O,P,S,T,U	440,73	560	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQH008, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		A,F,P,S,U	302,36	181	1
HNCA005	Anastomose entre un faux kyste du pancréas et le jéjunum [Kystojéjunostomie], par laparotomie	0 1 Y		9,F,J,K,P,S,T,U	411,93	487	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQH008, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		A,F,P,S,U	278,36	156	1
07.05.05	Suture de plaie du pancréas	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex
HNCA006	Suture de plaie du pancréas avec reconstruction du conduit pancréatique, par laparotomie	0 1 Y		F,I,J,K,O,P,S,T,U	479,99	528	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		A,F,O,P,S,U	288,63	187	1
07.05.06	Anastomose pancréaticojéjunale	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex
HNCA007	Anastomose pancréaticojéjunale, par laparotomie	0 1 Y		F,I,J,K,O,P,S,T,U	465,10	410	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQH008, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		A,F,O,P,S,U	278,36	134	1
HNCA002	Anastomose pancréaticojéjunale avec anastomose biliojéjunale, par laparotomie	0 1 Y		F,J,K,O,P,S,T,U	635,73	537	1
	Coder éventuellement 14 : (HMJA001, HMQA001, HMQH008, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		A,F,O,P,S,U	390,81	191	1
HNCA004	Anastomose pancréaticojéjunale avec gastrojéjunostomie, par laparotomie	0 1 Y		F,J,K,P,S,T,U	538,79	537	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQH008, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		A,F,P,S,U	384,23	191	1
HNCA003	Anastomose pancréaticojéjunale avec anastomose biliojéjunale et gastrojéjunostomie, par laparotomie	0 1 Y		9,F,J,K,O,P,S,T,U	727,43	627	1
	Coder éventuellement 14 : (HMJA001, HMQA001, HMQH008, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		A,F,O,P,S,U	443,23	231	1
07.05.07	Exérèse du pancréas	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex
HNFC027	Nécrosectomie pancréatique, par coelioscopie	0 1 Y		F,J,K,O,P,S,T,U	409,52	412	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQH008, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		A,F,O,P,S,U	331,70	182	1
HNFA012	Nécrosectomie pancréatique, par laparotomie	0 1 Y		F,J,K,O,P,S,T,U	380,73	358	1
	<i>Indication : pancréatite nécrosante surinfectée.</i>	0 4 Y		A,F,O,P,S,U	307,69	157	1
	Coder éventuellement 14 : (HMQH008, YYYY400) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

HNFC001	Exérèse de tumeur du pancréas, par coelioscopie <i>Énucléation de tumeur pancréatique, par coelioscopie</i> <i>Pancréatectomie partielle atypique, par coelioscopie</i>	0 1 Y	9,I,J,K,T	640,94	565	1		
		0 4 Y	A	442,40	253	1		
Coder éventuellement 14 : (HMQH008, YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 1 : (YYYY145) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)								
HNFA005	Exérèse de tumeur du pancréas, par laparotomie <i>Énucléation de tumeur pancréatique, par laparotomie</i> <i>Pancréatectomie partielle atypique, par laparotomie</i>	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	508,35	424	1		
		0 4 Y	A,F,P,S,U	356,44	194	1		
Coder éventuellement 14 : (HMQH008, YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 1 : (YYYY145) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)								
HNFC028	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par coelioscopie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	681,07	616	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	343,27	226	1		
Coder éventuellement 14 : (FELF001, ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
HNFA008	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	652,28	536	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	301,09	201	1		
Coder éventuellement 14 : (YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 1 : (YYYY145) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)								
HNFA002	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, avec anastomose pancréatojéjunale ou pancréaticojéjunale, par laparotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	801,17	696	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	390,90	293	1		
Coder éventuellement 14 : (YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 1 : (YYYY145) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)								
HNFC002	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche], par coelioscopie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	701,91	689	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	429,33	316	1		
Coder éventuellement 14 : (YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 1 : (YYYY145) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)								
HNFA013	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche], par laparotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	584,22	504	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	355,28	238	1		
Coder éventuellement 14 : (YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 1 : (YYYY145) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)								
HNFA010	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche] avec anastomose pancréatojéjunale ou pancréaticojéjunale, par laparotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	794,08	662	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	441,42	329	1		
Coder éventuellement 14 : (YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 1 : (YYYY145) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)								
HNFA001	Isthmectomie pancréatique avec rétablissement de continuité du conduit pancréatique, par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	721,05	685	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	384,29	287	1		
Coder éventuellement 14 : (HMQH008, YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 1 : (YYYY145) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)								
HNFA011	Pancréatectomie totale ou subtotala avec conservation du duodénum, sans splénectomie, par laparotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	628,17	692	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	378,53	261	1		
Coder éventuellement 14 : (YYYY400, ZZHA001) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
HNFA006	Pancréatectomie totale ou subtotala avec conservation du duodénum et splénectomie, par laparotomie <i>Spléno pancréatectomie presque totale, par laparotomie</i>	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	908,94	714	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	496,78	331	1		
Coder éventuellement 14 : (HMQA001, YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 1 : (YYYY145) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)								
HNFA007	Duodéno pancréatectomie céphalique, par laparotomie <i>Avec ou sans :</i> <i>- cholécystectomie</i> <i>- vagotomie</i> <i>- résection gastrique</i> <i>- anastomose pancréaticodigestive</i>	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	1263,4	843	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	581,75	393	1		
Coder éventuellement 14 : (ELFA001, HMQA001, YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 1 : (YYYY145) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)								
HNFA004	Duodéno pancréatectomie totale avec splénectomie [Spléno pancréatectomie totale], par laparotomie <i>Avec ou sans :</i> <i>- cholécystectomie</i> <i>- vagotomie</i> <i>- résection gastrique</i>	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	1376,1	897	1		
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	646,21	410	1		
Coder éventuellement 14 : (ELFA001, HMQA001, HMQH008, YYYY400, ZZHA001, ZZQA002) - 1 : (YYYY145) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)								
07.05.08 Prélèvement et transplantation du pancréas								
HNFA009	Prélèvement d'un greffon pancréatique, chez un sujet en état de mort encéphalique <i>Environnement : En vue d'une transplantation d'îlots pancréatiques le prélèvement de pancréas doit être effectué par un chirurgien selon les recommandations techniques de prélèvement d'organes et de tissus de l'Agence de la Biomédecine (ABM), puis acheminé au centre d'isolement des îlots selon les préconisations du guide de conditionnement des organes et des échantillons biologiques de l'ABM</i>	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1			F,U	0,00	100	1
		0 4			A,F,U	0,00	75	1
HNEA900	Transplantation du pancréas, par laparotomie <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001)</i>	0 1 Y				0,00	365	1
		0 4 Y			A	0,00	160	1
HNEA002	Transplantation du pancréas et du rein, par laparotomie <i>Indication : diabète insulino péni que de type I ou pancréatoprive avec insuffisance rénale et greffe de pancréas chez un greffé rénal</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i> <i>Recueil prospectif de données : registres internationaux en cours</i> <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001)</i>	0 1 Y			F,U	0,00	439	1
		0 4 Y			A,F,U	0,00	286	1
HNEH606	Transplantation d'îlots pancréatiques par voie intraportale transhépatique transcutanée avec guidage radiologique <i>A l'exclusion de : transplantation d'îlots pancréatiques par dispositif implanté par laparotomie (HNEA740)</i> <i>Indication : selon l'avis de la HAS en vigueur</i> <i>Formation : selon l'avis de la HAS en vigueur</i> <i>Environnement : selon l'avis de la HAS en vigueur</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire en concertation avec l'agence de Biomédecine</i> <i>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</i>	0 1 Y					385	1

HNEA740 Transplantation d'îlots pancréatiques par dispositif implanté, par laparotomie	1 1 Y	J,K,P,S,T,U		172 1
<i>A l'exclusion de : Transplantation d'îlots pancréatiques par voie intraportale transhépatique transcutanée avec guidage radiologique (HNEH606)</i>	1 4 Y	7,A		109 1
<i>Phase 1 : pose de cathéter veineux portal par laparotomie</i>	2 1 Y	J,K,P,S,T,U		56 1
<i>Phase 2 : Transplantation d'îlots pancréatiques par voie intraportale par le cathéter implanté</i>	3 1 Y	J,K,P,S,T,U		98 1
<i>Phase 3 : Retrait du cathéter</i>				
<i>Indication : selon l'avis de la HAS en vigueur</i>				
<i>Formation : selon l'avis de la HAS en vigueur</i>				
<i>Environnement : selon l'avis de la HAS en vigueur</i>				
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire en concertation avec l'agence de Biomédecine</i>				
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025) - 4 : (GELE001, YYYY041)				

HNEH900 Transplantation d'îlots pancréatiques, par injection dans la veine porte par voie transcutanée avec guidage radiologique	0 1			0,00	385 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					

07.06 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE PÉRITOINE ET LA CAVITÉ ABDOMINALE

07.06.01 Injection intrapéritonéale

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HPLA004 Pose d'un cathéter intrapéritonéal par voie transcutanée, avec pose d'un système diffuseur implantable souscutané	0	1		9	141,80	88	1
<i>À l'exclusion de : pose d'un cathéter intrapéritonéal avec pose d'un système diffuseur implantable souscutané, pour insulinothérapie intrapéritonéale (HPLA001)</i>							
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

HPLB002 Séance d'injection intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie transcutanée	0 1				0,00	49	1
<i>Avec ou sans : pose d'un cathéter intrapéritonéal</i>							

HPLB007 Séance d'administration intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux, par un dispositif implanté	0 1				0,00	125	1
---	-----	--	--	--	------	-----	---

HPLA423 Administration intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux avec hyperthermie [Chimiohyperthermie anticancéreuse intrapéritonéale], sans cytoréduction péritonéale, sous anesthésie générale	0 1 Y	J,K,T				0	1
<i>Indication : selon l'avis de la HAS en vigueur</i>	0 4 Y	A				0	1
<i>Formation : selon l'avis de la HAS en vigueur</i>							
<i>Environnement : selon l'avis de la HAS en vigueur</i>							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

HPLB003 Administration intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux avec hyperthermie [Chimiohyperthermie anticancéreuse intrapéritonéale], sous anesthésie générale	0 1				0,00	50	1
	0 4			7,A	0,00	50	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

HPLA335 Administration intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux avec hyperthermie [Chimiohyperthermie anticancéreuse intrapéritonéale], avec cytoréduction péritonéale, sous anesthésie générale	0 1 Y	J,K,T				0	1
<i>Indication : selon l'avis de la HAS en vigueur</i>	0 4 Y	A				0	1
<i>Formation : selon l'avis de la HAS en vigueur</i>							
<i>Environnement : selon l'avis de la HAS en vigueur</i>							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

HPMB001 création d'un pneumopéritoine à visée thérapeutique, par voie transcutanée	0 1			I	45,60	50	1
<i>Indication : en cas de problème attendu de réexpansion du poumon après résection pulmonaire</i>							
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

07.06.02 Pose de cathéter péritonéal pour dialyse

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HPLB004 Pose d'un cathéter intrapéritonéal pour dialyse péritonéale, par voie transcutanée	0	1		I,O	85,37	82	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

HPLC035 Pose ou repositionnement d'un cathéter intrapéritonéal pour dialyse péritonéale, par coelioscopie	0 1 Y	9,J,K,T			146,42	157	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	7,A			95,11	116	1

HPLA005 Pose ou repositionnement d'un cathéter intrapéritonéal pour dialyse péritonéale, par laparotomie	0 1 Y	9,J,K,T			117,61	145	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	7,A			71,11	91	1

HPPP002 Désobstruction d'un cathéter de dialyse péritonéale	0 1			F,U	0,00	31	1
--	-----	--	--	-----	------	----	---

HPJP001 Pelage du manchon externe d'un cathéter de dialyse péritonéale	0 1				0,00	63	1
---	-----	--	--	--	------	----	---

HPPA004 Désenfouissement de l'extrémité souscutanée d'un cathéter de dialyse péritonéale	0 1				0,00	57	1
HGPC005 Ablation d'un cathéter de dialyse péritonéale, par coelioscopie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U			133,30	67	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U			86,68	40	1

HPGA001 Ablation d'un cathéter de dialyse péritonéale, par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U			104,50	67	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U			62,68	37	1

HPKB001 Changement d'un cathéter de dialyse péritonéale, par voie transcutanée	0 1			9,F,P,S,U	74,63	77	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

HPKC014 Changement d'un cathéter de dialyse péritonéale, par coelioscopie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U			209,09	205	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U			108,31	116	1

HPKA002 Changement d'un cathéter de dialyse péritonéale, par laparotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U			180,29	178	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U			84,31	91	1

07.06.03 Pose de système diffuseur implantable pour insulinothérapie intrapéritonéale

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
--	----	---	----	--------------	-------	-----	----

HPLA001	Pose d'un cathéter intrapéritonéal avec pose d'un système diffuseur implantable souscutané, pour insulinothérapie intrapéritonéale Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y			127,77	88 1
HPPC004	Libération de l'extrémité distale du cathéter d'un système diffuseur implanté pour insulinothérapie intrapéritonéale, par coelioscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 1 0 4		7,A	0,00 0,00	186 1 67 1
HPKA001	Changement du cathéter intrapéritonéal d'un système diffuseur implanté pour insulinothérapie intrapéritonéale, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	147,10 69,65	174 1 59 1
07.06.04 Pose de ballon intrapéritonéal		Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
HPLA002	Pose d'un ballon intrapéritonéal avant irradiation pelvienne, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 1 Y 0 4 Y		J,K 7,A	0,00 0,00	50 1 58 1
HPGA002	Ablation d'un ballon intrapéritonéal, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 1 Y 0 4 Y		J,K 7,A	0,00 0,00	50 1 50 1
07.06.05 Évacuation de collection intraabdominale <i>Comprend : évacuation de collection</i> <i>- intrapéritonéale</i> <i>- rétropéritonéale</i> <i>Avec ou sans : drainage</i> <i>À l'exclusion de : évacuation de</i> <i>- collection intraabdominale au cours d'un acte sur les organes intraabdominaux</i> <i>- collection péritonéale (cf 08.06.01.01)</i>						
HPJB001	Évacuation d'un épanchement intrapéritonéal, par voie transcutanée <i>Ponction évacuatrice d'une ascite</i> <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)</i> <i>Forfait : liste SE3</i>	0 1		F,P,S,U	19,20	40 1
ZCJC001	Évacuation de collection intraabdominale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	187,89 134,99	222 1 68 1
ZCJA005	Évacuation de collection intraabdominale, par thoracotomie <i>Évacuation d'abcès sousphrénique, par thoracotomie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,O,P,S,T,U,X A,F,O,P,S,U	343,16 229,00	347 1 127 1
ZCJA002	Évacuation d'une collection intraabdominale, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (HMQH008, YYYY400, ZZQA002) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	187,24 120,13	203 1 79 1
ZCJA004	Évacuation de plusieurs collections intraabdominales, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (HMQH008, YYYY400, ZZQA002) - 1 : (YYYY145) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,O,P,S,T,U,X 7,A,F,O,P,S,U	302,74 189,77	307 1 136 1
ZCJA003	Évacuation de collection intraabdominale, par colpotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	187,24 114,09	117 1 46 1
ZCJA001	Évacuation de collection intraabdominale, par rectotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	187,24 114,09	119 1 45 1
HPCA001	Dérivation péritonéoveineuse <i>Dérivation péritonéoaxillaire ou péritonéosaphène</i> <i>Dérivation péritonéojugulaire selon Le Veen</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		J,K,T 7,A	313,50 158,26	235 1 90 1
07.06.06 Sclérose de kyste et de tumeur intraabdominaux		Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
ZCNH001	Sclérose d'un kyste intraabdominal par injection d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique <i>Avec ou sans : pose de drain intrakystique</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1			0,00	228 1
ZCNH004	Sclérose de plusieurs kystes intraabdominaux par injection d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique <i>Avec ou sans : pose de drain intrakystique</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1			0,00	340 1
ZCNH003	Sclérose de kyste intraabdominal par injection d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage scanographique <i>À l'exclusion de :</i> <i>- sclérose d'un kyste du rein par injection d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage scanographique (JANH002)</i> <i>- sclérose de plusieurs kystes du rein par injection d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage scanographique (JANH001)</i> <i>Avec ou sans : pose de drain intrakystique</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1			0,00	349 1
ZCNH005	Sclérose de tumeur intraabdominale par injection intralésionnelle d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1			0,00	187 1
ZCNH002	Sclérose de tumeur intraabdominale par injection intralésionnelle d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage scanographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1			0,00	289 1
07.06.07 Libération et section d'adhérences et de brides péritonéales <i>À l'exclusion de : libération d'adhérences du péritoine au cours d'un acte sur les organes intraabdominaux</i>						

HPPC001	Libération d'adhérences [Adhésiolyse] ni étendues ni serrées du péritoine pelvien pour stérilité chez la femme, par coelioscopie <i>Libération d'adhérences péritonéales pelviennes stade I ou II de l'AFSr [American Fertility Society], par coelioscopie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,T	168,85	240	1		
		0 4 Y	7,A	69,65	72	1		
HPPA001	Libération d'adhérences [Adhésiolyse] ni étendues ni serrées du péritoine pelvien pour stérilité chez la femme, par laparotomie <i>Libération d'adhérences péritonéales pelviennes stade I ou II de l'AFSr [American Fertility Society], par laparotomie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,T	147,40	215	1		
		0 4 Y	7,A	66,72	72	1		
HPPC002	Libération d'adhérences [Adhésiolyse] étendues et/ou serrées du péritoine pelvien pour stérilité chez la femme, par coelioscopie <i>Libération d'adhérences péritonéales pelviennes stade III ou IV de l'AFSr [American Fertility Society], par coelioscopie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,T	268,50	360	1		
		0 4 Y	7,A	114,47	118	1		
HPPA003	Libération d'adhérences [Adhésiolyse] étendues et/ou serrées du péritoine pelvien pour stérilité chez la femme, par laparotomie <i>Libération d'adhérences péritonéales pelviennes stade III ou IV de l'AFSr [American Fertility Society], par laparotomie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,I,J,K,T	268,50	391	1		
		0 4 Y	7,A	89,44	121	1		
HPPC003	Section de bride et/ou d'adhérences péritonéales pour occlusion intestinale aiguë, par coelioscopie <i>À l'exclusion de : section de bride péritonéale pour vice de rotation de l'anse intestinale primitive [mesenterium commune], par coelioscopie (HGEC001)</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	270,84	319	1		
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	179,89	83	1		
HPPA002	Section de bride et/ou d'adhérences péritonéales pour occlusion intestinale aiguë, par laparotomie <i>À l'exclusion de : section de bride péritonéale pour vice de rotation de l'anse intestinale primitive [mesenterium commune], par laparotomie (HGEA001)</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	273,67	293	1		
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	158,58	94	1		
HGPC015	Libération étendue de l'intestin grêle [Entérolyse étendue] pour occlusion aiguë, par coelioscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	384,01	431	1		
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	252,95	164	1		
HGPA004	Libération étendue de l'intestin grêle [Entérolyse étendue] pour occlusion aiguë, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	355,21	368	1		
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	228,96	139	1		
07.06.08 Destruction et exérèse de lésion du péritoine		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HPNC001	Destruction et/ou exérèse de lésion endométriosique superficielle du péritoine, par coelioscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,J,K,T,X	159,16	210	1		
		0 4 Y	7,A	87,61	80	1		
HPNA001	Destruction et/ou exérèse de lésion endométriosique superficielle du péritoine, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,O,T	149,47	224	1		
		0 4 Y	7,A	85,40	93	1		
HPFC001	Exérèse de lésion d'un repli péritonéal [méso] sans résection intestinale, par coelioscopie <i>Exérèse de lymphangiome kystique, tumeur, adénopathie du mésentère, par coelioscopie</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,J,K,T,X	274,38	298	1		
		0 4 Y	7,A	138,01	113	1		
HPFA003	Exérèse de lésion d'un repli péritonéal [méso] sans résection intestinale, par laparotomie <i>Exérèse de lymphangiome kystique, tumeur, adénopathie du mésentère, par laparotomie</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,T,X	272,97	288	1		
		0 4 Y	7,A	111,06	93	1		
HPFC002	Résection du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par coelioscopie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,T,X	238,93	268	1		
		0 4 Y	7,A	122,06	92	1		
HPFA004	Résection du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T,X	197,81	250	1		
		0 4 Y	7,A	109,97	84	1		
HPBA001	Réduction de volume tumoral d'une maladie gélatineuse du péritoine, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T,X	496,30	473	1		
		0 4 Y	7,A	129,03	204	1		
07.06.09 Autres actes thérapeutiques sur le péritoine et les replis péritonéaux <i>À l'exclusion de : épiploplastie</i> <i>- intraabdominale peropératoire (HPMA001)</i> <i>- extraabdominale (QZMA008, HPMA002)</i>								
HPFC007	Résection ou cloisonnement du cul-de-sac recto-utérin [de Douglas], par coelioscopie <i>À l'exclusion de : au cours d'une hystéropexie par coelioscopie</i> <i>Avec ou sans : abord vaginal</i> <i>Douglassectomie, par coelioscopie</i> <i>Résection d'une élytrocèle par coelioscopie et abord vaginal</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,J,K,T,X	280,69	400	1		
		0 4 Y	7,A	140,19	129	1		
HPFA001	Résection ou cloisonnement du cul-de-sac recto-utérin [de Douglas], par laparotomie <i>À l'exclusion de : au cours d'une hystéropexie par laparotomie</i> <i>Avec ou sans : abord vaginal</i> <i>Douglassectomie</i> <i>Résection d'une élytrocèle par laparotomie et abord vaginal</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,T	251,89	348	1		
		0 4 Y	7,A	116,20	104	1		
HPSC001	Ligature du processus vaginal du péritoine [canal péritonéovaginal], par coelioscopie <i>Cure de hernie de l'aine avant l'âge de 16 ans, avec ou sans résection du sac, avec ou sans geste pariétal, par coelioscopie</i> <i>Traitement de l'hydrocèle congénitale, avec ou sans résection de la tunique vaginale du testicule, par coelioscopie</i> <i>Exérèse de kyste du canal de Nüeck, par coelioscopie</i> <i>Exérèse de kyste du cordon spermatique, par coelioscopie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	201,87	168	1		
		0 4 Y	A,F,P,S,U	135,24	63	1		

HPSA001	Ligature du processus vaginal du péritoine [canal péritonéovaginal], par abord inguinal	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	201,87	115	1
	<i>Cure de hernie de l'aîne avant l'âge de 16 ans, avec ou sans résection du sac, avec ou sans geste pariétal, par abord inguinal</i>	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	113,27	54	1
	<i>Traitement de l'hydrocèle congénitale, avec ou sans résection de la tunique vaginale du testicule, par abord inguinal</i>					
	<i>Exérèse de kyste du canal de Nüch, par abord inguinal</i>					
	<i>Exérèse de kyste du cordon spermatique, par abord inguinal</i>					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

07.07 SUPPLÉANCE NUTRITIONNELLE

HSLF002	Alimentation parentérale avec apport de 20 à 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures	0 1		0,00	19	1
HSLF003	Alimentation parentérale avec apport de plus de 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures	0 1		0,00	22	1
HSLD001	Alimentation entérale par sonde avec apport de 20 à 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures	0 1		0,00	13	1
HSLD002	Alimentation entérale par sonde avec apport de plus de 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures	0 1		0,00	16	1
HSLF001	Alimentation entérale et parentérale, avec apport de plus de 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures	0 1		0,00	23	1

08 APPAREIL URINAIRE ET GÉNITAL

À l'exclusion de : actes concernant la procréation et la grossesse (cf chapitre 09)

Les actes sur la cavité de l'abdomen, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie incluent l'évacuation de collection intraabdominale associée, la toilette péritonéale et/ou la pose de drain.

Les actes sur la cavité de l'abdomen, par abord direct incluent l'évacuation de collection intraabdominale associée, la toilette péritonéale et/ou la pose de drain.

08.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL URINAIRE ET GÉNITAL

08.01.01 Explorations électrophysiologiques de l'appareil urinaire et génital

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AHQB008 Électromyographie analytique du périnée par électrode aiguille	0	1		9,O	63,07	32	2
AHQB003 Électromyographie analytique du périnée avec étude de la latence motrice du nerf pudendal [nerf honteux], par électrode aiguille	0	1			86,40	20	2
AHQB002 Électromyographie analytique du périnée avec étude de la latence du réflexe bulbocaverneux et des potentiels évoqués somesthésiques cérébraux par stimulation du nerf pudendal [nerf honteux]	0	1			120,96	38	2
AHQB028 Électromyographie analytique du périnée avec étude des latences des réflexes sacraux, par électrode aiguille	0	1			86,40	38	2
AHQD001 Électromyographie analytique du périnée, avec étude des latences des réflexes sacraux et des latences distales du nerf pudendal [nerf honteux] par stimulation intrarectale	0	1			120,96	44	2
AHQD002 Électromyographie analytique du périnée, avec étude des latences des réflexes sacraux, des latences distales du nerf pudendal [nerf honteux] par stimulation intrarectale et des potentiels évoqués somesthésiques cérébraux par stimulation du nerf pudendal	0	1			120,96	49	2
AHQB016 Électromyographie analytique du périnée, avec étude des latences des réflexes sacraux, de la vitesse de conduction sensitive du nerf dorsal du pénis, des potentiels évoqués somesthésiques cérébraux et des réponses cutanées sympathiques périnéales	0	1			120,96	49	2
AHQB020 Électromyographie de fibre unique du périnée avec étude de 20 paires de fibres, par électrode aiguille	0	1		I,X	139,97	107	2
<i>Indication : atteinte neurogène ou myogène pelvipérinéale en deuxième intention après réalisation des autres techniques d'électromyographie pour distinguer les pathologies d'origine neurogènes des autres étiologies. Aide à la décision thérapeutique pour récuser la chirurgie si nécessaire</i>							

08.01.02 Échographie de l'appareil urinaire et génital

Avec ou sans : mesure du résidu vésical postmictionnel

A l'exclusion de : échographie et/ou échographie-doppler de contrôle ou surveillance de pathologie (chapitre 19)

JAQM003 Échographie transcutanée unilatérale ou bilatérale du rein et de la région lombale	0	1		F,P,S,U	52,45	26	2
<i>Avec ou sans : échographie transcutanée des glandes surrénales</i>							
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZQM005)							
JAQM004 Échographie transcutanée unilatérale ou bilatérale du rein et de la région lombale, avec échographie transcutanée de la vessie	0	1		F,P,S,U	52,45	36	2
<i>Avec ou sans : échographie transcutanée</i>							
<i>- des glandes surrénales</i>							
<i>- de la prostate</i>							
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZQM005)							
JAQJ001 Échographie transcutanée unilatérale ou bilatérale du rein et de la région lombale, avec échographie transcutanée de la vessie et échographie de la prostate et des vésicules séminales par voie rectale	0	1		F,P,S,U	56,70	54	2
<i>Avec ou sans : · échographie transcutanée</i>							
<i>- des glandes surrénales</i>							
<i>- de la prostate</i>							
<i>· échographie de la vessie, par voie rectale</i>							
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZQM005)							
JAQM001 Échographie transcutanée unilatérale ou bilatérale du rein et de la région lombale, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis] féminin	0	1		F,P,S,U	69,93	42	2
<i>Avec ou sans : échographie transcutanée des glandes surrénales</i>							
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZQM005)							
JDQM001 Échographie transcutanée de la vessie et/ou de la prostate	0	1		F,P,S,U	52,45	28	2
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZQM005)							
JDQJ002 Échographie transcutanée et échographie par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire] de la vessie	0	1		F,P,S,U	52,45	34	2
Coder éventuellement 1 : (ZZQM005)							
JDQJ001 Échographie de la vessie et de la prostate, par voie urétrale	0	1			52,45	34	2
Coder éventuellement 1 : (ZZQM005)							
JDQJ003 Échographie de la vessie et de la prostate, par voie rectale	0	1		F,P,S,U	52,45	34	2
Coder éventuellement 1 : (ZZQM005)							
JGQJ001 Échographie de la prostate et des vésicules séminales, par voie rectale	0	1		F,P,S,U	56,70	42	2
<i>Avec ou sans : échographie de la vessie, par voie rectale</i>							
Coder éventuellement 1 : (ZZQM005)							
JHQM001 Échographie transcutanée unilatérale ou bilatérale du contenu des bourses	0	1		F,P,S,U	37,05	30	2
Coder éventuellement 1 : (ZZQM005)							
JHQM002 Échographie du pénis	0	1			34,97	26	2
Coder éventuellement 1 : (YYYY187)							
ZCQM003 Échographie transcutanée du petit bassin [pelvis] féminin	0	1		F,P,S,U	52,45	30	2
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZQM005)							
ZCQJ003 Échographie du petit bassin [pelvis] féminin, par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire]	0	1		F,P,S,U	52,45	32	2
Coder éventuellement 1 : (ZZQM005)							

ZCQJ006	Échographie transcutanée avec échographie par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire] du petit bassin [pelvis] féminin	0	1		F,P,S,U	56,70	46	2	
	Coder éventuellement 1 : (ZZQM005)								
JKQJ001	Hystérosonographie	0	1			69,72	64	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY187)								
JKQJ350	Epreuve de perméabilité des trompes utérines [de Fallope] au cours d'une hystérosalpingosonographie de contraste	0	1				75	2	
	<i>Comprend : échographie pelvienne</i> <i>Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical du 18 décembre 2018 émis par la commission de la Haute autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.</i> <i>Environnement : l'acte doit être réalisé par un gynécologue ou un radiologue pouvant justifier d'une expérience suffisante en échographie pelvienne et ayant reçu une formation pratique à la technique et à l'interprétation des images sonographiques.</i>								
JAQM002	Echographie-doppler transcutanée unilatérale ou bilatérale du rein et de ses vaisseaux	0	1		F,P,S,U	69,93	62	2	
	Coder éventuellement 1 : (EZQJ900, ZZLP025)								
ZCQJ002	Echographie-doppler du petit bassin [pelvis] féminin, par voie rectale et/ou vaginale[par voie cavitaire]	0	1		F,P,S,U	69,93	32	2	
	Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)								
ZCQJ001	Echographie-doppler transcutanée et échographie-doppler par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire] du petit bassin [pelvis] féminin	0	1		F,P,S,U	69,93	60	2	
	Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)								
08.01.03	Radiographie de l'appareil urinaire et génital	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
JZQH002	Urographie intraveineuse sans urétrocystographie permictionnelle	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	85,12	102	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY666)								
JZQH003	Urographie intraveineuse avec urétrocystographie permictionnelle	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	85,12	135	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY212, YYYY666)								
JAQH003	Kystographie du rein, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique	0	1		E,R	57,60	160	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY187)								
JBQH003	Urétéropyélographie descendante, par une néphrostomie déjà en place	0	1		E,R,Y,Z	46,55	108	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY405)								
JBQH001	Urétéropyélographie descendante, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique	0	1		E,R,Y,Z	46,55	167	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY030)								
JBQH002	Urétéropyélographie rétrograde [UPR]	0	1		E,F,P,R,S,U,Y,Z	46,55	184	1	
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
JDQH001	Urétrocystographie rétrograde	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	57,19	148	2	
	<i>Avec ou sans : étude de la miction</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY212, YYYY410)								
JDQH002	Urétrocystographie, par une cystostomie déjà en place	0	1		E,Y,Z	57,19	117	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY212)								
JDQH003	Urétrocystographie, par ponction transcutanée de la vessie	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	57,19	142	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY037, YYYY212)								
JGQH003	Déférentovésiculographie unilatérale ou bilatérale, par cathétérisme endoscopique des conduits éjaculateurs	0	1	Y		57,60	184	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY160, YYYY300)								
JGQH004	Déférentovésiculographie, par ponction transcutanée du conduit déférent sans guidage	0	1			57,60	159	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY160, YYYY300)								
JGQH001	Déférentovésiculographie, par ponction transcutanée du conduit déférent avec guidage échographique	0	1			57,60	122	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY160, YYYY300)								
JHQH001	Cavernographie, par ponction transcutanée des corps caverneux du pénis	0	1			57,60	128	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY160, YYYY300)								
JKQH001	Hystérosalpingographie	0	1		E,Y,Z	73,15	37	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY415, ZZLP025)								
JLQH002	Colpo-cysto-rectographie dynamique	0	1		E,Y,Z	46,55	63	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY415)								
JZQH001	Exploration radiologique des anomalies du sinus urogénital [Génitographie externe]	0	1		E,Y,Z	46,55	45	2	
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
08.01.04	Scintigraphie de l'appareil urinaire et génital	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
KGQL004	Mesure de la clairance radio-isotopique plasmatique	0	1		G	134,56	60	2	
KGQL001	Mesure de la clairance radio-isotopique plasmatique et urinaire	0	1		G	134,56	69	2	
JAQL001	Scintigraphie rénale glomérulaire ou tubulaire [Néphrographie isotopique] sans épreuve pharmacologique	0	1		G	327,30	75	2	
JAQL005	Scintigraphie rénale glomérulaire ou tubulaire [Néphrographie isotopique] sans épreuve pharmacologique, avec scintigraphie antérograde de la vessie	0	1		G	380,36	90	2	
JAQL003	Scintigraphie rénale glomérulaire ou tubulaire [Néphrographie isotopique] avec épreuve pharmacologique	0	1		G	327,30	93	2	
JAQL007	Scintigraphie rénale glomérulaire ou tubulaire [Néphrographie isotopique] avec épreuve pharmacologique et réinjection de produit radio-isotopique	0	1		G	406,89	105	2	

JAQL004	Scintigraphie rénale glomérulaire ou tubulaire avec mesure de la clairance radio-isotopique plasmatique	0	1		G		337,94	81	2
JAQL006	Scintigraphie rénale glomérulaire ou tubulaire avec mesure des clairances radio-isotopiques plasmatique et urinaire	0	1		G		337,94	99	2
JAQL002	Scintigraphie rénale corticale	0	1		G		268,87	57	2
JBQL001	Scintigraphie de l'élimination pyélo-urétérale	0	1		G		268,87	78	2
JDQL001	Scintigraphie de la vessie, par voie rétrograde	0	1		G		268,87	129	2
JHQL001	Scintigraphie unilatérale ou bilatérale du testicule et/ou scintigraphie du pénis	0	1		G		268,87	60	2
08.01.05 Épreuves fonctionnelles de l'appareil urinaire et génital									
08.01.05.01 Étude de la fonction rénale									
JVQP003	Étude du débit plasmatique rénal, avec recueil urinaire <i>Indication : maladies vasculaires rénales, néphropathies tubulo-interstitielles, diabète, toxicité médicamenteuse</i>	Ph	A	Cl	modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1				0,00	13	2
JVQF006	Épreuve de filtration glomérulaire rénale par administration de substance exogène, sans recueil urinaire	0	1				0,00	13	2
JVQF002	Épreuve de filtration glomérulaire rénale par administration de substance exogène, avec recueil urinaire	0	1				0,00	13	2
JVQF003	Épreuve de filtration glomérulaire rénale par administration de substance exogène avec étude du débit plasmatique rénal, avec recueil urinaire	0	1				0,00	16	2
JVQF008	Épreuve de filtration glomérulaire rénale par administration de substance exogène, sans recueil urinaire, avec épreuve de stimulation	0	1				0,00	19	2
JVQF005	Épreuve de filtration glomérulaire rénale par administration de substance exogène, avec recueil urinaire, avec épreuve de stimulation	0	1				0,00	19	2
JVRP006	Épreuve de charge calcique	0	1				0,00	28	2
JVRP003	Épreuve de dilution de l'urine <i>Indication : préciser le mécanisme des hyponatrémies en dehors de la phase aiguë ; étudier la capacité du rein à excréter l'eau</i> <i>Environnement : spécifique ; surveillance particulière</i>	0	1				0,00	19	2
JVRP001	Épreuve de concentration de l'urine avec test à la 1-désamino-8-D-arginine-vasopressine [dDAVP] <i>Environnement : spécifique ; surveillance particulière</i>	0	1				0,00	25	2
JVQF004	Étude de la sécrétion d'hormone antidiurétique [ADH] par perfusion de chlorure de sodium hypertonique <i>Indication : diabète insipide partiel, hypernatrémie en dehors de la phase aiguë</i>	0	1				0,00	10	2
JVQP006	Étude de la capacité d'acidification de l'urine <i>Avec ou sans : charge acide</i>	0	1				0,00	20	2
JVQP001	Étude du transfert maximal [Tm] du bicarbonate et de la sécrétion distale de proton <i>Épreuve de charge en bicarbonate de sodium [NaHCO3]</i>	0	1				0,00	19	2
JVQP005	Étude du transfert maximal [Tm] du glucose <i>Indication : diagnostic des glycosuries normoglycémiques (tubulopathies, indications médico-légales)</i>	0	1				0,00	13	2
JVQP008	Étude du système rénine-angiotensine-aldostérone en clinostatisme et en orthostatisme	0	1				0,00	10	2
JVQF010	Étude de la régulation du système rénine-angiotensine-aldostérone par administration d'agent pharmacologique non radio-isotopique ou perfusion de chlorure de sodium isotonique	0	1				0,00	19	2
JVQP007	Étude des transferts des électrolytes dans le tubule rénal et de leurs facteurs de régulation, sans administration de substance exogène	0	1				0,00	25	2
JVQP004	Étude des transferts des électrolytes dans le tubule rénal et de leurs facteurs de régulation, avec administration de substance exogène	0	1				0,00	25	2
JVRP005	Test à la déféroxamine	0	1				0,00	27	2
08.01.05.02 Épreuves urodynamiques									
JZQD001	Étude urodynamique du haut appareil urinaire	Ph	A	Cl	modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1		X		177,25	66	2
JDQD009	Cystomanométrie par cathétérisme urétral, sans mesure des pressions intrarectales ou intravaginales	0	1		9,I		121,57	29	2
JDQD008	Cystomanométrie par cathétérisme urétral, avec mesure des pressions intrarectales ou intravaginales	0	1		9,I		124,41	40	2
JDQD003	Cystomanométrie par cathétérisme urétral, avec mesure des pressions intrarectales ou intravaginales et débitmétrie mictionnelle simultanée [Étude pression-débit urinaire]	0	1		X		142,84	66	2
JDQD006	Cystomanométrie par cathétérisme urétral, avec mesure des pressions intrarectales ou intravaginales et électromyographie du sphincter strié de l'urètre par électrode aiguille	0	1		9,I		151,35	77	2
JDQD004	Cystomanométrie par cathétérisme urétral, avec mesure des pressions intrarectales ou intravaginales, débitmétrie mictionnelle, électromyographie des muscles du périnée et étude des latences des réflexes sacraux	0	1		X		179,00	81	2
JDQD005	Cystomanométrie par cathétérisme urétral, avec mesure des pressions intrarectales ou intravaginales, débitmétrie mictionnelle, électromyographie des muscles du périnée, étude des latences des réflexes sacraux et des potentiels évoqués somesthésiques	0	1		I,O		183,96	85	2
JDQD001	Cystomanométrie par cathétérisme urétral, avec profilométrie urétrale	0	1		I,O		137,17	53	2
JDQD002	Cystomanométrie par cathétérisme urétral, avec profilométrie urétrale suivie de débitmétrie mictionnelle, avec électromyographie du sphincter strié de l'urètre par électrode aiguille	0	1		9		144,26	59	2
JDQF001	Cystomanométrie, par ponction transcutanée de la vessie	0	1		I,O		115,90	39	2
JDQF002	Cystomanométrie par ponction transcutanée de la vessie, avec profilométrie urétrale	0	1		X		160,57	46	2
JEQD001	Profilométrie urétrale	0	1		I,X		80,45	12	2
JEQD002	Sphinctérométrie par cathétérisme urétral	0	1		X		80,45	16	2
JRQP001	Débitmétrie mictionnelle	0	1				0,00	10	2
JRQD001	Débitmétrie mictionnelle, avec cystomanométrie et sphinctérométrie par cathétérisme urétral	0	1		X		137,88	57	2
08.01.05.03 Épreuves fonctionnelles de l'appareil génital masculin									
JHQB001	Mesure de la rigidité du pénis avec injection de produit vasoactif	Ph	A	Cl	modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1				0,00	20	2
JHQP001	Mesure nocturne de la tumescence et de la rigidité du pénis	0	1	Y			0,00	51	2

JHQB002	Mesure pression-débit, par ponction transcutanée des corps caverneux du pénis	0	1				0,00	20	2
08.01.05.04 Autres épreuves fonctionnelles de l'appareil urinaire et génital									
JVQF007	Évaluation de la dose de dialyse péritonéale par prélèvement unique de sang et de dialysat	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex
JVQF001	Évaluation de la dose de dialyse péritonéale par prélèvements multiples de sang et de dialysat	0	1				0,00	28	2
JVQP002	Mesure des clairances péritonéales par recueil de dialysat sur 24 heures	0	1				0,00	16	2
JVQP009	Mesure de la pression intrapéritonéale par le prolongateur du cathéter de dialyse péritonéale	0	1				0,00	20	2
08.01.06 Endoscopie de l'appareil urinaire et génital									
08.01.06.01 Endoscopie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital masculin									
À l'exclusion de : endoscopie avec biopsie (cf 08.01.07.01)									
JBQG002	Pyélocaloscopie, par voie transcutanée	0	1			9,F,J,K,P,S,T,U	358,05	156	1
Avec ou sans : pose de sonde de néphrostomie									
Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
JBQG001	Urétéro-pyélo-caliscopie, par voie transcutanée	0	1			F,I,J,K,P,S,T,U	398,46	174	1
Avec ou sans : pose de sonde de néphrostomie									
Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
JBQE001	Urétéro-pyélo-caliscopie rétrograde, par voie urétrale	0	1	Y		9,F,J,K,O,P,S,T,U	339,61	108	1
Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
JCQE003	Urétéroscopie rétrograde, par voie urétrale	0	1	Y		9,F,J,K,O,P,S,T,U	224,75	79	1
Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
JCQE001	Urétéroscopie par une urétérostomie cutanée directe	0	1	Y		F,J,K,O,P,S,T,U	197,69	63	1
Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (YYYY041)									
JCQE002	Urétéroscopie par une urétérostomie cutanée transintestinale non continente	0	1	Y		F,I,J,K,O,P,S,T,U	278,64	126	1
Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
JCQE004	Urétéroscopie par une urétérostomie cutanée transintestinale continente	0	1	Y		9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	426,82	205	1
Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
JDQE001	Fibroscopie urétrovésicale	0	1	Y		F,P,S,U	38,40	37	2
Forfait : liste SE1									
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
JDQE003	Urétrocystoscopie à l'endoscope rigide	0	1	Y		F,P,S,U	36,00	35	1
Forfait : liste SE1									
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
JDQE002	Exploration endoscopique d'une néovessie intestinale	0	1	Y		I,J,K,T	52,47	48	1
Forfait : liste SE1									
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
JHQP002	Péniscopie	0	1				0,00	37	2
08.01.06.02 Endoscopie de l'appareil génital féminin									
Avec ou sans : biopsie et/ou prélèvement									
JJQC001	Exploration antérograde unilatérale ou bilatérale de la trompe utérine [Salpingoscopie gynécologique], par coelioscopie	0	1	Y		I,X	160,54	163	1
Indication : évaluation de la muqueuse tubaire distale									
Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale									
Environnement : spécifique ; endoscope spécifique en plus de l'équipement de coelioscopie.									
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
JKQE002	Hystérocopie	0	1	Y		9,F,P,S,U	69,20	94	2
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
JKQE001	Hystérocopie avec curetage de la cavité de l'utérus	0	1	Y		F,I,P,S,U	85,81	126	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
JLQE002	Colposcopie	0	1			I,X	49,82	51	2
Facturation : le compte-rendu intègre une reproduction de l'aspect du col avec cartographie mentionnant l'aspect des tissus selon la terminologie colposcopique [schéma colposcopique]									
Coder éventuellement 1 : (YYYY071)									
JLQE001	Vaginoscopie	0	1	Y			0,00	44	2
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
JMQP001	Vulvoscopie	0	1				0,00	49	2
HPQC001	Exploration du petit bassin [pelvis] féminin, par pélycoscopie [culdoscopie] [coelioscopie transvaginale]	0	1	Y		9,X	123,18	347	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
08.01.07 Ponction, biopsie et prélèvements de l'appareil urinaire et génital									
08.01.07.01 Biopsie de l'appareil urinaire, par endoscopie									
JBHE001	Biopsie de la voie excrétrice supérieure, par endoscopie rétrograde	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex
Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
JDHE002	Biopsie de la vessie à la pince, par endoscopie	0	1	Y		9,I,J,K,T	44,67	43	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
JDHE001	Biopsie de la vessie à l'anse coupante, par endoscopie	0	1	Y		J,K,O,T	87,21	68	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
JDHE003	Biopsie randomisée de la vessie, par endoscopie	0	1	Y		9,J,K,O,T	106,35	50	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
JEHE002	Biopsie de l'urètre à la pince, par endoscopie	0	1	Y		I,J,K,T,X	73,74	43	2
Forfait : liste SE1									
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									

JEHE001	Biopsie de l'urètre à l'anse coupante, par endoscopie	0 1 Y	I,J,K,T,X	79,41	58 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	48,00	24 1
08.01.07.02 Autres ponctions, biopsies et prélèvements de l'appareil urinaire					
JAHJ002	Ponction de kyste du rein, par voie transcutanée avec guidage échographique	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
	<i>Forfait : liste SE2</i>	0 1	T	57,60	59 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
JAHH001	Ponction de kyste du rein, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0 1	T	57,60	59 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
JAHJ005	Ponction des cavités du rein, par voie transcutanée avec guidage échographique	0 1	F,P,S,T,U,X	92,88	64 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
JAHJ004	Ponction des cavités du rein par voie transcutanée avec guidage échographique, avec enregistrement de la pression pyélique sous perfusion	0 1	X	112,73	60 1
	<i>Test de Whitacker</i>				
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
JAHB001	Biopsie du rein, par voie transcutanée sans guidage	0 1		65,72	66 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
JAHJ006	Biopsie du rein sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique	0 1		76,80	68 1
	<i>Forfait : liste SE2</i>				
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
JAHJ007	Biopsie du rein sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique	0 1		76,80	68 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
JAHH002	Biopsie du rein, par voie jugulaire transcutanée avec guidage radiologique	0 1	I,X	102,68	228 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
JAHCO01	Biopsie du rein, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	0 1 Y	J,K,T	154,20	62 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	90,13	57 1
JAHA001	Biopsie du rein, par abord direct	0 1 Y	J,K,O,T	133,29	63 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	87,24	69 1
JCLE003	Pose d'une sonde urétérale à visée diagnostique, par endoscopie rétrograde	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	79,41	67 1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	63,96	35 1
JEHD001	Frottis et/ou prélèvement urétral	0 1	X	10,64	10 2
08.01.07.03 Ponction, biopsie et prélèvement de l'appareil génital masculin					
JGHB001	Ponction-cytoaspiration de la prostate, par voie transrectale ou transpérinéale	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
	<i>Forfait : liste SE3</i>	0 1 Y		38,40	14 2
JGHD001	Biopsie de la prostate, par voie transrectale avec guidage au doigt	0 1 Y	9,O	45,38	19 2
	<i>Forfait : liste SE3</i>				
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
JGHJ001	Biopsie de la prostate, par voie transrectale avec guidage échographique	0 1 Y		76,80	76 1
	<i>Facturation : biopsies multiples protocolisées avec 6 biopsies ou plus</i>				
	<i>Forfait : liste SE3</i>				
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
JGHB002	Biopsie de la prostate, par voie transpérinéale avec guidage au doigt	0 1 Y	O	41,12	14 2
	<i>Forfait : liste SE3</i>				
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
JGHJ002	Biopsie de la prostate, par voie transpérinéale avec guidage échographique	0 1 Y		76,80	80 1
	<i>Facturation : biopsies multiples protocolisées avec 6 biopsies ou plus</i>				
	<i>Forfait : liste SE3</i>				
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
JHCB001	Microponction du testicule, par voie transcutanée	0 1		38,40	65 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
JHHB002	Biopsie du testicule, par voie transcutanée	0 1	9	43,96	19 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
JHHA002	Biopsie unilatérale du testicule, par abord direct	0 1	9,I,J,K,T	65,94	89 1
	<i>À l'exclusion de : exploration du contenu scrotal avec biopsie, par abord scrotal (JHQA003)</i>	0 4	A	54,25	24 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
JHHA003	Biopsie bilatérale du testicule, par abord direct	0 1	9,I,J,K,T	90,75	132 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	A	81,93	44 1
JHCF001	Microprélevement de l'épididyme, par voie transcutanée	0 1		83,60	65 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
JHCA003	Microprélevement de l'épididyme, par abord direct	0 1	J,K,T	125,40	75 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
JHHB001	Ponction des corps caverneux du pénis	0 1		38,40	3 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
JHHA001	Biopsie du pénis	0 1	X	37,58	27 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
08.01.07.04 Ponction, biopsie et prélèvement de l'appareil génital féminin					
<i>Facturation : les actes du sous paragraphe 08.01.07.04 Ponction, biopsie et prélèvement de l'appareil génital féminin ne peuvent pas être facturés ensemble</i>					
JKGD003	Curetage de la cavité de l'utérus à visée diagnostique	0 1 Y	F,P,S,U	62,70	67 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	49,85	20 1
JKHA001	Biopsie ou frottis de l'endomètre, sans hystérocopie	0 1 Y		42,24	10 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				

JKHA002	Biopsie du col de l'utérus <i>Biopsie de l'endocol utérin</i> <i>Biopsie de l'exocol utérin</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	I	21,45	12	2
JLHA001	Biopsie du vagin Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	I,X	23,53	11	2
JMHA001	Biopsie de la vulve Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	I,X	24,91	14	2
JKHD001	Prélèvement cervicovaginal <i>Prélèvement cervico-utérin</i>	0 1	9,X	12,46	9	2

08.01.08 Exploration chirurgicale de l'appareil urinaire et génital

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JFQC001	Exploration de l'espace rétropéritonéal et de son contenu, par rétropéritonéoscopie [Rétropéritonéoscopie exploratrice] <i>À l'exclusion de : biopsie du rein, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie (JAHC001)</i> <i>Avec ou sans :</i> <i>- biopsie et/ou prélèvement</i> <i>- section d'adhérences péritonéales</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X		332,52	347	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U		123,34	116	1
JFQA001	Exploration de l'espace rétropéritonéal et de son contenu, par lombotomie [Lombotomie exploratrice] <i>À l'exclusion de : biopsie du rein, par abord direct (JAHA001)</i> <i>Avec ou sans :</i> <i>- biopsie et/ou prélèvement</i> <i>- section d'adhérences péritonéales</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X		262,33	257	1
		0 4 Y	4,5,7,A,F,O,P,S,U		99,34	107	1
JHQA002	Exploration du contenu scrotal sans biopsie, par abord scrotal Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X		75,15	94	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U		57,55	37	1
JHQA003	Exploration du contenu scrotal avec biopsie, par abord scrotal Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U		88,63	106	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U		60,11	43	1
JHQA001	Exploration du contenu scrotal, par abord inguinal Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U		107,06	130	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U		64,88	54	1
JJPC002	Ovariectomie exploratrice, par coelioscopie <i>Avec ou sans : suture</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U		171,62	243	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U		109,15	82	1
JJPA002	Ovariectomie exploratrice, par laparotomie <i>Avec ou sans : suture</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U		167,20	204	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U		99,26	64	1

08.01.09 Examen anatomopathologique de l'appareil urinaire et génital

Par structure anatomique, on entend : élément du corps humain, unitissulaire ou pluritissulaire, topographiquement délimité, constituant un ensemble organisé destiné à remplir un rôle déterminé ou une fonction. Il peut s'agir par exemple :

- d'un organe : estomac, peau, muscle,
- d'une entité concourant à une finalité caractéristique : méninge, séreuse,
- d'une région anatomique : médiastin, région rétropéritonéale

L'examen cytopathologique d'un prélèvement inclut : la préparation de l'échantillon, sa fixation, la préparation microscopique avec une coloration standard, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu et le codage

Avec ou sans : coloration spéciale

Par biopsie, on entend : prélèvement sur une structure anatomique d'un fragment biopsique ou de fragments biopsiques multiples non distingués les uns des autres lors du prélèvement.

L'examen histopathologique de biopsie inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalum ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans : - coloration spéciale

- coupes sériées
- empreinte par apposition cellulaire
- écrasis cellulaire

L'examen histopathologique de fragments d'exérèse inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalum ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans : - coloration spéciale

- coupes sériées
- empreinte par apposition cellulaire
- écrasis cellulaire

Facturation :

- un seul acte peut être facturé que l'exérèse soit monobloc ou en fragments non différenciés par le préleveur, partielle ou totale, pour chaque structure anatomique

Par pièce d'exérèse, on entend : exérèse partielle ou totale, monobloc ou en plusieurs fragments non différenciés par le préleveur, pour chaque structure anatomique

Par berge, on entend : limite de la résection [incision].

Par recoupe, on entend : exérèse supplémentaire effectuée par le préleveur, au-delà des berges de l'exérèse initiale

Avec ou sans : examen de berge

Par groupe lymphonodal [ganglionnaire lymphatique], on entend : ensemble de noeuds [ganglions] lymphatiques non différenciés par le préleveur au cours d'un curage lymphonodal [ganglionnaire]

L'examen anatomopathologique, inclut : l'examen macroscopique et microscopique de pièce d'exérèse

L'examen anatomopathologique d'un organe inclut : l'examen du feuillet viscéral de son éventuelle séreuse

L'examen anatomopathologique de pièce d'exérèse inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalum ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans : - coloration spéciale

- coupes sériées

- empreinte par apposition cellulaire

- écrasis cellulaire

Facturation :

- un seul acte peut être facturé que l'exérèse soit monobloc ou en fragments non différenciés par le préleveur, partielle ou totale, pour chaque structure anatomique

La pièce d'exérèse pour examen anatomopathologique à visée carcinologique inclut :

- les structures anatomiques ayant un rapport de continuité ou de contiguïté [organes de voisinage] quel qu'en soit le nombre

- les éventuelles recoupes

- les noeuds [ganglions] lymphatiques ou groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] satellites non différenciés par le préleveur

Par examen anatomopathologique à visée carcinologique, on entend : examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de lésion présumée cancéreuse ou précancéreuse

L'examen anatomopathologique à visée carcinologique, inclut : l'examen anatomopathologique de lésion cancéreuse de découverte fortuite lors de l'intervention ou de l'examen anatomopathologique

À l'exclusion de : examen anatomopathologique de lésion précancéreuse

de découverte fortuite lors de l'examen anatomopathologique

Coder éventuellement :

- examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une autre structure anatomique différenciée par le préleveur

- examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] différenciés par le préleveur ou de pièce de curage lymphonodal [ganglionnaire]

08.01.09.01 Examen cytopathologique du col de l'utérus

Par dépistage organisé, on entend dépistage défini dans un programme national de santé au sens de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique et répondant aux cahiers des charges correspondant à la thématique publié par arrêté ministériel

Par dépistage individuel, on entend dépistage ne s'inscrivant pas dans un programme national de santé au sens de l'article L.1411-6 du code de la santé publique, mais dont la pertinence, la population cible, les indications et conditions de réalisation font l'objet de recommandations de la Haute Autorité de santé

Facturation :

- l'examen cytopathologique de prélèvement vaginal ne peut pas être facturé en sus de l'examen cytopathologique de prélèvement du col de l'utérus

JKQX001	Examen cytopathologique de dépistage de prélèvement [frottis] du col de l'utérus	0 1		15,40	26 5
À l'exclusion de : Examen cytopathologique de dépistage en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus (JKQX008)					
JKQX347	Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuel	0 1			26 5
A l'exclusion de :					
- Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuel (JKQX147)					
- Examen cytopathologique de contrôle de prélèvement [frottis] du col de l'utérus (JKQX027)					
Indication : selon les recommandations de bonnes pratiques en vigueur					
Environnement : la technique de référence est l'examen cytologique en phase liquide, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé					
JKQX261	Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage organisé	0 1			26 7
A l'exclusion de :					
- Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage organisé (JKQX426)					
- Examen cytopathologique de contrôle de prélèvement [frottis] du col de l'utérus (JKQX027)					
Indication : selon l'arrêté en vigueur relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus					
Environnement : conformément au cahier des charges défini par l'arrêté en vigueur relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus					
JKQX008	Examen cytopathologique de dépistage en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus	0 1		15,40	26 5
JKQX027	Examen cytopathologique de contrôle de prélèvement [frottis] du col de l'utérus	0 1		19,00	28 5
À l'exclusion de : Examen cytopathologique de contrôle en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus (JKQX015)					
Indication : selon les recommandations de bonnes pratiques en vigueur, relatives					
- aux anomalies du test de dépistage de première intention					
- aux situations relevant d'un suivi spécifique					
JKQX147	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuel	0 1			20 5
A l'exclusion de : Examen cytopathologique de contrôle en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus (JKQX015)					
Indication : selon les recommandations de bonnes pratiques en vigueur					
JKQX426	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage organisé	0 1			20 7
A l'exclusion de : Examen cytopathologique de contrôle en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus (JKQX015)					
Indication : selon l'arrêté en vigueur relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus					
Environnement : conformément au cahier des charges défini par l'arrêté en vigueur relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus					
JKQX015	Examen cytopathologique de contrôle en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus	0 1		19,00	23 5
Indication : selon les recommandations de bonnes pratiques en vigueur, relatives					
- aux anomalies du test de dépistage de première intention					
- aux situations relevant d'un suivi spécifique					
Environnement : lorsque la cytologie de dépistage de première intention a été effectuée sur un prélèvement cervicovaginal en phase liquide, l'examen cytopathologique de contrôle est réalisé sur ce même prélèvement au titre de "cytologie réflexe" en seconde intention, conformément aux recommandations de bonne pratique en vigueur					

08.01.09.02 Examen histopathologique de l'appareil urinaire et génital

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JAQX006	0	1			60,00	71	5
JDQX002	0	1			33,60	46	5
JGQX001	0	1			75,98	64	5
08.01.09.03	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JAQX004	0	1			127,38	150	5

08.01.09.03 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de l'appareil urinaire

JAQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de néphrectomie totale ou de néphro-urétérectomie	0 1			127,38	150 5
---------	---	-----	--	--	--------	-------

JAQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de néphrectomie partielle	0	1					87,85	89	5
JCQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'urétréctomie partielle ou totale	0	1					53,65	56	5
JDQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de cystectomie partielle	0	1					76,62	77	5
JDQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de cystectomie totale	0	1					122,46	135	5
JEQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'urétréctomie partielle ou totale	0	1					68,31	84	5
08.01.09.04 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de l'appareil génital masculin		Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
JGQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de vésiculoprostectomie totale	0	1					146,12	230	5
JGQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de vésiculo-prostato-cystectomie totale	0	1					147,01	255	5
JHQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'orchidectomie partielle	0	1					65,58	69	5
JHQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'orchidectomie totale	0	1					116,45	122	5
JHQX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'amputation partielle du pénis	0	1					78,66	79	5
JHQX007	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'amputation totale du pénis	0	1					99,69	135	5
08.01.09.05 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de l'appareil génital féminin		Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
JJQX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de salpingectomie	0	1					60,18	54	5
JJQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'une ovariectomie partielle ou totale	0	1					120,56	97	5
<i>Avec ou sans : examen anatomopathologique de trompe utérine [de Fallope] homolatérale</i>										
JJQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de plusieurs ovariectomies partielle et/ou totale	0	1					137,44	133	5
<i>Avec ou sans : examen anatomopathologique des trompes utérines [de Fallope]</i>										
JKQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'hystérectomie, sans annexectomie	0	1					87,74	107	5
JKQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'hystérectomie, avec annexectomie	0	1					117,94	153	5
JKQX020	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'hystérectomie, avec annexectomie et omentectomie	0	1					133,31	166	5
JKQX007	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de conisation du col de l'utérus	0	1					96,06	82	5
JLQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de colpectomie partielle ou totale	0	1					61,18	56	5
JKQX006	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de trachélectomie [cervicectomie] ou de colpotrachélectomie	0	1					64,62	105	5
JMQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de vulvectomie partielle	0	1					70,14	105	5
JMQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de vulvectomie totale	0	1					102,59	150	5
08.01.09.06 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse du pelvis		Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
JFQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pelvectomie antérieure	0	1					144,99	199	5
JFQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pelvectomie totale	0	1					145,25	235	5
08.01.10 Autres actes à visée diagnostique sur l'appareil urinaire et génital		Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
ZCQD001	Examen clinique du petit bassin [pelvis] et du périnée féminins, sous anesthésie générale	0	1			9,F,I,P,S,U		42,90	65	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>		0	4			A,F,P,S,U		48,39	21	1
08.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'APPAREIL URINAIRE										
08.02.01 Actes thérapeutiques sur le rein										
08.02.01.01 Sclérose et destruction de lésion du rein										
JANH002	Sclérose d'un kyste du rein par injection d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage scanographique	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1	Y		T		57,60	242	1
<i>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</i>										
JANH001	Sclérose de plusieurs kystes du rein par injection d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0	1	Y		T		86,40	326	1
<i>Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)</i>										
JANH798	Destruction de tumeur rénale par radiofréquence, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0	1						695	1
		0	4			A			80	1
<i>Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ; la sélection des patients éligibles à l'intervention nécessite une concertation pluridisciplinaire comprenant au minimum un urologue et un radiologue, la participation complémentaire d'un oncologue médical et d'un anesthésiste pouvant être nécessaire afin de discuter l'ensemble de la stratégie thérapeutique</i>										
<i>Environnement : établissement disposant d'un plateau technique de radiologie interventionnelle équipé de matériel d'anesthésie et de réanimation permettant la prise en charge d'une complication et également la réalisation d'une intervention sous anesthésie générale</i>										
<i>Facturation : le tarif prend en compte le guidage scanographique</i>										
<i>le guidage scanographique inclut un complément échographique éventuel</i>										
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>										
08.02.01.02 Résection partielle du rein										
J AFC008	Résection de kyste non parasitaire du rein, par coelioscopie ou par rétro-péritonéoscopie	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1	Y		J,K,T,X		365,84	411	1
<i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>		0	4	Y		7,A,T		143,87	137	1
J AFA007	Résection de kyste non parasitaire du rein, par lombotomie	0	1	Y		I,J,K,O,T		243,90	287	1
<i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>		0	4	Y		4,5,7,A,T		130,49	113	1
J AFA004	Résection de kyste parasitaire du rein, par lombotomie	0	1	Y		I,J,K,T		370,10	378	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>		0	4	Y		4,5,7,A,T		148,45	151	1
J AFC005	Néphrectomie partielle, par coelioscopie ou par rétro-péritonéoscopie	0	1	Y		9,F,J,K,O,P,S,T,U,X		667,88	596	1
<i>Descriptif : J AFC005-30 Néphrectomie partielle, par coelioscopie ou par rétro-péritonéoscopie, sans assistance par robot</i>		0	4	Y		7,A,F,O,P,S,T,U		259,56	233	1
<i>Descriptif : J AFC005-40 Néphrectomie partielle, par coelioscopie ou par rétro-péritonéoscopie, avec assistance par robot</i>										
<i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>										
J AFA030	Néphrectomie partielle sans dissection du pédicule vasculaire, par laparotomie	0	1	Y		9,F,I,J,K,O,P,S,T,U		478,58	415	1
<i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>		0	4	Y		4,5,7,A,F,O,P,S,T,U		195,24	166	1

JAJA024	Néphrectomie partielle sans dissection du pédicule vasculaire, par lombotomie ou par abord lombal vertical	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	473,61	387	1
		0 4 Y	4,5,7,A,F,O,P,S,T,U	191,20	154	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAJA019	Néphrectomie partielle avec dissection du pédicule vasculaire, par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	656,53	498	1
		0 4 Y	4,5,7,A,F,O,P,S,T,U	212,10	189	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAJA008	Néphrectomie partielle avec dissection du pédicule vasculaire, par lombotomie ou par abord lombal postérieur	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	593,43	501	1
		0 4 Y	4,5,7,A,F,O,P,S,T,U	212,47	189	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAJA006	Néphrectomie partielle ex situ avec autotransplantation du rein, par abord direct	0 1 Y	9,I,J,K,T	1098,9	862	1
		0 4 Y	7,A	339,51	336	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAJC002	Héminéphrectomie avec urétérectomie partielle, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	0 1 Y	I,J,K,O,T	609,74	631	1
	Descriptif : JAJC002-30 Héminéphrectomie avec urétérectomie partielle, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, sans assistance par robot	0 4 Y	7,A	273,08	199	1
	Descriptif : JAJC002-40 Héminéphrectomie avec urétérectomie partielle, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, avec assistance par robot					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAJA001	Héminéphrectomie avec urétérectomie partielle, par abord direct	0 1 Y	I,J,K,O,T	554,44	484	1
		0 4 Y	7,A	249,08	183	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAJC007	Héminéphrectomie avec urétérectomie totale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	0 1 Y	J,K,O,T,X	803,30	804	1
	Descriptif : JAJC007-30 Héminéphrectomie avec urétérectomie totale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, sans assistance par robot	0 4 Y	7,A	297,24	258	1
	Descriptif : JAJC007-40 Héminéphrectomie avec urétérectomie totale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, avec assistance par robot					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAJA003	Héminéphrectomie avec urétérectomie totale, par abord direct	0 1 Y	J,K,O,T,X	730,27	609	1
		0 4 Y	7,A	271,77	234	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAJA026	Héminéphrectomie pour fusion rénale, par abord direct	0 1 Y	J,K,T	470,56	526	1
		0 4 Y	7,A	213,93	199	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
	08.02.01.03 Néphrectomie totale					
	Coder éventuellement : curage lymphonodal abdominal (cf 05.02.02.04)					
JAJC006	Néphrectomie totale unilatérale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	0 1 Y	I,J,K,T,X	665,04	772	1
	Descriptif : JAJC006-30 Néphrectomie totale unilatérale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, sans assistance par robot	0 4 Y	7,A	250,08	246	1
	Descriptif : JAJC006-40 Néphrectomie totale unilatérale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, avec assistance par robot					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAJA023	Néphrectomie totale unilatérale, par laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	409,09	443	1
		0 4 Y	4,5,7,A,F,O,P,S,U	153,85	132	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAJA010	Néphrectomie totale unilatérale, par abord lombal vertical	0 1 Y	J,K,T,X	421,15	454	1
		0 4 Y	7,A	155,32	137	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAJA002	Néphrectomie totale, par lombotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	409,09	443	1
		0 4 Y	4,5,7,A,F,O,P,S,U	153,85	132	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAJA012	Néphrectomie totale par laparotomie, avec extraction endoscopique rétrograde de l'uretère [stripping de l'uretère]	0 1 Y	J,K,T,X	663,62	624	1
		0 4 Y	4,5,7,A	249,08	190	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAJC001	Néphro-urétérectomie totale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	0 1 Y	J,K,O,T,X	793,37	840	1
	Descriptif : JAJC001-30 Néphro-urétérectomie totale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, sans assistance par robot	0 4 Y	7,A	298,71	261	1
	Descriptif : JAJC001-40 Néphro-urétérectomie totale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, avec assistance par robot					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAJA032	Néphro-urétérectomie totale, par abord direct	0 1 Y	J,K,T,X	665,75	671	1
		0 4 Y	7,A	256,37	209	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAJA015	Transplantectomie rénale, par abord direct	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	319,76	360	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	207,33	102	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAJC004	Binéphrectomie, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	0 1 Y	J,K,T	643,29	874	1
	Descriptif : JAJC004-30 Binéphrectomie, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, sans assistance par robot	0 4 Y	A	577,55	357	1
	Descriptif : JAJC004-40 Binéphrectomie, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, avec assistance par robot					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAJA016	Binéphrectomie, par laparotomie	0 1 Y	9,I,J,K,T	528,91	539	1
		0 4 Y	4,5,A	428,00	244	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAJA027	Binéphrectomie, par abords lombaux verticaux	0 1 Y	J,K,T	494,42	600	1
		0 4 Y	A	447,43	266	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
	08.02.01.04 Néphrectomie totale élargie					
	Coder éventuellement : curage lymphonodal abdominal (cf 05.02.02.04)					
JAJA031	Néphrectomie totale élargie à la loge rénale, par thoraco-phréno-laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	738,78	741	1
		0 4 Y	4,5,7,A,F,P,S,U	279,47	226	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

J AFC019	Néphrectomie totale élargie à la loge rénale, par coelioscopie ou rétropéritonéoscopie	0 1	J,K,O,T,X	682,06	702	1
	Descriptif : J AFC019-30 Néphrectomie totale élargie à la loge rénale, par coelioscopie ou rétropéritonéoscopie, sans assistance par robot	0 4	7,A	215,05	299	1
	Descriptif : J AFC019-40 Néphrectomie totale élargie à la loge rénale, par coelioscopie ou rétropéritonéoscopie, avec assistance par robot					
	Indication : tumeur rénale, sans limitation de stade de la tumeur et sans envahissement veineux par la tumeur					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
J AFA009	Néphrectomie totale élargie à la loge rénale, par laparotomie ou par abord lomboabdominal	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	532,46	593	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,F,O,P,S,U	192,67	175	1
J AFA022	Néphrectomie totale élargie à la loge rénale avec thrombectomie par cavotomie, par thoraco-phréno-laparotomie	0 1 Y	9,I,J,K,T	902,56	882	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A	348,29	279	1
J AFA014	Néphrectomie totale élargie à la loge rénale avec thrombectomie par cavotomie, par laparotomie ou par abord lomboabdominal	0 1 Y	J,K,T,X	835,91	786	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A	366,67	245	1
J AFA021	Néphrectomie totale élargie à la loge rénale avec surrénalectomie, par thoraco-phréno-laparotomie	0 1 Y	J,K,O,T,X	755,09	751	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A	280,56	230	1
J AFC010	Néphrectomie totale élargie à la loge rénale avec surrénalectomie, par coelioscopie ou rétropéritonéoscopie	0 1	J,K,O,T,X	752,96	817	1
	Descriptif : J AFC010-30 Néphrectomie totale élargie à la loge rénale avec surrénalectomie, par coelioscopie ou rétropéritonéoscopie, sans assistance par robot	0 4	7,A	247,33	351	1
	Descriptif : J AFC010-40 Néphrectomie totale élargie à la loge rénale avec surrénalectomie, par coelioscopie ou rétropéritonéoscopie, avec assistance par robot					
	Indication : tumeur rénale, sans limitation de stade de la tumeur et sans envahissement veineux par la tumeur					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
J AFA029	Néphrectomie totale élargie à la loge rénale avec surrénalectomie, par laparotomie ou par abord lomboabdominal	0 1 Y	9,J,K,T,X	589,89	607	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A	202,20	183	1
J AFA025	Néphrectomie totale élargie à la loge rénale avec surrénalectomie et thrombectomie par cavotomie, par thoraco-phréno-laparotomie	0 1 Y	J,K,T,X	960,70	899	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A	350,49	285	1
J AFA028	Néphrectomie totale élargie à la loge rénale avec surrénalectomie et thrombectomie par cavotomie, par laparotomie ou par abord lomboabdominal	0 1 Y	J,K,O,T,X	894,05	851	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A	377,66	268	1
J AFA011	Néphrectomie totale élargie à la loge rénale avec thrombectomie par cavotomie et contrôle intraatrial cardiaque, par thoraco-phréno-laparotomie	0 1 Y	J,K,O,T,X	1063,50	978	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A	360,39	312	1
J AFA005	Néphrectomie totale élargie à la loge rénale avec résection latérale de la veine cave inférieure, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,T,X	964,95	910	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	335,14	288	1
	08.02.01.05 Réparation de traumatisme du rein					
J ACA001	Suture de plaie ou de fracture du rein limitée au parenchyme, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	330,39	216	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	155,89	131	1
J AMA002	Réparation d'un traumatisme complexe du rein et de la voie excrétrice, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	613,99	322	1
	Avec ou sans : pose de filet périrénal	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	203,26	204	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
J ASA001	Hémostase de plaie ou de fracture du rein par pose de filet périrénal, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	349,54	234	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	206,23	145	1
	08.02.01.06 Prélèvement et transplantation de rein					
J AFA013	Prélèvement d'un rein sur un donneur vivant, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 1 Y		0,00	246	1
		0 4 Y	A	0,00	201	1
J AFC003	Prélèvement d'un rein sur un donneur vivant, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	0 1 Y		0,00	270	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y	A	0,00	201	1
J AFA018	Prélèvement d'un rein sur un sujet en état de mort encéphalique	0 1	9,F,I,J,K,P,S,T,U	445,25	113	1
	Coder éventuellement 4 : (YYYY041)	0 4	A,F,P,S,U	155,89	75	1
J AFA017	Prélèvement des 2 reins sur un sujet en état de mort encéphalique	0 1	F,J,K,P,S,T,U	544,61	198	1
	À l'exclusion de : prélèvement des 2 reins au cours d'un prélèvement multiorgane, sur un sujet en état de mort encéphalique (J AFA020)	0 4	A,F,P,S,U	218,59	132	1
	Coder éventuellement 4 : (YYYY041)					
J AFA020	Prélèvement des 2 reins au cours d'un prélèvement multiorgane, sur un sujet en état de mort encéphalique	0 1	F,J,K,P,S,T,U	406,69	362	1
	Coder éventuellement 4 : (YYYY041)	0 4	A,F,P,S,U	218,59	193	1
J AEA003	Transplantation du rein	0 1 Y	F,U	0,00	629	1
	À l'exclusion de : autotransplantation du rein, par abord direct (J AEA002)	0 4 Y	A,F,U	0,00	248	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)					
J AEA002	Autotransplantation du rein, par abord direct	0 1 Y	9,I,J,K,T	830,24	600	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	312,46	308	1
	08.02.01.07 Autres actes thérapeutiques sur le rein					
		Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex

JADA001	Néphropexie, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,T,X	264,46	213	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	107,04	117	1
JAPC018	Section de l'isthme d'un rein en fer à cheval, par coelioscopie	0 1 Y	J,K,T,X	567,20	431	1
	<i>Avec ou sans : néphrectomie pyéloplastie</i>	0 4 Y	7,A	190,30	217	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAPA001	Section de l'isthme d'un rein en fer à cheval, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,T,X	538,13	375	1
	<i>Avec ou sans : néphrectomie pyéloplastie</i>	0 4 Y	7,A	166,30	192	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

08.02.02 Actes thérapeutiques sur les voies urinaires supérieures

Comprend : actes thérapeutiques sur :

- les calices rénaux
- le bassin [pelvis] rénal
- la jonction pyélo-urétérale
- l'uretère

Avec ou sans : drainage de l'uretère

Les actes sur les voies urinaires supérieures, par endoscopie incluent le contrôle radiologique.

Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées avec les codes marqués d'un symbole distinctif pour préciser le mode de drainage des voies excrétrices :

- A avec drainage par sonde de néphrostomie
- B avec drainage par sonde urétérale

08.02.02.01 Suture de l'uretère

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JCCC003	Suture de plaie ou de rupture de l'uretère, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	0	1	Y	6,F,I,J,K,O,P,S,T,U	536,71	450	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,8,A,F,O,P,S,T,U	180,82	177	1
JCCA003	Suture de plaie ou de rupture de l'uretère, par abord direct	0	1	Y	6,F,I,J,K,O,P,S,T,U	263,75	200	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,8,A,F,O,P,S,T,U	112,83	98	1

08.02.02.02 Pose de sonde et de prothèse de l'uretère

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JCLE001	Pose d'une sonde urétérale à visée thérapeutique, par endoscopie rétrograde	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	86,40	54	1
	<i>À l'exclusion de : refoulement de calcul de l'uretère par sonde urétérale, par endoscopie rétrograde (JCEE001)</i>	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,T,U	63,73	34	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)							

JCLD001	Pose d'une endoprothèse urétérale, par une néphrostomie déjà en place	0	1	Y	9,I,J,K,T	133,29	195	1
	<i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>							
	Coder éventuellement 1 : (YYYY405, ZZLP025)							

JCLH001	Pose d'une endoprothèse urétérale, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique	0	1		T,X	219,79	340	1
	<i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>							
	Coder éventuellement 1 : (YYYY405, ZZLP025)							

JCLE002	Pose d'une endoprothèse urétérale, par endoscopie rétrograde	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	101,39	64	1
	<i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,T,U	53,52	45	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)							

08.02.02.03 Ablation et changement de sonde et d'endoprothèse des voies urinaires supérieures

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JCGE003	Ablation unilatérale ou bilatérale d'une sonde urétérale, par endoscopie rétrograde	0	1	Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U	48,00	20	1
	<i>Forfait : liste SE1</i>							
	Coder éventuellement 1 : (YYYY405, ZZLP030)							

JCGH002	Ablation d'une endoprothèse urétérale par une néphrostomie déjà en place, avec guidage radiologique	0	1		6,F,J,K,O,P,S,T,U,X	56,01	173	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY405)							

JCGE004	Ablation d'une endoprothèse urétérale, par endoscopie rétrograde	0	1	Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U	48,00	42	1
	<i>Forfait : liste SE1</i>							
	Coder éventuellement 1 : (YYYY405, ZZLP025)							

JAKD001	Changement d'une sonde de néphrostomie ou de pyélostomie	0	1		6,F,O,P,S,T,U	48,21	145	1
	<i>Forfait : liste SE2</i>							
	Coder éventuellement 1 : (YYYY405, ZZLP025)							

JCKD001	Changement d'une sonde d'urétérostomie cutanée	0	1		6,F,O,P,S,T,U	48,21	24	1
	<i>Forfait : liste SE2</i>							
	Coder éventuellement 1 : (YYYY405, ZZLP025)							

JCKE001	Changement d'une sonde urétérale, par endoscopie rétrograde	0	1	Y	6,9,F,J,K,O,P,S,T,U	107,06	80	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,8,A,F,O,P,S,T,U	57,18	53	1

JCKH001	Changement d'une endoprothèse urétérale par une néphrostomie déjà en place, avec guidage radiologique	0	1	Y	6,F,P,S,T,U	86,40	201	1
	<i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>							
	Coder éventuellement 1 : (YYYY405, ZZLP025)							

JCKE002	Changement d'une endoprothèse urétérale, par endoscopie rétrograde	0	1	Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U	90,75	66	1
	<i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>	0	4	Y	7,8,A,F,O,P,S,T,U	53,89	46	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)							

08.02.02.04 Dérivation externe sur les voies urinaires supérieures

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JACH001	Néphrostomie, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique	0	1		F,J,K,O,P,S,T,U	167,20	153	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY405, ZZLP030)							

JAMA001	Internalisation secondaire d'une néphrostomie cutanée déjà en place	0 1	6,J,K,T	125,40	284	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)					
JAMB001	Internalisation d'une néphrostomie déjà en place, par voies transcutanée et rétrograde	0 1	6,J,K,T	125,40	100	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)					
JACH002	Néphrostomie par voie transcutanée avec drainage internalisé de la voie excrétrice urinaire, avec guidage échographique et/ou radiologique	0 1	J,K,T	167,20	270	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY405, ZZLP030)					
JACH003	Néphrostomie, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0 1	F,J,K,O,P,S,T,U	167,20	212	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY405, ZZLP030)					
JACA002	Néphrostomie cutanée, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,T,U	204,90 115,83	266 93	1 1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JBCA001	Pyélostomie cutanée, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	6,F,I,J,K,O,P,S,T,U 7,8,A,F,O,P,S,T,U	241,06 115,09	279 111	1 1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCCB001	Urétérostomie, par voie transcutanée	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	167,20	100	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY405, ZZLP030)					
JCCC001	Urétérostomie cutanée, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	0 1 Y 0 4 Y	6,9,I,J,K,T 7,8,A,T	332,52 209,48	545 227	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCCA002	Urétérostomie cutanée, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	6,9,J,K,T 7,8,A,T	218,37 141,86	210 127	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCCA014	Urétérostomie cutanée avec anastomose urétéro-urétérale croisée, par abord direct <i>Urétéro-urétérostomie en Y</i>	0 1 Y 0 4 Y	6,J,K,O,T,X 7,8,A	575,71 160,84	475 137	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCCC002	Urétérostomie cutanée transintestinale par anse non détubulée, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie <i>Opération selon Bricker, par coelioscopie</i>	0 1 Y 0 4 Y	6,9,J,K,T 7,8,A	665,04 333,89	745 277	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCCA006	Urétérostomie cutanée transintestinale par anse non détubulée, par abord direct <i>Opération selon Bricker</i>	0 1 Y 0 4 Y	6,9,F,J,K,O,P,S,T,U 7,8,A,F,O,P,S,U	577,13 289,36	504 229	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCCA011	Urétérostomie cutanée transintestinale avec création d'un réservoir continent, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	6,F,J,K,P,S,T,U 7,8,A,F,P,S,U	583,48 332,68	454 209	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
	08.02.02.05 Dérivation interne et réimplantation de l'uretère					
JCCA005	Anastomose urétérocalicelle, par abord direct	Ph A Cl 0 1 Y 0 4 Y	modificateur 6,I,J,K,T,X 7,8,A	Tarif 521,12 152,78	ICR 473 180	Ex 1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCCA007	Dérivation urinaire par anastomose urétéro-urétérale homolatérale, par abord direct <i>Urétéro-urétérostomie homolatérale</i>	0 1 Y 0 4 Y	6,9,I,J,K,T 7,8,A	333,94 127,12	304 111	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCCA008	Dérivation urinaire par anastomose urétéro-urétérale croisée, par abord direct <i>Transurétéro-urétérostomie</i>	0 1 Y 0 4 Y	6,J,K,T,X 7,8,A	546,64 162,31	454 172	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCEA005	Réimplantation urétérovésicale sans création de montage antireflux, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	6,J,K,T 7,8,A,T	374,48 249,08	304 122	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCEC006	Réimplantation urétérovésicale unilatérale avec création de montage antireflux, par coelioscopie	0 1 Y 0 4 Y	6,F,J,K,P,S,T,U,X 7,8,A,F,P,S,U	497,72 273,08	324 138	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCEC011	Réimplantation urétérovésicale bilatérale avec création de montage antireflux, par coelioscopie	0 1 Y 0 4 Y	6,9,F,J,K,O,P,S,T,U 7,8,A,F,O,P,S,U	618,50 385,31	420 175	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCEA002	Réimplantation urétérovésicale unilatérale avec création de montage antireflux, par abord direct <i>Opération unilatérale selon Cohen</i>	0 1 Y 0 4 Y	6,J,K,T 7,8,A	374,48 249,08	282 113	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCEA001	Réimplantation urétérovésicale bilatérale avec création de montage antireflux, par abord direct <i>Opération bilatérale selon Cohen</i>	0 1 Y 0 4 Y	6,J,K,T 7,8,A	531,23 343,13	365 150	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCEA003	Réimplantation urétérovésicale avec plastie de la vessie par mobilisation [vessie psoïque] ou allongement par lambeau pédiculé, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	6,J,K,T 7,8,A,T	522,50 271,70	437 174	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCMA004	Création d'un montage urétérovésical antireflux sans réimplantation urétérovésicale, par abord direct <i>Opération selon Gil-Vernet</i>	0 1 Y 0 4 Y	6,9,I,J,K,T 7,8,A,T	339,61 146,91	288 130	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCEA004	Réimplantation vésicale d'une duplicité urétérale, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	6,J,K,T 7,8,A,T	374,48 249,08	100 113	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCCA013	Anastomose urétérocolique ou urétérorectale directe, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	6,J,K,O,T,X 7,8,A,T	413,35 185,38	382 161	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCCA012	Anastomose urétérocolique ou urétérorectale avec confection d'un réservoir détubulé rectosigmoïdien ou iléo-recto-sigmoïdien, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	6,J,K,T 7,8,A	743,05 332,68	620 261	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCMA001	Transformation d'une urétérostomie cutanée en anastomose urétérocolique directe	0 1 Y 0 4 Y	6,I,J,K,T,X 7,8,A,T	665,04 207,74	528 222	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

JCMA002	Transformation d'une urétérostomie cutanée en dérivation interne avec confection d'un réservoir débulé rectosigmoïdien ou iléo-recto-sigmoïdien	0 1 Y 0 4 Y	6,J,K,T 7,8,A	757,03 332,68	628 1 265 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCMA003	Transformation d'une urétérostomie cutanée en dérivation interne par réimplantation urétérovésicale	0 1 Y 0 4 Y	6,J,K,T 7,8,A,T	519,57 277,63	545 1 230 1
<i>Avec ou sans : élongation de la vessie [vessie prostatic]</i>					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCMA005	Transformation d'une urétérostomie cutanée en dérivation interne avec entérocytoplastie de remplacement [néovessie] orthotopique par anse intestinale débulée	0 1 Y 0 4 Y	6,J,K,T,X 7,8,A	1223,7 374,48	766 1 323 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
08.02.02.06 Fragmentation extracorporelle de calcul des voies urinaires supérieures [Lithotritie extracorporelle]					
<i>Coder éventuellement : drainage des voies urinaires supérieures</i>					
JANM002	Lithotritie extracorporelle du rein, avec guidage échographique	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,T,U	250,80 125,40	144 1 90 1
<i>Avec ou sans : guidage radiologique</i>					
Coder éventuellement 4 : (YYYY041)					
JANM001	Lithotritie extracorporelle du rein, avec guidage radiologique	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,T,U	250,80 125,40	108 1 68 1
Coder éventuellement 4 : (YYYY041)					
JCNM001	Lithotritie extracorporelle de l'uretère, avec guidage échographique	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 7,A,T	250,80 125,40	120 1 68 1
<i>Avec ou sans : guidage radiologique</i>					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCNM002	Lithotritie extracorporelle de l'uretère, avec guidage radiologique	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 7,A,T	250,80 125,40	112 1 63 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
08.02.02.07 Ablation de calcul du rein					
<i>Comprend : ablation de calcul</i>					
<i>- caliciel</i>					
<i>- pyélique</i>					
<i>Avec ou sans :</i>					
<i>- dilatation de l'uretère</i>					
<i>- fragmentation de calcul</i>					
<i>L'ablation de calcul du rein inclut le contrôle radiologique.</i>					
<i>Facturation : les actes du paragraphe 08.02.02.07 "Ablation de calcul du rein" ne peuvent pas être facturés avec une néphrostomie</i>					
JANJ002	Fragmentation intrarénale de calcul par ondes de choc [Lithotritie intrarénale], par néphrostomie déjà en place	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 7,A,T	250,80 125,40	100 1 120 1
Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JANE005	Fragmentation intrarénale de calcul avec ondes de choc ou laser [Lithotritie intrarénale], par urétéronéphroscopie	0 1 0 4	9,J,K,T,X 7,A	428,95 137,78	230 1 102 1
<i>À l'exclusion de : fragmentation intrarénale de calcul caliciel inférieur par ondes de choc [lithotritie intrarénale], par urétéronéphroscopie (JANE002)</i>					
<i>Indication : traitement, en deuxième intention, de calcul intrarénal de moins de 15 mm</i>					
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>					
Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JANE002	Fragmentation intrarénale de calcul caliciel inférieur avec ondes de choc ou laser [Lithotritie intrarénale], par urétéronéphroscopie	0 1 0 4	9,J,K,T,X 7,A	471,49 140,94	280 1 123 1
<i>Indication : traitement en deuxième intention, de calcul intrarénal de moins de 15 mm</i>					
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>					
Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAGD001	Ablation de calcul du rein, par une néphrostomie déjà en place	0 1 0 4	J,K,O,T,X 7,A,T	540,26 155,89	439 1 130 1
<i>À l'exclusion de : ablation d'un calcul coralliforme ou complexe du rein, par une néphrostomie déjà en place (JAGD002)</i>					
Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAGF002	Ablation d'un calcul simple du rein, par voie transcutanée	0 1 Y 0 4 Y	9,I,J,K,T 7,A,T	471,49 155,89	463 1 138 1
Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAGD002	Ablation d'un calcul coralliforme ou complexe du rein, par une néphrostomie déjà en place	0 1 Y 0 4 Y	J,K,O,T,X 7,A,T	531,75 155,89	500 1 181 1
Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAGF003	Ablation d'un calcul coralliforme ou complexe du rein, par voie transcutanée	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T 7,A,T	620,38 157,12	592 1 181 1
Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAGC001	Ablation d'un calcul du rein par pyélotomie, par rétro-péritonéoscopie	0 1 Y 0 4 Y	6,I,J,K,T 7,8,A,T	378,61 155,89	368 1 150 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAGA001	Ablation d'un calcul du rein par pyélotomie, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	6,9,J,K,T 7,8,A,T	307,71 176,91	307 1 115 1
Coder éventuellement 14 : (ZZQA002, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAGA004	Ablation d'un calcul du rein par néphrotomie, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	6,J,K,O,T,X 7,8,A,T	533,88 214,66	479 1 185 1
<i>À l'exclusion de : ablation d'un calcul du rein par néphrotomie de la convexité, par abord direct (JAGA002)</i>					
Coder éventuellement 14 : (ZZQA002, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAGA002	Ablation d'un calcul du rein par néphrotomie de la convexité, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	6,I,J,K,T 7,8,A,T	638,10 187,91	535 1 222 1
<i>Avec ou sans : clampage du pédicule rénal</i>					
Coder éventuellement 14 : (ZZQA002, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAGA006	Ablation d'un calcul du rein par pyélotomie et néphrotomie, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y	6,I,J,K,T 7,8,A,T	638,10 171,78	548 1 232 1
Coder éventuellement 14 : (ZZQA002, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JAGF001	Ablation de calculs multiples du rein, par voie transcutanée	0 1 Y 0 4 Y	6,I,J,K,T 7,8,A,T	620,38 157,12	592 1 181 1
Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

JAGA003	Ablation de calculs multiples du rein par pyélotomie et/ou néphrotomie, par abord direct <i>À l'exclusion de : ablation de calculs multiples du rein par néphrotomie de la convexité, par abord direct (JAGA005)</i> Coder éventuellement 14 : (ZZQA002, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6,I,J,K,T,X	753,67	606	1
		0 4 Y	7,8,A,T	171,78	232	1
JAGA005	Ablation de calculs multiples du rein par néphrotomie de la convexité, par abord direct <i>Avec ou sans : clampage du pédicule rénal</i> Coder éventuellement 14 : (ZZQA002, ZZQA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6,I,J,K,T,X	753,67	575	1
		0 4 Y	7,8,A,T	187,91	222	1
08.02.02.08 Ablation et fragmentation de calcul de l'uretère						
JCEE001	Refoulement de calcul de l'uretère par sonde urétérale, par endoscopie rétrograde Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	116,28	66	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	70,01	50	1
JCGH005	Ablation et/ou fragmentation de calcul de l'uretère, par une néphrostomie déjà en place avec guidage échographique et/ou radiologique Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T,X	308,42	180	1
		0 4 Y	7,A,T	117,57	102	1
JCGH001	Ablation et/ou fragmentation de calcul de l'uretère, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T,X	415,47	210	1
		0 4 Y	7,A,T	155,89	119	1
JCGE002	Ablation et/ou fragmentation de calcul de l'uretère, par urétéroscopie antérograde par une néphrostomie déjà en place Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	345,28	170	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	115,73	96	1
JCGG001	Ablation et/ou fragmentation de calcul de l'uretère, par urétéroscopie antérograde par voie transcutanée Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	618,96	260	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	155,89	148	1
JCGH004	Ablation et/ou fragmentation de calcul de l'uretère, par urétrocystoscopie avec guidage échographique et/ou radiologique <i>Ablation de calcul de l'uretère par sonde à panier [de Dormia], par voie rétrograde</i> Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	197,69	100	1
		0 4 Y	7,A,T	114,09	73	1
JCGE006	Ablation et/ou fragmentation de calcul de l'uretère lombal, par urétéroscopie rétrograde Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	392,08	168	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	134,99	102	1
JCGC003	Ablation de calcul de l'uretère lombal, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6,I,J,K,O,T	332,52	270	1
		0 4 Y	7,8,A,T	165,77	157	1
JCGA002	Ablation de calcul de l'uretère lombal, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6,F,I,J,K,O,P,S,T,U	269,42	162	1
		0 4 Y	7,8,A,F,O,P,S,T,U	127,83	96	1
JCGE005	Ablation et/ou fragmentation de calcul de l'uretère iliaque, par urétéroscopie rétrograde Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	348,83	148	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	114,09	90	1
JCGC002	Ablation de calcul de l'uretère iliaque, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6,I,J,K,O,T	332,52	270	1
		0 4 Y	7,8,A,T	165,77	157	1
JCGA003	Ablation de calcul de l'uretère iliaque, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U	199,94	128	1
		0 4 Y	7,8,A,F,O,P,S,T,U	116,83	77	1
JCGE001	Ablation et/ou fragmentation de calcul de l'uretère pelvien, par urétéroscopie rétrograde Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	317,63	132	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	114,09	81	1
JCGC001	Ablation de calcul de l'uretère pelvien, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6,9,J,K,T	332,52	240	1
		0 4 Y	7,8,A,T	167,58	141	1
JCGA001	Ablation de calcul de l'uretère pelvien, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6,F,I,J,K,O,P,S,T,U	309,83	190	1
		0 4 Y	7,8,A,F,O,P,S,T,U	142,83	112	1
08.02.02.09 Incision des voies urinaires supérieures <i>Comprend : incision de la jonction pyélo-urétérale</i>						
JBPH001	Urétéropyélotomie ou urétérotomie, avec guidage radiologique Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	218,59	300	1
		0 4 Y	7,A,T	124,54	127	1
JBPE002	Urétéropyélotomie ou urétérotomie, par néphroscopie par une néphrostomie déjà en place Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,T,X	581,38	270	1
		0 4 Y	7,A,T	124,54	225	1
JBPG001	Urétéropyélotomie ou urétérotomie, par néphroscopie par voie transcutanée Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,T	483,54	224	1
		0 4 Y	7,A,T	141,01	127	1
JBPE001	Urétéropyélotomie ou urétérotomie, par urétéroscopie rétrograde Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,O,T	314,80	150	1
		0 4 Y	7,A,T	124,54	92	1
08.02.02.10 Plastie du bassin et de la jonction pyélo-urétérale <i>À l'exclusion de : résection-anastomose du bassin et de la jonction pyélo-urétérale (JBFC001, JBFA002)</i> <i>Facturation : les actes du paragraphe 08.02.02.08 "Plastie du bassin et de la jonction pyélo-urétérale" ne peuvent pas être facturés avec une néphrostomie</i>						
JBMC001	Plastie du bassin et de la jonction pyélo-urétérale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie Descriptif : JBMC001-30 Plastie du bassin et de la jonction pyélo-urétérale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, sans assistance par robot Descriptif : JBMC001-40 Plastie du bassin et de la jonction pyélo-urétérale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, avec assistance par robot Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6,I,J,K,T	636,68	340	1
		0 4 Y	7,8,A,T	176,01	193	1
JBMA001	Plastie du bassin et de la jonction pyélo-urétérale, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6,I,J,K,O,T	348,83	236	1
		0 4 Y	7,8,A,T	149,44	133	1
08.02.02.11 Destruction de lésion des voies urinaires supérieures <i>Avec ou sans : dilatation de l'uretère</i>						
JBNE004	Destruction de tumeur calicelle et/ou pyélique avec laser, par urétéronéphroscopie <i>Indication : tumeur calicelle et/ou pyélique unique de bas grade et de bas stade, de moins de 20 mm</i> Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1	J,K,T,X	471,49	266	1
		0 4	7,A	119,46	91	1

JCND001	Destruction de tumeur de l'uretère lombal, par une néphrostomie déjà en place	0 1		6,9,J,K,O,T	241,77	98 1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (YYYY041)	0 4		7,8,A,T	114,09	81 1
JCNE004	Destruction de tumeur de l'uretère lombal, par urétéroscopie rétrograde	0 1 Y		9,I,J,K,T	336,78	150 1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,A,T	114,09	108 1
JCNF001	Destruction de tumeur de l'uretère lombal, par voie transcutanée	0 1 Y		J,K,T	295,22	200 1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,A,T	114,09	113 1
JCNE003	Destruction de tumeur de l'uretère iliaque, par urétéroscopie rétrograde	0 1 Y		9,I,J,K,T	309,83	136 1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,A,T	114,09	101 1
JCNE002	Destruction de tumeur de l'uretère pelvien, par urétéroscopie rétrograde	0 1 Y		9,J,K,O,T	229,72	106 1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,A,T	114,09	83 1
JCNE001	Destruction d'un moignon de l'uretère, par urétéroscopie rétrograde	0 1 Y		6,J,K,T	197,69	86 1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,8,A	114,09	73 1
08.02.02.12 Exérèse de lésion de l'uretère						
JBFE001	Exérèse de tumeur pyélique et/ou calicelle, par endoscopie rétrograde	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		6,9,I,J,K,T	466,52	186 1
		0 4 Y		7,8,A,T	155,89	128 1
JBFA001	Exérèse de tumeur pyélique et/ou calicelle, avec néphrostomie par voie transcutanée	0 1 Y		9,J,K,T,X	577,84	100 1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,A,T	161,15	110 1
JCFD001	Exérèse de tumeur de l'uretère lombal, par une néphrostomie déjà en place	0 1		6,I,J,K,O,T	293,53	156 1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405, ZZHA001) - 4 : (YYYY041)	0 4		7,8,A,T	114,09	98 1
JCFF001	Exérèse de tumeur de l'uretère lombal, par voie transcutanée	0 1 Y		I,J,K,T	472,19	234 1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,A,T	120,50	132 1
JCFE001	Exérèse de tumeur de l'uretère lombal, par urétéroscopie rétrograde	0 1 Y		9,J,K,T,X	406,26	176 1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,A,T	131,86	122 1
JCFE003	Exérèse de tumeur de l'uretère iliaque, par urétéroscopie rétrograde	0 1 Y		J,K,O,T,X	380,02	166 1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,A,T	114,09	94 1
JCFE002	Exérèse de tumeur de l'uretère pelvien, par urétéroscopie rétrograde	0 1 Y		9,I,J,K,T	316,21	146 1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,A,T	114,09	83 1
08.02.02.13 Résection-anastomose des voies urinaires supérieures						
JBFC001	Résection-anastomose du bassin et de la jonction pyélo-urétérale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		6,I,J,K,T,X	776,36	554 1
		0 4 Y		7,8,A,T	225,15	204 1
JBFA002	Résection-anastomose du bassin et de la jonction pyélo-urétérale, par abord direct	0 1 Y		6,J,K,T,X	426,82	390 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,8,A,T	195,26	144 1
JCFA002	Urétérectomie segmentaire lombo-iliaque avec rétablissement de la continuité de l'uretère, par abord direct	0 1 Y		6,F,J,K,O,P,S,T,U,X	375,06	346 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,8,A,F,O,P,S,T,U	126,75	127 1
JCFA003	Urétérectomie segmentaire pelvienne avec rétablissement de la continuité de l'uretère, par abord direct	0 1 Y		6,F,J,K,O,P,S,T,U,X	396,33	352 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,8,A,F,O,P,S,T,U	127,49	130 1
JCFA009	Urétérectomie segmentaire pelvienne avec réimplantation urétérovésicale, par abord direct	0 1 Y		6,F,I,J,K,O,P,S,T,U	488,50	388 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,8,A,F,O,P,S,T,U	249,08	143 1
JCFA008	Urétérectomie segmentaire pelvienne avec réimplantation urétérovésicale et montage antireflux, par abord direct	0 1 Y		6,9,I,J,K,T	573,58	300 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,8,A,T	249,08	150 1
JCFA010	Urétérectomie segmentaire pelvienne avec réimplantation urétérovésicale et plastie de la vessie par mobilisation [vessie psoïque] ou allongement par lambeau pédiculé, par abord direct	0 1 Y		6,9,J,K,T	507,64	423 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,8,A,T	249,08	209 1
JCPA003	Section-anastomose d'un uretère rétrocave, par abord direct	0 1 Y		6,I,J,K,T	476,45	360 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,8,A	142,51	175 1
JCFA005	Résection longitudinale modelante d'un méga-uretère avec réimplantation urétérovésicale et montage antireflux, par abord direct	0 1 Y		6,9,I,J,K,T	577,84	454 1
	<i>Avec ou sans : élongation de la vessie [vessie psoïque]</i>	0 4 Y		7,8,A,T	249,08	213 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JCFA007	Exérèse d'une urétérocèle avec réimplantation urétérovésicale homolatérale, par abord direct	0 1 Y		6,J,K,O,T	406,97	371 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,8,A,T	249,08	144 1
JCFA004	Exérèse d'une urétérocèle avec réimplantation urétérovésicale, héminéphrectomie et urétérectomie totale homolatérales, par abord direct	0 1 Y		6,J,K,T	663,12	526 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,8,A,T	343,13	207 1
JCFA006	Exérèse unilatérale d'une urétérocèle avec réimplantation urétérovésicale bilatérale, par abord direct	0 1 Y		6,J,K,T	531,23	451 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,8,A	343,13	177 1
08.02.02.14 Urétérectomie totale						
JCFC001	Urétérectomie totale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y		6,9,J,K,T	332,52	300 1
		0 4 Y		7,8,A	173,81	171 1
JCFA001	Urétérectomie totale, par abord direct	0 1 Y		6,9,J,K,O,T	285,73	180 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y		7,8,A	137,34	103 1
08.02.02.15 Remplacement de l'uretère						
		Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex

JCKA001	Remplacement partiel de l'uretère par un segment digestif, par abord direct	0 1 Y	6,J,K,O,T,X	667,17	374	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,8,A	202,18	217	1
JCKA002	Remplacement total de l'uretère par un segment digestif, par abord direct	0 1 Y	6,9,J,K,T,X	730,98	376	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,8,A	202,18	217	1
JCCA010	Dérivation de l'urine par conduit rénovésical prothétique souscutané, sans néphrostomie	0 1 Y	6,J,K,T	319,30	390	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,8,A	171,11	226	1
JCCA009	Dérivation de l'urine par conduit rénovésical prothétique souscutané, avec néphrostomie	0 1 Y	6,J,K,T,X	509,77	390	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,8,A	171,11	226	1

08.02.02.16 Dilatation de l'uretère

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JCAD001	Dilatation de l'uretère, par une néphrostomie déjà en place	0 1 Y			9,J,K,T	244,61	276	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (YYYY041)	0 4 Y			7,A,T	114,09	81	1
JCAF001	Dilatation de l'uretère, par voie transcutanée	0 1 Y			J,K,O,T,X	402,00	397	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,T	114,09	115	1
JCAE001	Dilatation de l'uretère, par urétéroscopie rétrograde	0 1 Y			F,I,J,K,O,P,S,T,U	284,31	313	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,T,U	114,09	108	1
JCAH001	Dilatation de l'uretère, par urétrocystoscopie avec guidage radiologique	0 1 Y			F,J,K,P,S,T,U,X	166,62	240	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,T,U	76,61	84	1
JCPD001	Reperméation de l'uretère par forage intraluminal	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U,X	324,72	403	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,O,P,S,T,U	124,90	141	1

08.02.02.17 Libération de l'uretère [Urétérolyse]

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JCPC002	Libération de l'uretère sans intrapéritonisation, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	0 1 Y			6,I,J,K,O,T	332,52	300	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,8,A,T	176,03	170	1
JCPA002	Libération de l'uretère sans intrapéritonisation, par abord direct	0 1 Y			6,J,K,T,X	358,05	208	1
	Coder éventuellement 14 : (HPMA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,8,A,T	133,69	118	1
JCPC001	Libération de l'uretère avec intrapéritonisation ou lambeau péritonéal, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	0 1 Y			6,J,K,O,T,X	460,85	200	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,8,A,T	192,16	200	1
JCPA001	Libération de l'uretère avec intrapéritonisation ou lambeau péritonéal, par abord direct	0 1 Y			6,9,J,K,T,X	428,24	200	1
	Coder éventuellement 14 : (HPMA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,8,A,T	149,45	150	1

08.02.02.18 Fermeture de fistule de l'uretère

À l'exclusion de : fermeture de fistule avec résection de segment viscéral : d'uretère, d'intestin...; coder uniquement l'acte d'exérèse
La fermeture d'une fistule inclut la résection des berges et du trajet fistuleux.
Avec ou sans : interposition d'appendice [de frange] épiploïque

JCSA003	Fermeture de fistule urétérocutanée acquise, par abord direct	0 1 Y			9,I,J,K,T	360,17	256	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,T	148,75	145	1
JCSA001	Fermeture de fistule urétrodigestive acquise, par abord direct	0 1 Y			J,K,O,T,X	496,30	312	1
	Coder éventuellement 14 : (HPMA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,T	169,99	177	1
JCSA002	Fermeture de fistule urétéro-utérine acquise, par abord direct	0 1 Y			J,K,T	358,65	286	1
	Coder éventuellement 14 : (HPMA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,T	164,12	161	1
JCSA005	Fermeture de fistule urétérovésicale acquise, par abord direct	0 1 Y			J,K,T,X	451,63	248	1
	Coder éventuellement 14 : (HPMA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,T	155,70	141	1
JCSA004	Fermeture de fistule urétérovaginale acquise, par abord direct	0 1 Y			J,K,T,X	436,74	300	1
	Coder éventuellement 14 : (HPMA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,T	167,42	170	1

08.02.02.19 Autres actes thérapeutiques sur les voies urinaires supérieures

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JCLE004	Injection sousmuqueuse intra-urétérale de matériel hétérologue, par endoscopie	0 1 Y			9,T	110,60	99	1
	Correction endoscopique de reflux vésico-urétéral Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,T	67,63	39	1
JCPE002	Incision du méat urétéral, par endoscopie	0 1 Y			9,F,J,K,P,S,T,U	110,60	82	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,T,U	63,19	31	1
JCPE001	Incision d'une urétérocèle, par endoscopie	0 1 Y			F,I,J,K,O,P,S,T,U	199,94	118	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY405) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,O,P,S,T,U	72,70	48	1
JCGH003	Ablation d'un fragment de matériel intra-urétéral par une néphrostomie déjà en place, avec guidage radiologique	0 1			6,X	147,47	256	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY405, ZZLP025)							

08.02.03 Actes thérapeutiques sur la vessie

À l'exclusion de : actes sur le col de la vessie (cf 08.02.04)

08.02.03.01 Pose de sonde et évacuation de la vessie

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JDJD001	Évacuation de la vessie par cathétérisme transitoire [Sondage vésical évacuateur]	0 1			F,I,P,S,U	21,98	17	1
	Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)							
JDLD001	Pose d'une sonde urétrovésicale [Sondage vésical à demeure]	0 1			F,O,P,S,U,X	18,43	14	1
	Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)							
JDLF001	Pose d'un cathéter intravésical, par voie transcutanée suprapubienne	0 1			F,I,P,S,U	63,81	36	1
	Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020) Forfait : liste SE2							
JDJD002	Décaillotage de la vessie par sonde, par voie urétrale	0 1			F,P,S,U,X	48,21	52	1
JDJE001	Décaillotage de la vessie, par endoscopie	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U	90,04	155	1
	Avec ou sans : électrocoagulation de la vessie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,O,P,S,U	76,24	53	1

08.02.03.02 Cystostomie

Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
----	---	----	--------------	-------	-----	----

JDCJ001	Cystostomie, par voie transcutanée avec guidage échographique	0 1	F,J,K,O,P,S,T,U	125,40	42	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
JDCA002	Cystostomie cutanée, par laparotomie	0 1 Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U	128,33	160	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,8,A,F,O,P,S,U	78,44	66	1
JDCA001	Cystostomie cutanée continente sans fermeture du col de la vessie, par laparotomie	0 1 Y	6,I,J,K,T,X	506,94	445	1
	<i>Cystostomie continente transintestinale ou transurétérale, sans fermeture du col de la vessie</i>	0 4 Y	4,5,7,8,A	192,99	204	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JDCA004	Cystostomie cutanée continente avec fermeture du col de la vessie, par laparotomie	0 1 Y	6,J,K,O,T,X	653,70	562	1
	<i>Cystostomie continente transintestinale ou transurétérale, avec fermeture du col de la vessie</i>	0 4 Y	4,5,7,8,A	243,11	251	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
	08.02.03.03 Changement de sonde vésicale	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JDKD002	Changement d'une sonde urétrovésicale	0 1	F,O,P,S,U,X	18,43	14	1
JDKD001	Changement d'une sonde de cystostomie	0 1	F,I,P,S,U,X	33,32	33	1
	08.02.03.04 Ablation et fragmentation de calcul de la vessie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JDGE001	Ablation de calcul ou de corps étranger de la vessie, par endoscopie	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	139,67	88	1
	<i>Avec ou sans : fragmentation de calcul</i>	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	76,61	62	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JDNM001	Lithotritie extracorporelle de la vessie	0 1 Y	I,O	185,76	50	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
	08.02.03.05 Destruction, résection et exérèse de lésion de la vessie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JDNE001	Destruction de lésion de la vessie, par endoscopie	0 1 Y	J,K,O,T	106,35	50	1
	<i>Facturation : 3 fois maximum en 12 mois</i>	0 4 Y	7,A	79,91	55	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JDFE002	Résection de 1 à 3 tumeurs de la vessie, par endoscopie	0 1 Y	J,K,O,T	177,96	80	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	82,47	55	1
JDFE001	Résection de 4 tumeurs de la vessie ou plus, par endoscopie	0 1 Y	I,J,K,T	236,10	118	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	100,80	83	1
JDFC001	Exérèse de diverticule de la vessie, par coelioscopie	0 1 Y	6,J,K,T	342,30	322	1
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec l'acte de résection du col de la vessie</i>	0 4 Y	7,8,A	149,40	150	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JDFA002	Exérèse de diverticule de la vessie, par laparotomie	0 1 Y	6,J,K,T	313,50	268	1
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec l'acte de résection du col de la vessie</i>	0 4 Y	4,5,7,8,A	152,01	126	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
	08.02.03.06 Cystectomie partielle					
	<i>Coder éventuellement : curage lymphonodal abdominal (cf 05.02.02.04)</i>					
JDFC023	Cystectomie partielle, par coelioscopie	0 1 Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U	279,60	175	1
	Descriptif : JDFC023-30 Cystectomie partielle, par coelioscopie, sans assistance par robot	0 4 Y	7,8,A,F,O,P,S,U	169,77	143	1
	Descriptif : JDFC023-40 Cystectomie partielle, par coelioscopie, avec assistance par robot					
	<i>Indication : étiologie bénigne</i>					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JDFA011	Cystectomie partielle, par laparotomie	0 1 Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U	250,80	152	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,8,A,F,O,P,S,U	145,77	118	1
JDFA014	Cystectomie partielle avec implantation de matériel pour irradiation interstitielle de la vessie, par laparotomie	0 1 Y	6,J,K,T,X	554,44	335	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,8,A	192,51	170	1
JDFA017	Cystectomie partielle avec réimplantation urétrovésicale, par laparotomie	0 1 Y	6,9,J,K,T	565,07	316	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,8,A	311,78	179	1
JDFA004	Cystectomie supratrigonale avec entérocytoplastie détubulée d'agrandissement, par laparotomie	0 1 Y	6,9,I,J,K,T	1134,40	300	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,8,A	395,38	300	1
JDFA015	Cystectomie supratrigonale avec entérocytoplastie détubulée d'agrandissement et réimplantation urétrovésicale, par laparotomie	0 1 Y	6,J,K,O,T,X	1418,00	300	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,8,A	426,73	350	1
	08.02.03.07 Cystectomie totale					
	<i>À l'exclusion de : cystectomie totale avec hystérectomie [pelvectomie antérieure] (cf 08.06.02.03)</i>					
	<i>Coder éventuellement : curage lymphonodal abdominal (cf 05.02.02.04)</i>					
JDFA005	Cystectomie totale, par laparotomie	0 1 Y	6,9,F,J,K,P,S,T,U	645,90	306	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,8,A,F,P,S,U	249,08	177	1
JDFA001	Cystectomie totale avec urétérostomie cutanée, par laparotomie	0 1 Y	6,J,K,T,X	863,56	376	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,8,A	255,27	218	1
JDFA008	Cystectomie totale avec urétérostomie cutanée transintestinale par anse non détubulée, par laparotomie	0 1 Y	6,9,I,J,K,T	1065,63	552	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,8,A	343,13	320	1
JDFA003	Cystectomie totale avec urétérostomie cutanée transintestinale par anse détubulée continente, par laparotomie	0 1 Y	6,J,K,T,X	1197,50	740	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,8,A	367,72	429	1
JDFA009	Cystectomie totale avec anastomose urétérocolique directe, par laparotomie	0 1 Y	6,9,I,J,K,T	940,13	436	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,8,A	290,88	252	1

JDFA006	Cystectomie totale avec anastomose urétérocolique et confection d'un réservoir détubulé rectosigmoïdien ou iléo-recto-sigmoïdien, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6,J,K,T,X	1240,04	584	1
		0 4 Y	4,5,7,8,A	374,48	338	1
JDFA016	Cystectomie totale avec entérocystoplastie de remplacement [néovessie] orthotopique par anse détubulée, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	6,9,J,K,T,X	1498,12	670	1
		0 4 Y	4,5,7,8,A	374,48	388	1
08.02.03.08 Fixation et soutènement de la vessie						
JDDC002	Cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par coelioscopie <i>Avec ou sans : pose de bandelette</i> <i>Opération selon Burch, selon Marshall - Marchetti - Krantz ou selon Scali, par coelioscopie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,J,K,T	258,08	401	1
		0 4 Y	7,A	123,08	113	1
JDDA002	Cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie <i>Avec ou sans : pose de bandelette</i> <i>Opération selon Burch, selon Marshall - Marchetti - Krantz ou selon Scali, par laparotomie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	197,69	270	1
		0 4 Y	4,5,7,A	120,87	89	1
JDDA008	Cervicocystopexie indirecte par abord vaginal et par voie abdominale, avec guidage endoscopique <i>Opération selon Raz, selon Pereira ou selon Stamey</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	207,29	273	1
		0 4 Y	7,A	131,68	90	1
JDDA007	Cervicocystopexie indirecte par bandelette vaginale pédiculée, par laparotomie et par abord vaginal <i>Opération selon Bologna</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	281,29	380	1
		0 4 Y	4,7,A	131,49	128	1
JDDA005	Cervicocystopexie directe par bandelette prothétique infra-urétrale, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,J,K,T	255,95	301	1
		0 4 Y	4,7,A	118,31	109	1
JDDA004	Cervicocystopexie directe par bandelette aponévrotique infra-urétrale, par laparotomie <i>Opération par fronde selon Cukier</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,I,J,K,T	310,54	371	1
		0 4 Y	4,5,7,A	128,57	132	1
JDDA006	Cervicocystopexie directe par bandelette infra-urétrale, par laparotomie et par voie transvaginale <i>Opération selon Göbell - Stöckel</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	281,29	358	1
		0 4 Y	4,7,A	131,49	128	1
JDDA003	Cervicocystopexie par bandelette par abord vaginal et par voie transcutanée, avec guidage endoscopique Coder éventuellement 14 : (HHFA032) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T	216,25	297	1
		0 4 Y	7,A	129,85	113	1
JDDB001	Cervicocystopexie par bandelette synthétique infra-urétrale, par voie transvaginale et par voie transcutanée, avec guidage endoscopique <i>Technique tension free vaginal tape [TVT]</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K	207,29	270	1
		0 4 Y	7,A	127,64	104	1
JDDB005	Soutènement vésical par bandelette synthétique infra-urétrale, par voie transvaginale et par voie transobturatrice <i>Avec ou sans : contrôle endoscopique</i> <i>Technique trans obturator tape [TOT]</i> <i>Indication : en deuxième intention, chez la femme : incontinence urinaire d'effort ; incontinence urinaire mixte à prédominance d'effort</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> <i>Facturation : prise en charge transitoire en attendant la réévaluation de l'acte par la HAS à partir de l'exploitation des données prospectives dont le recueil est nécessaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1	J,K,T	207,29	235	1
		0 4	7,A	127,64	52	1
JDDB007	Soutènement vésical par bandelette synthétique infra-urétrale, par voie transvaginale et par voie transrétropubienne, avec contrôle endoscopique <i>Technique tension free vaginal tape [TVT]</i> <i>Indication : en deuxième intention, chez la femme : incontinence urinaire d'effort ; incontinence urinaire mixte à prédominance d'effort</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> <i>Facturation : prise en charge transitoire en attendant la réévaluation de l'acte par la HAS à partir de l'exploitation des données prospectives dont le recueil est nécessaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1	J,K,T	207,29	270	1
		0 4	7,A	127,64	104	1
JMBA001	Plicature infra-urétrale, par abord vaginal <i>Opération selon Marion</i> Coder éventuellement 14 : (HHFA032) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	197,69	235	1
		0 4 Y	7,A	113,18	93	1
JMBA001	Soutènement vésical par myoplastie infra-urétrale, par abord vaginal <i>Opération selon Ingelmann, selon Sundberg ou selon Berkoff</i> Coder éventuellement 14 : (HHFA032) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,J,K,T	216,25	297	1
		0 4 Y	7,A	119,77	114	1
JRPA001	Section d'une bandelette synthétique infra-urétrale, par abord vaginal Coder éventuellement 14 : (HHFA032) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,I,J,K,T	99,26	220	1
		0 4 Y	7,A	48,00	40	1
JRGA001	Ablation d'une bandelette synthétique infra-urétrale, par abord vaginal Coder éventuellement 14 : (HHFA032) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	212,70	297	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	78,49	50	1
JRGCO01	Ablation partielle d'une bandelette synthétique infra-urétrale, par coelioscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	241,06	268	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	102,49	80	1
JRGA002	Ablation partielle d'une bandelette synthétique infra-urétrale, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	241,06	301	1
		0 4 Y	4,7,A,F,P,S,U	78,49	70	1
JRGA004	Ablation totale d'une bandelette synthétique infra-urétrale, par coelioscopie et par abord vaginal Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	283,60	325	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	127,64	104	1
JRGA003	Ablation totale d'une bandelette synthétique infra-urétrale, par laparotomie et par abord vaginal Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	269,42	385	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	103,64	90	1

08.02.03.09 Suture et plastie de la vessie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JDCC016 Suture de plaie ou de rupture de vessie, par coelioscopie	0	1	Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U	226,49	194	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,8,A,F,O,P,S,U	179,89	123	1
JDCA003 Suture de plaie ou de rupture de vessie, par laparotomie	0	1	Y	6,F,J,K,O,P,S,T,U	197,69	169	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,8,A,F,O,P,S,U	155,89	98	1
JDMA001 Entérocystoplastie d'agrandissement par anse détubulée, par laparotomie	0	1	Y	6,J,K,T	583,48	487	1
<i>Agrandissement de la vessie par patch</i>	0	4	Y	4,7,8,A	332,68	184	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
JDMA002 Entérocystoplastie d'agrandissement avec réimplantation urétérovésicale bilatérale, par laparotomie	0	1	Y	6,J,K,T	740,23	570	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,8,A	426,73	218	1

08.02.03.10 Fermeture de fistule de la vessie

À l'exclusion de : fermeture de fistule
 - avec malformation anorectale congénitale (cf 07.03.08.10)
 - avec résection de segment viscéral : de vessie, d'intestin... ; coder uniquement l'acte d'exérèse
 La fermeture d'une fistule inclut la résection des berges et du trajet fistuleux.
 Avec ou sans : interposition d'appendice [de frange] épiploïque

JDSA008 Fermeture de fistule vésicocutanée acquise, par abord direct	0	1	Y	9,J,K,T	110,60	149	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	81,74	45	1
JDSA011 Fermeture de fistule vésicodigestive acquise, par laparotomie	0	1	Y	6,J,K,O,T,X	567,20	415	1
Coder éventuellement 14 : (HPMA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,8,A	195,97	150	1
JDSA005 Fermeture de fistule vésico-utérine acquise, par laparotomie	0	1	Y	6,J,K,T	281,29	355	1
Coder éventuellement 14 : (HPMA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,8,A	160,41	106	1
JDESC024 Fermeture de fistule vésicovaginale acquise, par coelioscopie	0	1	Y	6,9,J,K,O,T	366,27	417	1
<i>Indication : en cas de non-indication ou d'échec de la voie vaginale</i>	0	4	Y	7,8,A	179,89	126	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
JDSA006 Fermeture de fistule vésicovaginale acquise, par abord vaginal	0	1	Y	6,9,J,K,O,T	337,48	363	1
Coder éventuellement 14 : (HHFA032) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,8,A	155,89	101	1
JDSA002 Fermeture de fistule vésicovaginale acquise, par laparotomie	0	1	Y	6,J,K,T,X	462,98	445	1
Coder éventuellement 14 : (HPMA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,8,A	175,81	136	1

08.02.03.11 Correction des malformations congénitales de la vessie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JDFA007 Résection d'un kyste ou d'une fistule du ligament ombilical médian [ouraques]	0	1	Y	9,F,J,K,P,S,T,U	212,70	50	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,P,S,U	90,57	25	1
JDFA012 Exérèse de la plaque d'une exstrophie vésicale avec dérivation urinaire, sans ostéotomie du bassin	0	1	Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	606,20	504	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,P,S,U	289,61	182	1
JDFA013 Exérèse de la plaque d'une exstrophie vésicale avec dérivation urinaire et cure unilatérale ou bilatérale de hernie de l'aîne, sans ostéotomie du bassin	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	565,89	603	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,P,S,U	360,28	219	1
JDFA010 Exérèse de la plaque d'une exstrophie vésicale avec dérivation urinaire, avec ostéotomie du bassin	0	1	Y	F,I,J,K,P,S,T,U,X	606,20	300	1
<i>Activité 1 : exérèse de la plaque et dérivation urinaire</i>	0	2	Y	F,J,K,P,S,T,U	516,16	0	1
<i>Activité 2 : ostéotomie du bassin</i>	0	4	Y	A,F,P,S,U	161,98	300	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
JDSA003 Fermeture d'une exstrophie vésicale avec allongement du pénis, sans ostéotomie du bassin	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	543,59	534	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,P,S,U	378,64	226	1
JDSA007 Fermeture d'une exstrophie vésicale avec allongement du pénis et cure unilatérale ou bilatérale de hernie de l'aîne, sans ostéotomie du bassin	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	600,75	614	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,P,S,U	406,13	255	1
JDSA009 Fermeture d'une exstrophie vésicale avec allongement du pénis, avec ostéotomie du bassin	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	543,59	675	1
<i>Activité 1 : exérèse de la plaque et dérivation urinaire, avec allongement du pénis</i>	0	2	Y	F,J,K,P,S,T,U	516,16	0	1
<i>Activité 2 : ostéotomie du bassin</i>	0	4	Y	A,F,P,S,U	167,20	320	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
JDSA004 Fermeture d'une exstrophie vésicale avec allongement de l'urètre chez la fille, sans ostéotomie du bassin	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	505,34	509	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	A,F,P,S,U	378,64	196	1
JDSA001 Fermeture d'une exstrophie vésicale avec allongement de l'urètre chez la fille, avec ostéotomie du bassin	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	505,34	560	1
<i>Activité 1 : exérèse de la plaque et dérivation urinaire, avec allongement de l'urètre chez la fille</i>	0	2	Y	F,J,K,P,S,T,U	516,16	0	1
<i>Activité 2 : ostéotomie du bassin</i>	0	4	Y	A,F,P,S,U	167,20	250	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
JDPA001 Myotomie du corps de la vessie pour agrandissement, par laparotomie	0	1	Y	9,J,K,T,X	273,67	296	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A	123,17	94	1

08.02.03.12 Autres actes thérapeutiques sur la vessie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JDL002 Instillation vésicale d'agent pharmacologique par cathétérisme urétral	0	1		9,I	39,70	16	1
JDL0659 Instillation vésicale d'agent pharmacologique anticancéreux avec hyperthermie par radiofréquences, par voie urétrale	0	1	Y			84	1
<i>Indication : traitement adjuvant des tumeurs de la vessie non infiltrantes du muscle (TVNIM) de haut risque, en deuxième intention après échec de BCG-thérapie en cas de contre-indication ou du refus par le patient du traitement chirurgical radical (cystectomie totale)</i>							
JDAD001 Distension hydrostatique de la vessie	0	1			86,40	19	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

JEKA007	Changement du manchon gonflable d'une prothèse sphinctérienne urinaire péricervicale ou périurétr prostatique chez l'homme, par laparotomie	0 1 Y	I,J,K,T	354,50	180	1
		0 4 Y	4,7,A	83,60	150	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
<i>Environnement : spécifique ; chirurgie urologique</i>						
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JEKA006	Changement du manchon gonflable d'une prothèse sphinctérienne urinaire péricervicale chez la femme, par laparotomie	0 1 Y	I,J,K,T	354,50	180	1
		0 4 Y	4,7,A	130,05	90	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
<i>Environnement : spécifique ; chirurgie urologique</i>						
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JEKA005	Changement du manchon gonflable d'une prothèse sphinctérienne périurétrale pénienne ou bulbomembranacée [bulbomembraneuse], par abord direct	0 1 Y	J,K,O,T	212,70	110	1
		0 4 Y	7,A	120,87	80	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
<i>Environnement : spécifique ; chirurgie urologique</i>						
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JEKA010	Changement d'élément ou repressurisation d'une prothèse sphinctérienne urinaire, par abord direct	0 1 Y	I,J,K,T	276,51	110	1
		0 4 Y	7,A	121,24	90	1
À l'exclusion de : changement du manchon gonflable d'une prothèse sphinctérienne						
- urinaire péricervicale ou périurétr prostatique chez l'homme, par laparotomie (JEKA007)						
- urinaire péricervicale, par laparotomie (JEKA006)						
- périurétrale pénienne ou bulbomembranacée [bulbomembraneuse], par abord direct (JEKA005)						
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
<i>Environnement : spécifique ; chirurgie urologique</i>						
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JEKA008	Changement complet d'une prothèse sphinctérienne urinaire péricervicale ou périurétr prostatique chez l'homme, par laparotomie	0 1 Y	I,J,K,T	564,36	100	1
		0 4 Y	4,7,A	142,15	305	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
<i>Environnement : spécifique ; chirurgie urologique</i>						
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JEKA009	Changement complet d'une prothèse sphinctérienne urinaire péricervicale chez la femme, par laparotomie	0 1 Y	I,J,K,T	564,36	100	1
		0 4 Y	4,7,A	142,15	170	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
<i>Environnement : spécifique ; chirurgie urologique</i>						
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JEKA002	Changement complet d'une prothèse sphinctérienne urinaire périurétrale pénienne ou bulbomembranacée [bulbomembraneuse], par abord direct	0 1 Y	J,K,O,T,X	486,37	100	1
		0 4 Y	7,A	130,05	136	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
<i>Environnement : spécifique</i>						
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JEKB006	Changement de prothèse sphinctérienne ajustable périurétrale chez l'homme, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0 1	J,K,T	193,95	98	1
		0 4	7,A	93,03	0	1
<i>Indication : défaillance du dispositif, inefficacité ou survenue de complications</i>						
<i>Formation : selon les recommandations du rapport de la HAS de mars 2009</i>						
<i>Environnement : selon les recommandations du rapport de la HAS de mars 2009</i>						
<i>Facturation : le tarif prend en compte les guidages endoscopique et radiologique</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
08.02.04.03 Pose, ablation et changement de prothèse de l'urètre						
JELE002	Pose d'une endoprothèse de l'urètre, par endoscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,J,K,T	120,53	62	1
À l'exclusion de : pose d'une endoprothèse de l'urètre cervicoprostatique, par endoscopie (JELE003)						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JELE003	Pose d'une endoprothèse de l'urètre cervicoprostatique, par endoscopie	0 1 Y	I,J,K,T	132,58	60	1
		0 4 Y	7,A	72,57	57	1
<i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JEGE002	Ablation d'une endoprothèse temporaire de l'urètre, par endoscopie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	96,00	36	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	67,44	44	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JEGE004	Ablation d'une endoprothèse définitive de l'urètre, par endoscopie	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	96,00	44	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	69,28	48	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JEKE001	Changement d'une endoprothèse de l'urètre, par endoscopie	0 1 Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	164,49	100	1
		<i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>				
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
08.02.04.04 Dilatation de l'urètre						
JEAD001	Dilatation de sténose de l'urètre à l'aveugle	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1	F,I,P,S,U,X	48,21	38	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						

JEAH001	Dilatation de sténose de l'urètre, avec contrôle radiologique	0	1		X		84,37	178	1	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300, ZZLP025)									
JEPE154	Décompression de l'urètre par pose de dispositif intraprostatique [implant intraprostatique], par urétrocystoscopie	0	1	Y					72	1
	<i>Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale</i>									
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
	08.02.04.05 Ablation de corps étranger de l'urètre	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex		
JEGE001	Ablation de corps étranger de l'urètre, par urétroscopie	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	95,72	50	1		
	<i>Forfait : liste SE1</i>									
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)									
JEGA003	Ablation de corps étranger de l'urètre, par abord direct	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	155,98	81	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
	08.02.04.06 Incision de l'urètre	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex		
JDPE002	Incision cervicale ou cervicoprostatique, par endoscopie	0	1	Y	J,K,T	250,80	64	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
JEPE001	Incision du sphincter strié de l'urètre, par endoscopie	0	1	Y	9,J,K,O,T	111,31	64	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
JEPH001	Incision de valve de l'urètre par endoscopie, avec contrôle radiologique	0	1	Y	J,K,O,T,X	121,95	50	1		
	Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
JECE001	Ouverture de diverticule de l'urètre, par endoscopie	0	1	Y	J,K,O,T	99,26	52	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
JEPD001	Urétrotomie interne à l'aveugle	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	41,80	16	1		
	<i>À l'exclusion de : urétrotomie interne méatique ou rétroméatique à l'aveugle (JEPD002)</i>									
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
JEPD002	Urétrotomie interne méatique ou rétroméatique à l'aveugle	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	41,80	15	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
JEPE002	Urétrotomie, par endoscopie	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	98,55	56	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
JEPA001	Mise à plat de sténose de l'urètre postérieur	0	1	Y	9,J,K,T	212,70	50	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
JEPA006	Mise à plat de sténose de l'urètre antérieur	0	1	Y	9,J,K,T	212,70	50	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
	08.02.04.07 Destruction de lésion de l'urètre	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex		
JENE001	Destruction de lésion de l'urètre, par endoscopie	0	1	Y	9,J,K,O,T	116,99	60	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
JEGE003	Épilation de l'urètre, par endoscopie	0	1	Y	9,J,K,T	109,90	58	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
	08.02.04.08 Résection de lésion de l'urètre	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex		
JDFE003	Résection du col de la vessie, par endoscopie	0	1	Y	J,K,T	281,29	138	1		
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec l'acte de résection de la prostate, par urétrocystoscopie</i>									
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
JDFA018	Résection ou incision du col de la vessie, par abord direct	0	1	Y	J,K,T	250,80	184	1		
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
JEFE003	Résection du sphincter strié de l'urètre, par endoscopie	0	1	Y	I,J,K,T	130,46	174	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
JEFE001	Résection de tumeur de l'urètre, par endoscopie	0	1	Y	J,K,T,X	173,71	50	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
JEFE004	Résection de sténose de l'urètre à l'anse coupante, par endoscopie	0	1	Y	9,I,J,K,T	153,14	145	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
JEFE005	Résection de valve de l'urètre, par endoscopie	0	1	Y	9,F,J,K,P,S,T,U	121,95	184	1		
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
JEFA002	Exérèse de diverticule de l'urètre, par abord direct	0	1	Y	9,J,K,T	221,92	249	1		
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
JEFA003	Exérèse de lésion du méat urétral chez la femme, par abord direct	0	1	Y	9,J,K,T	70,90	50	1		
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
	08.02.04.09 Urétréctomie	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex		
JEFA004	Urétréctomie partielle avec urétrostomie cutanée	0	1	Y	9,I,J,K,T	213,41	99	1		
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
JEFA010	Résection-anastomose de l'urètre postérieur, par laparotomie sans abord transsymphysaire	0	1	Y	J,K,T,X	550,18	215	1		
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
JEFA012	Résection-anastomose de l'urètre postérieur, par laparotomie avec abord transsymphysaire	0	1	Y	J,K,T	513,01	270	1		
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
JEFA009	Résection-anastomose de l'urètre membranacé [membraneux], par abord périnéal	0	1	Y	J,K,O,T,X	477,87	183	1		
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
JEFA011	Résection-anastomose de l'urètre bulbaire, par abord périnéal	0	1	Y	J,K,O,T,X	477,87	183	1		
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
JEFA008	Résection-anastomose de l'urètre antérieur, par abord pénoscrotal	0	1	Y	9,I,J,K,T	256,66	126	1		
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)									

JEFA007	Urétréctomie totale	0 1 Y	9,I,J,K,T	268,00	128	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	88,71	96	1
JEFA001	Réséction et modelage d'une urétrocèle après uréthroplastie	0 1 Y	I,J,K,O,T	241,06	131	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	89,44	99	1
08.02.04.10 Réparation et plastie de l'urètre						
<i>À l'exclusion de : correction des malformations congénitales de l'urètre (cf 08.02.04.14)</i>						
JEPA007	Libération de l'urètre [Urétrolyse], par abord direct	0 1 Y	9,J,K,T	221,92	249	1
	<i>À l'exclusion de : associée à un acte de soutènement vésical, de périnéorrhaphie, de réparation de l'urètre</i>	0 4 Y	7,A	81,38	225	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JEEE001	Alignement de rupture traumatique de l'urètre, par endoscopie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	192,14	218	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	72,57	80	1
JECA002	Suture de plaie de l'urètre périnéal	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	253,11	260	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	82,84	91	1
JDMA003	Reconstruction du col de la vessie, par laparotomie	0 1 Y	9,I,J,K,T	304,16	304	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	120,87	113	1
JEMA002	Urétrocervicoplastie de continence, par laparotomie	0 1 Y	J,K,O,T,X	482,83	445	1
	<i>Opération selon Young - Dees</i>	0 4 Y	4,7,A	132,99	166	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JEMA018	Urétrocervicoplastie de continence avec réimplantation urétérovésicale et création de montage antireflux, par laparotomie	0 1 Y	6,I,J,K,T	642,35	562	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,8,A	285,66	228	1
JEMA001	Urétrocervicoplastie de continence avec entérocystoplastie d'agrandissement, par laparotomie	0 1 Y	J,K,O,T	722,47	614	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	369,26	236	1
JEMA023	Plastie de l'urètre postérieur par lambeau libre	0 1 Y	J,K,O,T,X	489,92	356	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	130,05	164	1
JEMA005	Plastie de l'urètre postérieur par lambeau pédiculé	0 1 Y	J,K,O,T,X	489,92	356	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	130,05	164	1
JEMA010	Plastie de l'urètre antérieur par lambeau libre	0 1 Y	J,K,O,T,X	489,92	356	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	130,05	164	1
JEMA007	Plastie de l'urètre antérieur par lambeau pédiculé	0 1 Y	J,K,O,T,X	489,92	356	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	130,05	164	1
JEMA022	Reconstruction de l'urètre postérieur après mise à plat	0 1 Y	J,K,O,T	260,91	229	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	108,79	114	1
JEMA015	Reconstruction de l'urètre antérieur après mise à plat	0 1 Y	J,K,O,T	264,46	235	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	109,52	116	1
JEMA009	Urétroplastie chez la femme	0 1 Y	J,K,O,T	177,25	189	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	92,01	98	1
JEMA012	Urétroplastie balanique ou rétroméatique	0 1 Y	9,I,J,K,T	190,72	163	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	88,34	88	1
JEMA011	Méatoplastie de l'urètre par abord direct, chez le garçon	0 1 Y	J,K,O,T,X	80,12	82	1
	<i>Méatotomie ou méatostomie urétrale, par abord direct</i>	0 4 Y	A	72,97	47	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JEMA013	Méatoplastie de l'urètre par abord direct, chez la fille	0 1 Y	9,I,J,K,T	66,65	80	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	61,61	49	1
JEMA017	Méatoplastie ou méatotomie urétrale sans lambeau, chez l'adulte	0 1 Y	9,J,K,T	56,01	69	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	59,74	44	1
JEMA016	Méatoplastie de l'urètre avec lambeau préputial ou cutané, chez l'adulte	0 1 Y	J,K,T	127,49	140	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	82,10	78	1
JEMA003	Retouche de cicatrice cutanée après urétroplastie	0 1 Y	J,K,O,T	88,63	103	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	67,44	63	1
08.02.04.11 Injection périurétrale						
JELD001	Injection sousmuqueuse périurétrale de matériel hétérologue par voie transvaginale, avec guidage endoscopique	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y		96,00	58	1
JELE001	Injection sousmuqueuse intra-urétrale de matériel hétérologue, par endoscopie	0 1 Y	J,K,T	96,00	58	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	48,00	35	1
08.02.04.12 Fermeture de fistule urétrale						
<i>La fermeture d'une fistule inclut la résection des berges et du trajet fistuleux.</i>						
<i>Avec ou sans : interposition d'appendice [de frange] épiploïque</i>						
JESA003	Fermeture de fistule cutanée de l'urètre	0 1 Y	J,K,T	250,80	185	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	104,50	72	1
JESA005	Fermeture de fistule uréthro-prostato-rectale, par abord anal transsphinctérien	0 1 Y	I,J,K,T,X	730,27	483	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	142,50	219	1
JESA004	Fermeture de fistule uréthro-prostato-rectale, par laparotomie	0 1 Y	I,J,K,T	555,86	358	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	186,85	198	1
JESA001	Fermeture de fistule uréthro-prostato-rectale, par abord périnéal	0 1 Y	I,J,K,T,X	776,36	450	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	138,83	204	1
08.02.04.13 Autres actes thérapeutiques sur l'urètre						
Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex						

JDSA010	Fermeture du col de la vessie pour cystostomie cutanée continente	0 1 Y	J,K,T	325,34	288	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	119,04	113	1
JECA001	Urétrostomie cutanée	0 1 Y	I,J,K,O,T	180,09	186	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	73,31	59	1
08.02.04.14 Correction des malformations congénitales de l'urètre						
JEFA005	Exérèse d'un urètre surnuméraire	0 1 Y	J,K,O,T	268,00	274	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	106,21	102	1
JEMA004	Urétroplastie pour méga-urètre congénital	0 1 Y	9,J,K,O,T	291,40	316	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	102,56	121	1
JEAA001	Allongement intravésical de l'urètre <i>Opération selon Kropp</i>	0 1 Y	I,J,K,O,T	379,32	371	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	111,35	145	1
JEMA006	Urétroplastie pour hypospadias périnéoscrotal avec redressement du pénis	0 1 Y	I,J,K,T	572,87	493	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	179,61	217	1
JEMA020	Urétroplastie pour hypospadias pénien postérieur ou moyen sans redressement du pénis	0 1 Y	J,K,T,X	425,40	360	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	126,45	140	1
JEMA019	Urétroplastie pour hypospadias pénien postérieur ou moyen avec redressement du pénis	0 1 Y	9,J,K,T,X	505,52	443	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	151,38	176	1
JEMA021	Urétroplastie pour hypospadias balanique ou pénien antérieur, sans reconstruction du prépuce <i>Avec ou sans : lambeau</i>	0 1 Y	9,J,K,T	225,46	205	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	121,69	91	1
JEMA014	Urétroplastie pour hypospadias balanique ou pénien antérieur, avec reconstruction du prépuce <i>Avec ou sans : lambeau</i>	0 1 Y	9,J,K,T	267,29	246	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	125,72	95	1

08.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'APPAREIL GÉNITAL MASCULIN

08.03.01 Actes thérapeutiques sur la prostate et les vésicules séminales

08.03.01.01 Destruction de lésion de la prostate

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
JGNE003	Destruction d'une hypertrophie de la prostate par radiofréquence, par urétrocystoscopie avec guidage échographique <i>Indication : hypertrophie bénigne de la prostate, symptomatique, non compliquée, en deuxième intention en cas d'échec ou d'intolérance du traitement médical bien conduit</i> <i>Formation : praticien ayant la maîtrise de l'endoscopie urologique</i> <i>Environnement : salle d'endoscopie interventionnelle d'urologie</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le guidage échographique</i>	0	1	Y		141,80	50	1	
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)								
JGNE171	Destruction d'une hypertrophie de la prostate par laser [photovaporisation], par urétrocystoscopie Descriptif : JGNE171-01 Destruction d'une hypertrophie de la prostate par laser de 532 nm de longueur d'onde [photovaporisation laser greenlight], par urétrocystoscopie Descriptif : JGNE171-02 Destruction d'une hypertrophie de la prostate par laser 2000 nm de longueur d'onde [photovaporisation laser Thulium], par urétrocystoscopie Descriptif : JGNE171-03 Destruction d'une hypertrophie de la prostate par laser de 2100 nm de longueur d'onde [photovaporisation laser Holmium], par urétrocystoscopie <i>Indication : hypertrophie bénigne de la prostate, symptomatique, en deuxième intention en cas d'échec ou d'intolérance au traitement médical bien conduit ou en cas de complication</i> <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec résection du col de la vessie par endoscopie JDFE003</i>	0	1	Y	J,K,T	333,94	60	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	145,36	24	1	
JGNJ001	Destruction d'une hypertrophie de la prostate par microondes [Thermothérapie de la prostate] <i>Indication : hypertrophie prostatique bénigne symptomatique</i> <i>Environnement : accompagner par des recommandations de bonne pratique clinique</i>	0	1			168,18	50	1	
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)								
JGNJ900	Destruction de lésion de la prostate par ultrasons focalisés de haute intensité, par voie rectale	0	1	Y		0,00	50	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0	4	Y	7,A	0,00	20	1	
JGND002	Cryothérapie de la prostate	0	1			167,20	50	1	
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)								
JGNE403	Destruction d'une hypertrophie bénigne de la prostate par vapeur d'eau à convection, avec guidage par urétrocystoscopie <i>Avec ou sans : Guidage échographique</i>	0	1				0	1	
		0	4		7,A		0	1	
08.03.01.02 Évacuation de collection de la prostate									
JGJB001	Évacuation de collection de la prostate, par voie transrectale ou transpérinéale avec guidage au doigt	0	1		F,J,K,O,P,S,T,U	104,50	24	1	
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
08.03.01.03 Exérèse de la prostate et des vésicules séminales									
JGFA016	Résection ou marsupialisation de collection de la prostate ou de diverticule de l'urètre, par urétrocystoscopie	0	1	Y	J,K,T,X	173,71	113	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	88,71	62	1	
JGFE004	Résection et/ou désobstruction des conduits éjaculateurs, par urétrocystoscopie	0	1	Y	I,J,K,T	133,29	75	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A	81,74	44	1	

JGFE023 Résection d'une hypertrophie de la prostate sans laser, par urétrécystoscopie	0 1 Y	J,K,T	281,29	158 1
Descriptif : JGFE023-01 Résection électrique monopolaire par copeaux d'une hypertrophie de la prostate sans laser, par urétrécystoscopie	0 4 Y	7,A	176,79	82 1
Descriptif : JGFE023-02 Résection électrique bipolaire par copeaux d'une hypertrophie de la prostate sans laser, par urétrécystoscopie				
Descriptif : JGFE023-03 Résection électrique monopolaire par clivage [adénomectomie] d'une hypertrophie de la prostate sans laser, par urétrécystoscopie				
Descriptif : JGFE023-04 Résection électrique bipolaire par clivage [adénomectomie] d'une hypertrophie de la prostate sans laser, par urétrécystoscopie				
Avec ou sans : urétrotomie interne à l'aveugle				
Facturation : ne peut pas être facturé avec résection du col de la vessie par endoscopie JDFE003				
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				

JGFE365 Résection d'une hypertrophie de la prostate avec laser, par urétrécystoscopie	0 1 Y	J,K,T	370,10	190 1
Descriptif : JGFE365-01 Résection d'une hypertrophie de la prostate avec laser de 532 nm de longueur d'onde [laser greenlight], par urétrécystoscopie	0 4 Y	7,A	192,85	82 1
Descriptif : JGFE365-02 Résection d'une hypertrophie de la prostate avec laser de 2000 nm de longueur d'onde [laser Thulium], par urétrécystoscopie				
Descriptif : JGFE365-03 Résection d'une hypertrophie de la prostate avec laser de 2100 nm de longueur d'onde [laser Holmium], par urétrécystoscopie				
Indication : hypertrophie bénigne de la prostate, symptomatique, en deuxième intention en cas d'échec ou d'intolérance au traitement médical bien conduit ou en cas de complication				
Facturation : ne peut pas être facturé avec résection du col de la vessie par endoscopie JDFE003				
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				

JGFA015 Résection d'une hypertrophie de la prostate, par urétrécystoscopie	0 1 Y	J,K	281,29	158 1
Avec ou sans : urétrotomie interne à l'aveugle	0 4 Y	7,A	176,79	82 1
Facturation : ne peut pas être facturé avec résection du col de la vessie par endoscopie JDFE003				
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				

JGFA014 Résection palliative de la prostate [Recalibrage de l'urètre], par urétrécystoscopie	0 1 Y	J,K,T	281,29	125 1
Facturation : ne peut pas être facturé avec résection du col de la vessie par endoscopie JDFE003	0 4 Y	7,A	176,79	67 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				

JGFA005 Adénomectomie transvésicale de la prostate, par laparotomie	0 1 Y	J,K,T	281,29	190 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	180,18	108 1

JGFA009 Adénomectomie rétropubienne ou transcapsulaire de la prostate, par laparotomie	0 1 Y	J,K,T	281,29	190 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	180,18	108 1

JGFA007 Exérèse rétrovésicale ou transvésicale de l'utricule de la prostate, par laparotomie	0 1 Y	I,J,K,O,T	402,00	371 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	208,41	158 1

JGFC045 Exérèse des vésicules séminales, par coelioscopie	0 1 Y	9,I,J,K,T	472,63	431 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	218,91	216 1

JGFA008 Exérèse des vésicules séminales, par laparotomie	0 1 Y	J,K,T,X	443,83	382 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	194,91	191 1

08.03.01.04 Vésiculoprostectomie

Coder éventuellement : curage lymphonodal abdominal (cf 05.02.02.04)

JGFC001 Vésiculoprostectomie totale, par coelioscopie	0 1 Y	J,K,T,X	957,15	500 1
Descriptif : JGFC001-30 Vésiculoprostectomie totale, par coelioscopie, sans assistance par robot	0 4 Y	7,A	314,88	250 1
Descriptif : JGFC001-40 Vésiculoprostectomie totale, par coelioscopie, avec assistance par robot				
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)				

JGFA006 Vésiculoprostectomie totale, par laparotomie	0 1 Y	9,I,J,K,T	832,37	468 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	290,88	239 1

JGFA011 Vésiculoprostectomie totale, par abord périnéal	0 1 Y	9,I,J,K,T	829,53	425 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	290,88	219 1

JDFA024 Vésiculo-prostato-cystectomie totale, par laparotomie	0 1 Y	9,J,K,O,T	886,96	375 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	395,38	198 1

JDFA023 Vésiculo-prostato-cystectomie totale avec urétérostomie cutanée, par laparotomie	0 1 Y	9,J,K,T	921,70	573 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	384,93	286 1

JDFA025 Vésiculo-prostato-cystectomie totale avec urétérostomie cutanée transintestinale par anse non détubulée, par laparotomie	0 1 Y	I,J,K,T	1120,2	655 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	405,83	325 1

JDFA020 Vésiculo-prostato-cystectomie totale avec urétérostomie cutanée transintestinale par anse détubulée continente, par laparotomie	0 1 Y	9,I,J,K,T	1308,8	940 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	411,28	453 1

JDFA019 Vésiculo-prostato-cystectomie totale avec anastomose urétérocolique directe, par laparotomie	0 1 Y	J,K,T	871,81	573 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	405,83	286 1

JDFA022 Vésiculo-prostato-cystectomie totale avec anastomose urétérocolique et confection d'un réservoir détubulé rectosigmoïdien ou iléo-recto-sigmoïdien, par laparotomie	0 1 Y	I,J,K,O,T	1292,5	755 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	489,43	370 1

JDFA021 Vésiculo-prostato-cystectomie totale avec entérocytoplastie de remplacement [néovessie] orthotopique par anse détubulée, par laparotomie	0 1 Y	9,I,J,K,T	1608,0	878 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	510,33	425 1

08.03.01.05 Autres actes thérapeutiques sur la prostate et l'espace péri-prostatique

Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex

JGLJ060	Injection de produit espaceur, par voie transpérinéale avec guidage échographique	0	1						60	1
<i>Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'art. L. 165-1 du code de la Sécurité sociale</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le guidage échographique</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)										
08.03.02 Actes thérapeutiques sur le scrotum et le contenu scrotal										
08.03.02.01 Exérèse du testicule										
<i>Coder éventuellement : curage lymphonodal abdominal (cf 05.02.02.04)</i>										
JHFA012	Exérèse de lésion du testicule, par abord scrotal	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U		95,72		50	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)										
JHFA010	Pulpectomie testiculaire unilatérale ou bilatérale, par abord scrotal	0	1	Y	J,K,T		125,40		111	1
<i>Castration chirurgicale chez l'homme</i>										
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)										
JHFA017	Orchidectomie, par abord scrotal	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U		92,88		99	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)										
JHFA005	Orchidectomie, par abord inguinal	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U		99,26		96	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)										
JHFA006	Orchidectomie avec pose de prothèse testiculaire, par abord inguinal	0	1	Y	I,J,K,O,T		123,37		141	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)										
JHFA008	Orchidectomie élargie au cordon spermatique [Orchiépididymectomie], par abord inguinal	0	1	Y	J,K,O,T		134,71		126	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)										
08.03.02.02 Autres exérèses du contenu scrotal										
JHFA001	Exérèse d'un kyste du cordon spermatique chez l'adulte, par abord inguinal	Ph	A	Cl	modificateur		Tarif		ICR	Ex
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)										
JHFA004	Exérèse d'un kyste de l'épididyme, par abord scrotal	0	1	Y	J,K,T		83,60		106	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)										
JHFA019	Résection d'une hydrocèle abdominoscrotale, par laparotomie ou par abord inguinal	0	1	Y	I,J,K,T		190,01		205	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)										
JHFA013	Résection de la tunique vaginale du testicule, par abord scrotal	0	1	Y	J,K,O,T		90,75		121	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)										
JHFA014	Épididymectomie, par abord scrotal	0	1	Y	9,J,K,T		94,30		106	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)										
08.03.02.03 Pose, changement et ablation de prothèse de testicule										
JHLA005	Pose d'une prothèse de testicule, par abord inguinal	Ph	A	Cl	modificateur		Tarif		ICR	Ex
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)										
JHGA002	Ablation d'une prothèse de testicule	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U		54,59		89	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)										
JHKA002	Changement d'une prothèse de testicule, par abord inguinal	0	1	Y	9,J,K,T		109,90		113	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)										
08.03.02.04 Suture du testicule et de ses annexes										
JHCA006	Suture de rupture du testicule, par abord scrotal	Ph	A	Cl	modificateur		Tarif		ICR	Ex
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)										
JHCA005	Anastomose épидидymodéférentielle, par abord scrotal	0	1	Y	9,I,J,K,T		350,96		188	1
<i>Avec ou sans : déférentographie</i>										
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)										
JHCA002	Anastomose déférentodéférentielle, par abord scrotal	0	1	Y	9,I,J,K,T		319,76		164	1
<i>Avec ou sans : déférentographie</i>										
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)										
08.03.02.05 Détorsion du cordon spermatique										
JHEP002	Détorsion manuelle du cordon spermatique	Ph	A	Cl	modificateur		Tarif		ICR	Ex
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)										
JHEA009	Détorsion du cordon spermatique ou exérèse des annexes du testicule, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U		87,21		62	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)										
JHEA010	Détorsion du cordon spermatique avec orchidopexie unilatérale ou bilatérale, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U		156,75		152	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)										
08.03.02.06 Fixation et transposition du testicule										
JHDA001	Orchidopexie, par abord scrotal	Ph	A	Cl	modificateur		Tarif		ICR	Ex
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)										
JHEA012	Autotransplantation du testicule	0	1	Y	9,J,K,T,X		265,88		600	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)										
08.03.02.07 Ligature du conduit déférent										
<i>Facturation : les actes du paragraphe 08.03.02.07 Ligature du conduit déférent ne peuvent pas être facturés avec les actes du sous chapitre 08.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'APPAREIL GÉNITAL MASCULIN</i>										
JHSB001	Ligature, section ou résection unilatérale ou bilatérale du conduit déférent, par voie transcutanée	0	1	Y	9,J,K,T		65,23		29	1
<i>Environnement : loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 comprenant l'information du patient</i> <i>Forfait : liste SE2</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)										

JHSA001	Ligature, section ou résection unilatérale ou bilatérale du conduit déférent, par abord scrotal <i>Environnement : loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 comprenant l'information du patient</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1	Y		9,J,K,T	60,27	35	1
08.03.02.08 Évacuation d'hydrocèle vaginale									
JHJB003	Évacuation d'hydrocèle sans injection de produit sclérosant, par voie transcutanée Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1			9,F,P,S,T,U	21,27	12	1
JHJB001	Évacuation d'hydrocèle avec injection de produit sclérosant, par voie transcutanée Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1			9,I,T	38,29	27	1
08.03.02.09 Plastie de la tunique vaginale du testicule et du scrotum									
JHBA001	Plicature de la tunique vaginale du testicule, par abord scrotal Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		J,K,O,T	86,50	62	1
JHMA006	Confection d'une spermatocele Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		9,J,K,O,T	243,90	120	1
JHFA002	Résection plastique ou exérèse du scrotum <i>À l'exclusion de : plastie du scrotum pour éléphantiasis (JHMA005)</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		9,I,J,K,T	70,90	50	1
JHMA005	Plastie du scrotum pour éléphantiasis Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		I,J,K,T	175,12	50	1
JHJA001	Évacuation ou mise à plat d'un abcès du scrotum, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		9,F,J,K,O,P,S,T,U	47,50	20	1
08.03.02.10 Autres actes thérapeutiques sur le scrotum et le contenu scrotal									
JHFA003	Orchidectomie pour cryptorchidie abdominale, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		J,K,O,T,X	158,82	120	1
JHEA004	Abaissement et fixation d'un testicule ectopique non palpable, par coelioscopie et par abord inguinoscrotal Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		J,K,O,T	216,95	270	1
JHEA001	Abaissement et fixation d'un testicule ectopique non palpable, par abord inguinal et par abord scrotal Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		9,F,J,K,O,P,S,T,U	246,73	221	1
JHEA002	Abaissement et fixation d'un testicule ectopique palpable, par abord inguinal et par abord scrotal Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		F,J,K,O,P,S,T,U	201,87	125	1
08.03.02.11 Correction des anomalies de position du testicule <i>L'abaissement d'un testicule ectopique inclut la fermeture d'une déhiscence du canal inguinal homolatéral.</i>									
JHFC001	Orchidectomie pour cryptorchidie abdominale, par coelioscopie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		I,J,K,T	163,07	171	1
JHFA003	Orchidectomie pour cryptorchidie abdominale, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		J,K,O,T,X	158,82	120	1
JHEA004	Abaissement et fixation d'un testicule ectopique non palpable, par coelioscopie et par abord inguinoscrotal Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		J,K,O,T	216,95	270	1
JHEA001	Abaissement et fixation d'un testicule ectopique non palpable, par abord inguinal et par abord scrotal Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		9,F,J,K,O,P,S,T,U	246,73	221	1
JHEA002	Abaissement et fixation d'un testicule ectopique palpable, par abord inguinal et par abord scrotal Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		F,J,K,O,P,S,T,U	201,87	125	1
08.03.03 Actes thérapeutiques sur le pénis <i>À l'exclusion de : actes pour modification de la morphologie sexuelle (cf 08.07)</i>									
08.03.03.01 Plastie du pénis									
JHEP001	Réduction manuelle d'un paraphimosis	0	1			F,U	0,00	12	1
JHEA003	Réduction chirurgicale d'un paraphimosis Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		F,J,K,O,P,S,T,U,X	53,88	70	1
JHPA003	Libération d'adhérences du prépuce du pénis Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0	1	Y		A	0,00	22	1
JHFA009	Posthectomie <i>Avec ou sans : plastie du frein du prépuce du pénis</i> <i>Indication : troubles pathologiques induits par un phimosis</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		9,F,J,K,O,P,S,T,U	75,15	89	1
JHPA001	Section ou plastie du frein du prépuce du pénis Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		I,J,K,T	46,09	61	1
JHMA001	Plastie du prépuce du pénis [Posthoplastie] <i>À l'exclusion de :</i> <i>- section ou plastie du frein du prépuce du pénis (JHPA001)</i> <i>- reconstruction du prépuce du pénis (JHMA003)</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		J,K,T	62,70	73	1
JHMA003	Reconstruction du prépuce du pénis Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		9,J,K,T	104,22	149	1
JHMA002	Reconstruction de la peau du pénis par greffe cutanée Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		I,J,K,T,X	214,83	235	1
08.03.03.02 Destruction de lésion du pénis									
JHNP001	Destruction de lésion du gland et/ou du prépuce du pénis Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1			9	39,00	15	1
08.03.03.03 Exérèse de lésion du pénis <i>Coder éventuellement : curage lymphonodal [ganglionnaire] inguinal, par abord direct (FCFA011)</i>									
JHFA007	Exérèse de lésion des corps caverneux du pénis Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y		9,J,K,T	165,91	104	1

JHFA015	Exérèse de lésion de la peau du pénis, du gland et/ou du sillon balanopréputial, sans anesthésie générale ou locorégionale Coder éventuellement 1 : (ZZHA001)	0 1		I,X	49,63	31	1
JHFA018	Exérèse de lésion de la peau du pénis, du gland et/ou du sillon balanopréputial, sous anesthésie générale ou locorégionale Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		I,X 7,A	102,81 75,14	80 71	1 1
JHFA016	Amputation partielle du pénis Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		9,I,J,K,T 7,A	211,99 82,84	134 89	1 1
JHFA011	Amputation totale du pénis Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		9,I,J,K,T 7,A	399,17 138,07	240 149	1 1
08.03.03.04 Injection au niveau du pénis							
JHLB001	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique vasoactif dans les corps caverneux du pénis, par voie transcutanée	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex
JHLB001		0 1		F,U	0,00	12	1
JHLB002	Infiltration de plaque de sclérose de l'albuginée des corps caverneux du pénis, par voie transcutanée <i>Traitement médical de la maladie de La Peyronie</i>	0 1		I,X	32,61	10	1
JHJB002	Lavage des corps caverneux du pénis, par voie transcutanée Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 0 4		F,I,P,S,U,X 7,A,F,P,S,U	97,13 71,11	66 41	1 1
08.03.03.05 Réparation de plaie du pénis							
JHCA004	Suture de rupture des corps caverneux du pénis Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	Ph A Cl 0 1 Y 0 4 Y		modificateur F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	Tarif 167,20 93,02	ICR 102 83	Ex 1 1
JHSA002	Fermeture de fistule spongionerveuse du pénis Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		9,J,K,T,X 7,A	221,92 102,63	180 127	1 1
JHEA005	Réimplantation du pénis Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,I,J,K,O,P,S,T,U,X 7,A,F,O,P,S,U	921,70 183,00	300 200	1 1
08.03.03.06 Anastomose spongionerveuse							
JHMB001	Création de fistule spongionerveuse, par voie transcutanée Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	Ph A Cl 0 1 Y 0 4 Y		modificateur F,J,K,P,S,T,U,X 7,A,F,P,S,U	Tarif 75,15 67,44	ICR 46 51	Ex 1 1
JHCA001	Anastomose spongionerveuse, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,O,P,S,T,U,X 7,A,F,O,P,S,U	186,47 90,54	132 100	1 1
08.03.03.07 Pose de prothèse pénienne							
JHLA003	Pose d'une prothèse pénienne rigide ou semirigide Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	Ph A Cl 0 1 Y 0 4 Y		modificateur 9,J,K,T 7,A	Tarif 238,22 92,01	ICR 144 117	Ex 1 1
JHLA002	Pose d'une prothèse pénienne hydraulique sans composant extracaverneux Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		I,J,K,O,T 7,A	299,20 100,80	190 143	1 1
JHLA004	Pose d'une prothèse pénienne hydraulique avec composant extracaverneux Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		I,J,K,O,T 7,A	299,20 100,80	190 143	1 1
08.03.03.08 Ablation et changement de prothèse pénienne							
JHGA003	Ablation d'une prothèse pénienne sans composant extracaverneux <i>Ablation d'une prothèse pénienne hydraulique sans composant extracaverneux</i> <i>Ablation d'une prothèse pénienne rigide ou semirigide</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	Ph A Cl 0 1 Y 0 4 Y		modificateur 9,F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	Tarif 100,68 69,28	ICR 66 77	Ex 1 1
JHGA001	Ablation d'une prothèse pénienne hydraulique avec composant extracaverneux Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	125,40 69,28	66 77	1 1
JHKA003	Changement d'une prothèse pénienne hydraulique sans composant extracaverneux Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		J,K,T 7,A	235,41 96,04	176 133	1 1
JHKA004	Changement d'une prothèse pénienne hydraulique avec composant extracaverneux Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		9,J,K,O,T 7,A	254,53 98,97	176 135	1 1
08.03.03.09 Correction des malformations du pénis							
JHPA002	Désenfouissement du pénis par fixation des fascias Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	Ph A Cl 0 1 Y 0 4 Y		modificateur J,K,O,T,X A	Tarif 253,11 108,52	ICR 288 104	Ex 1 1
JHEA011	Dérotation chirurgicale du pénis Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		J,K,T 7,A	209,00 73,96	202 68	1 1
JHAA003	Élargissement du pénis Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 1 Y 0 4 Y			0,00 0,00	100 76	1 1
JHAA005	Allongement du pénis par plastie des corps caverneux Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 1 Y 0 4 Y			0,00 0,00	100 76	1 1
JHAA004	Allongement du pénis par section du ligament suspenseur Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 1 Y 0 4 Y			0,00 0,00	100 60	1 1
JHAA002	Allongement du pénis sans urétroplastie, pour épispadias Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		I,J,K,T A	332,52 121,32	266 105	1 1
JHAA001	Allongement du pénis avec urétroplastie, pour épispadias Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		I,J,K,T,X A	632,43 178,87	537 209	1 1
JHEA006	Redressement du pénis par dissection ventrale et plicature dorsale Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		I,J,K,O,T A	303,45 108,52	288 102	1 1
JHEA007	Redressement du pénis par plicature-excision des corps caverneux Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		J,K,O,T 7,A	212,70 90,17	217 102	1 1

JHEA008	Redressement du pénis avec excision de plaque de sclérose de l'albuginée des corps caverneux et greffe	0 1 Y	9,J,K,T	265,88	282	1
		0 4 Y	7,A	100,43	127	1
<i>Traitement chirurgical de la maladie de La Peyronie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

08.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'APPAREIL GÉNITAL FÉMININ

08.04.01 Actes thérapeutiques sur les annexes de l'utérus

Comprend : actes thérapeutiques sur :

- l'ovaire
- la trompe utérine [de Fallope]
- l'annexe de l'utérus [ovaire et trompe homolatérale]

08.04.01.01 Évacuation de collection des annexes de l'utérus

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JJJC001	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	196,00	243	1
				7,A,F,O,P,S,T,U	134,18	82	1
Évacuation de collection de l'annexe ou du ligament large, par coelioscopie <i>Salpingotomie pour évacuation de collection de la trompe, par coelioscopie</i> <i>Ovariectomie pour évacuation de collection de l'ovaire, par coelioscopie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
JJJA001	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	167,20	210	1
				4,7,A,F,O,P,S,T,U	100,72	67	1
Évacuation de collection de l'annexe ou du ligament large, par laparotomie <i>Salpingotomie pour évacuation de collection de la trompe, par laparotomie</i> <i>Ovariectomie pour évacuation de collection de l'ovaire, par laparotomie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

08.04.01.02 Ligature et section de la trompe utérine

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JJPE001	0	1	Y	J,K,T	167,20	173	1
				7,A	83,60	40	1
Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines par insertion de dispositif intratubaire, par hystérocopie <i>Indication : femme majeure en âge de procréer souhaitant une stérilisation tubaire permanente comme moyen de contraception définitive et irréversible</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 comprenant l'information du patient</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
JJPC004	0	1	Y	J,K,T	196,00	196	1
				7,A	107,60	80	1
Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines, par pélyscopie [culdoscopie] [coelioscopie transvaginales] <i>Section des trompes utérines, par culdoscopie</i> <i>Ligature des trompes utérines, par culdoscopie</i> <i>Pose de clips sur les trompes utérines, par culdoscopie</i> <i>Environnement : loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 comprenant l'information du patient</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
JJPC003	0	1	Y	J,K,T	196,00	169	1
				7,A	107,60	54	1
Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines, par coelioscopie <i>Section des trompes utérines, par coelioscopie</i> <i>Ligature des trompes utérines, par coelioscopie</i> <i>Pose de clips sur les trompes utérines, par coelioscopie</i> <i>Environnement : loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 comprenant l'information du patient</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
JJPA004	0	1	Y	J,K,T	167,20	154	1
				7,A	83,60	46	1
Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines, par abord vaginal <i>Section des trompes utérines, par abord vaginal</i> <i>Ligature des trompes utérines, par abord vaginal</i> <i>Pose de clips sur les trompes utérines, par abord vaginal</i> <i>Indication : lorsque les autres voies d'abord ne sont pas possibles</i> <i>Environnement : loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 comprenant l'information du patient</i> Coder éventuellement 14 : (HHFA032) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
JJPA003	0	1	Y	J,K,T	167,20	184	1
				4,7,A	94,13	60	1
Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines, par laparotomie <i>Section des trompes utérines, par laparotomie</i> <i>Ligature des trompes utérines, par laparotomie</i> <i>Pose de clips sur les trompes utérines, par laparotomie</i> <i>Environnement : loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 comprenant l'information du patient</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
08.04.01.03 Exérèse de l'ovaire							
JJFC003	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	196,00	238	1
				7,A,F,O,P,S,T,U	124,00	89	1
Kystectomie ovarienne intrapéritonéale, par coelioscopie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
JJFA010	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	196,00	318	1
				7,A,F,O,P,S,T,U	110,08	77	1
Kystectomie ovarienne transpariétale, par laparotomie avec préparation par coelioscopie Coder éventuellement 4 : (YYYY041)							
JJFA008	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	167,20	218	1
				4,7,A,F,O,P,S,T,U	98,89	66	1
Kystectomie ovarienne, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
JJFC004	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	196,00	241	1
				7,A,F,O,P,S,T,U	125,10	90	1
Réséction partielle de l'ovaire, par coelioscopie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
JJFA002	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	167,20	218	1
				4,7,A,F,O,P,S,T,U	98,89	66	1
Réséction partielle de l'ovaire, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
JJFC008	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	196,00	280	1
				7,A,F,O,P,S,U	128,41	94	1
Ovariectomie unilatérale, par coelioscopie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
JJFA003	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	167,20	215	1
				4,7,A,F,O,P,S,U	98,16	64	1
Ovariectomie unilatérale, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
JJFC009	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	230,44	346	1
				7,A,F,O,P,S,U	144,90	116	1
Ovariectomie bilatérale, par coelioscopie <i>Castration coelioscopique chez la femme</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)							

JKND001	Destruction de la muqueuse utérine par thermocontact, par voie vaginale <i>Indication : alternative à l'hystérectomie.</i> <i>Environnement : conditions de sécurité de l'hystérocopie opératoire</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	I,J,K,O,T	89,27	157	1
JKNE001	Abrasion de la muqueuse de l'utérus [Endométréctomie], par hystérocopie <i>Avec ou sans : résection de polype</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 7,A	209,00 83,60	210 76	1 1
JKGD002	Curetage de la cavité de l'utérus à visée thérapeutique <i>Curetage utérin hémostatique</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U A,F,P,S,U	62,70 56,45	98 23	1 1
JKFE001	Exérèse de polype de l'utérus, par hystérocopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T,X 7,A	110,72 59,74	132 47	1 1
JKFE002	Résection de myome de l'utérus, par hystérocopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 7,A	209,00 87,53	225 82	1 1
JKFC004	Myomectomie de l'utérus sans hystérotomie, par coelioscopie Descriptif : JKFC004-30 Myomectomie de l'utérus sans hystérotomie par coelioscopie, sans assistance par robot Descriptif : JKFC004-40 Myomectomie de l'utérus sans hystérotomie par coelioscopie, avec assistance par robot Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 0 4	J,K,T 7,A	209,00 113,55	0 0	1 1
JKFC001	Myomectomie de l'utérus avec hystérotomie, par coelioscopie Descriptif : JKFC001-30 Myomectomie de l'utérus avec hystérotomie, par coelioscopie, sans assistance par robot Descriptif : JKFC001-40 Myomectomie de l'utérus avec hystérotomie, par coelioscopie, avec assistance par robot Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 0 4	9,J,K,T 7,A	235,97 143,25	0 0	1 1
JKFA033	Myomectomie de l'utérus, par abord vaginal <i>Avec ou sans : résection partielle de la trompe utérine</i> <i>Indication : femme présentant un à trois myomes maximum dont la taille reste inférieure à 10 cm pour le plus gros, n'ayant plus de désir de grossesse et pour laquelle cet abord est le plus simple</i>	0 1 Y 0 4 Y		0,00 0,00	175 50	1 1
JKFA016	Myomectomie unique de l'utérus, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 4,7,A,F,O,P,S,U	209,00 98,89	278 79	1 1
JKFA022	Myomectomie multiple de l'utérus, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 4,7,A,F,O,P,S,U	226,28 112,09	351 104	1 1
JKFD001	Exérèse de lésion pédiculée de l'utérus accouchée par le col, par voie vaginale <i>Bistourrage de myome ou de polype de l'utérus accouché par le col</i> Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)	0 1 Y		62,70	29	1
08.04.03.02 Destruction de lésion du col de l'utérus		Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JKND004	Destruction de lésion du col de l'utérus par colposcopie, sans laser Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y		62,70	32	1
JKND003	Destruction de lésion du col de l'utérus par colposcopie, avec laser Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	9,O	51,21	61	1
JKND002	Destruction de lésion du col de l'utérus, du vagin, de la vulve, du périnée et de la région périanale, avec laser Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	X	77,50	85	1
08.04.03.03 Exérèse de lésion du col de l'utérus		Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JKFD002	Exérèse de lésion du col de l'utérus, par voie vaginale <i>Avec ou sans : laser</i> Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)	0 1 Y	F,P,S,U	62,70	51	1
JKFE003	Exérèse de lésion du col de l'utérus, par colposcopie <i>Avec ou sans : laser</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	F,P,S,U	62,70	41	1
JKFA031	Conisation du col de l'utérus <i>Avec ou sans : laser</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	93,42 64,88	55 45	1 1
JKFA008	Trachélectomie [Cervicectomie] [Amputation du col de l'utérus], par abord vaginal <i>À l'exclusion de : trachélectomie</i> <i>- sur col restant de l'utérus, par abord vaginal (JKFA011)</i> <i>- associée à une colpopérinéorraphie antérieure et postérieure (JLCA003)</i> <i>- au cours d'une hystérectomie ou d'une cure de prolapsus, par abord vaginal</i> Coder éventuellement 14 : (HHFA032, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T 7,A	110,03 76,61	171 62	1 1
JKFA011	Trachélectomie sur col restant de l'utérus, par abord vaginal <i>Amputation du col restant, par abord vaginal</i> Coder éventuellement 14 : (HHFA032, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,I,J,K,T 7,A	137,71 78,07	181 65	1 1
JKFA009	Trachélectomie sur col restant de l'utérus, par laparotomie <i>Amputation du col restant, par laparotomie</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T 4,7,A	229,74 97,43	288 83	1 1
JKFA030	Colpotrachélectomie [Colpocervicectomie] élargie aux paramètres, par abord vaginal Coder éventuellement 14 : (HHFA032, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,O,T 7,A	458,80 249,08	445 136	1 1
JKFA019	Colpotrachélectomie [Colpocervicectomie] élargie aux paramètres, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,O,T 4,7,A	458,80 249,08	515 160	1 1
08.04.03.04 Hystérectomie subtotale		Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JKFA003	Exérèse d'un hémioutérus malformé [Hémihystérectomie], par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 4,7,A	239,49 121,96	375 112	1 1

JKFC002	Hystérectomie subtotale, par coelioscopie Descriptif : JKFC002-30 Hystérectomie subtotale, par coelioscopie, sans assistance par robot Descriptif : JKFC002-40 Hystérectomie subtotale, par coelioscopie, avec assistance par robot Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T	253,96	419	1
		0 4 Y	7,A	145,06	119	1
JKFA024	Hystérectomie subtotale, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	239,49	281	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	128,19	86	1
JKFA014	Hystérectomie subtotale avec suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension], par laparotomie Descriptif : JKFA014-07 Hystérectomie subtotale avec suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension] sans pose d'implant de renfort, par laparotomie Descriptif : JKFA014-08 Hystérectomie subtotale avec suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension] avec pose d'implant de renfort, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	385,79	428	1
		0 4 Y	4,7,A	169,95	136	1
JKFA012	Hystérectomie subtotale avec suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension] et cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie Descriptif : JKFA012-07 Hystérectomie subtotale avec suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension] sans pose d'implant de renfort et cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie Descriptif : JKFA012-08 Hystérectomie subtotale avec suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension] avec pose d'implant de renfort et cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	385,79	518	1
		0 4 Y	4,7,A	181,31	167	1
JKFC006	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie Descriptif : JKFC006-30 Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie, sans assistance par robot Descriptif : JKFC006-40 Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie, avec assistance par robot Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	323,09	429	1
		0 4 Y	7,A	169,21	131	1
JKFA032	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	323,09	311	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	155,89	96	1
JKFA001	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension], par laparotomie Descriptif : JKFA001-07 Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension] sans pose d'implant de renfort, par laparotomie Descriptif : JKFA001-08 Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension] avec pose d'implant de renfort, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	323,09	458	1
		0 4 Y	4,7,A	173,61	146	1
JKFA029	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension] et cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie Descriptif : JKFA029-07 Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension] sans pose d'implant de renfort et cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie Descriptif : JKFA029-08 Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension] avec pose d'implant de renfort et cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,J,K,O,T	388,90	545	1
		0 4 Y	4,7,A	184,61	175	1
08.04.03.05 Hystérectomie totale						
JKFC005	Hystérectomie totale, par coelioscopie Descriptif : JKFC005-30 Hystérectomie totale, par coelioscopie, sans assistance par robot Descriptif : JKFC005-40 Hystérectomie totale, par coelioscopie, avec assistance par robot Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	I,J,K,T	328,01	488	1
JKFA018	Hystérectomie totale, par coelioscopie et par abord vaginal Descriptif : JKFA018-30 Hystérectomie totale, par coelioscopie et par abord vaginal, sans assistance par robot Descriptif : JKFA018-40 Hystérectomie totale, par coelioscopie et par abord vaginal, avec assistance par robot <i>Hystérectomie vaginale coeliotrappée avec conservation annexielle</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T	290,64	439	1
		0 4 Y	7,A	151,84	127	1
JKFA026	Hystérectomie totale, par abord vaginal Coder éventuellement 14 : (HHFA032, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,J,K,T	264,34	281	1
		0 4 Y	7,A	118,01	99	1
JKFA015	Hystérectomie totale, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	239,49	351	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	124,90	104	1
JKFA025	Hystérectomie totale avec colpopérinéorrhaphie antérieure ou postérieure, par abord vaginal Descriptif : JKFA025-07 Hystérectomie totale avec colpopérinéorrhaphie antérieure ou postérieure sans pose d'implant de renfort, par abord vaginal Descriptif : JKFA025-08 Hystérectomie totale avec colpopérinéorrhaphie antérieure ou postérieure avec pose d'implant de renfort, par abord vaginal <i>Hystérectomie vaginale avec colpopérinéorrhaphie antérieure ou postérieure, avec conservation annexielle</i> Coder éventuellement 14 : (HHFA032, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,J,K,O,T	344,62	391	1
		0 4 Y	7,A	140,55	151	1
JKFA002	Hystérectomie totale avec colpopérinéorrhaphies antérieure et postérieure, par abord vaginal Descriptif : JKFA002-07 Hystérectomie totale avec colpopérinéorrhaphies antérieure et postérieure sans pose d'implant de renfort, par abord vaginal Descriptif : JKFA002-08 Hystérectomie totale avec colpopérinéorrhaphies antérieure et postérieure avec pose d'implant de renfort, par abord vaginal <i>Triple opération périméale de Manchester avec hystérectomie</i> Coder éventuellement 14 : (HHFA032, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T	337,70	405	1
		0 4 Y	7,A	154,95	155	1

JKFA013	Hystérectomie totale avec suspension postérieure du dôme du vagin, par laparotomie	0 1 Y	J,K,T	385,79	482	1
		0 4 Y	4,7,A	176,91	154	1
Descriptif : JKFA013-07 Hystérectomie totale avec suspension postérieure du dôme du vagin sans pose d'implant de renfort par laparotomie Descriptif : JKFA013-08 Hystérectomie totale avec suspension postérieure du dôme du vagin avec pose d'implant de renfort par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKFC003	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie	0 1 Y	J,K,O,T	339,08	508	1
		0 4 Y	7,A	171,41	159	1
Descriptif : JKFC003-30 Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie, sans assistance par robot Descriptif : JKFC003-40 Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie, avec assistance par robot Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKFA006	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie et par abord vaginal	0 1 Y	J,K,O,T	328,70	474	1
		0 4 Y	7,A	166,65	139	1
Descriptif : JKFA006-30 Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie et par abord vaginal, sans assistance par robot Descriptif : JKFA006-40 Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie et par abord vaginal, avec assistance par robot <i>Hystérectomie vaginale coelioscopique avec annexectomie</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKFA005	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par abord vaginal	0 1 Y	J,K,O,T	337,00	351	1
		0 4 Y	7,A	158,95	122	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKFA028	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie	0 1 Y	J,K,T	323,09	371	1
		0 4 Y	4,7,A	155,89	111	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKFA021	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et colpopérinéorrhaphie antérieure ou postérieure, par abord vaginal	0 1 Y	9,J,K,T	406,90	437	1
		0 4 Y	7,A	159,69	170	1
Descriptif : JKFA021-07 Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et colpopérinéorrhaphie antérieure ou postérieure sans pose d'implant de renfort, par abord vaginal Descriptif : JKFA021-08 Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et colpopérinéorrhaphie antérieure ou postérieure avec pose d'implant de renfort, par abord vaginal <i>Hystérectomie vaginale avec colpopérinéorrhaphie antérieure ou postérieure sans conservation annexielle</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKFA007	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et colpopérinéorrhaphies antérieure et postérieure, par abord vaginal	0 1 Y	9,J,K,T	429,04	437	1
		0 4 Y	7,A	164,82	200	1
Descriptif : JKFA007-07 Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et colpopérinéorrhaphies antérieure et postérieure sans pose d'implant de renfort, par abord vaginal Descriptif : JKFA007-08 Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et colpopérinéorrhaphies antérieure et postérieure avec pose d'implant de renfort, par abord vaginal <i>Hystérectomie vaginale avec colpopérinéorrhaphies antérieure et postérieure</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKFA004	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et suspension postérieure du dôme du vagin, par laparotomie	0 1 Y	9,J,K,T	362,61	437	1
		0 4 Y	4,7,A	176,55	180	1
Descriptif : JKFA004-07 Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et suspension postérieure du dôme du vagin sans pose d'implant de renfort, par laparotomie Descriptif : JKFA004-08 Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et suspension postérieure du dôme du vagin avec pose d'implant de renfort, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
08.04.03.06 Hystérectomie totale élargie aux paramètres Coder éventuellement : - transposition de l'ovaire (cf 08.04.01.06) - curage lymphonodal abdominal (cf 05.02.02.04)						
JKFA020	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par coelioscopie et par abord vaginal	0 1 Y	9,J,K,T	484,40	609	1
		0 4 Y	7,A	249,08	183	1
Descriptif : JKFA020-30 Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par coelioscopie et par abord vaginal, sans assistance par robot Descriptif : JKFA020-40 Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par coelioscopie et par abord vaginal, avec assistance par robot Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKFA023	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par abord vaginal	0 1 Y	9,J,K,O,T	458,80	470	1
		0 4 Y	7,A	249,08	136	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKFA027	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par laparotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	457,41	498	1
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	249,08	154	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
08.04.03.07 Section et résection de malformations intra-utérines						
JKPJ002	Section ou résection de cloison utérine, par voie vaginale avec guidage échographique	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,J,K,T	65,05	155	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKPE001	Section ou résection de cloison utérine, par hystéroscopie	0 1 Y	I,J,K,T	150,16	210	1
		0 4 Y	7,A	70,74	76	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKPD002	Section et/ou destruction de synéchies de l'utérus, par voie vaginale	0 1 Y		62,70	114	1
		0 4 Y	7,A	57,38	32	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKPE002	Section et/ou destruction de synéchies de l'utérus, par hystéroscopie	0 1 Y	J,K,T,X	114,87	172	1
		0 4 Y	7,A	66,35	62	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKPJ001	Section et/ou destruction de synéchies de l'utérus, par hystéroscopie avec guidage échographique	0 1 Y	J,K,T,X	114,87	252	1
		0 4 Y	7,A	67,44	65	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

JKPC001	Section et/ou destruction de synéchies de l'utérus, par hystérocopie avec guidage coelioscopique	0 1 Y	J,K,O,T,X	172,31	234	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	89,63	85	1

08.04.03.08 **Plastie du corps de l'utérus**

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JKCA001	Hystérorraphie, par laparotomie	0 1 Y	J,K,O,T		168,16	221	1
	À l'exclusion de : suture du corps de l'utérus pour rupture obstétricale, par laparotomie (JNCA002)						
	Suture de plaie de l'utérus, par laparotomie						
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKMA001	Hystéropexie, par laparotomie	0 1 Y	9,J,K,T		222,13	314	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

08.04.03.09 **Plastie du col de l'utérus**

À l'exclusion de : suture immédiate de déchirure obstétricale du col de l'utérus (JNCA001)

JKCD001	Suture de plaie du col de l'utérus	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U		83,04	69	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKPD001	Libération d'une sténose récente et totale du col de l'utérus	0 1 Y	J,K,T		62,70	100	1
	À l'exclusion de : stomatoplastie du col de l'utérus (JKMD001)						
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKMD001	Stomatoplastie du col de l'utérus	0 1 Y	9,J,K,T		71,97	125	1
	Élargissement de l'orifice externe du col de l'utérus						
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKBA001	Cerclage de l'isthme utérin par abord vaginal, en dehors de la grossesse	0 1 Y	J,K,O,T,X		125,94	168	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKBA002	Cerclage de l'isthme utérin par laparotomie, en dehors de la grossesse	0 1 Y	J,K,O,T		179,92	246	1
	Opération selon Benson						
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

08.04.03.10 **Hystéropexie [Fixation de l'utérus]**

Comprend : hystéropexie directe ou indirecte

Avec ou sans : résection du cul-de-sac recto-utérin [de Douglas]

JKDC015	Hystéropexie antérieure, par coelioscopie	0 1 Y	J,K,T		196,00	169	1
	Descriptif : JKDC015-30 Hystéropexie antérieure, par coelioscopie, sans assistance par robot						
	Descriptif : JKDC015-37 Hystéropexie antérieure sans pose d'implant de renfort, par coelioscopie, sans assistance par robot						
	Descriptif : JKDC015-38 Hystéropexie antérieure avec pose d'implant de renfort, par coelioscopie, sans assistance par robot						
	Descriptif : JKDC015-40 Hystéropexie antérieure, par coelioscopie, avec assistance par robot						
	Descriptif : JKDC015-47 Hystéropexie antérieure sans pose d'implant de renfort, par coelioscopie, avec assistance par robot						
	Descriptif : JKDC015-48 Hystéropexie antérieure avec pose d'implant de renfort, par coelioscopie, avec assistance par robot						
	Cure de rétroversion utérine, par coelioscopie avec plicature des ligaments ronds						
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKDA042	Hystéropexie antérieure, par laparotomie	0 1 Y	J,K,T		167,20	125	1
	Descriptif : JKDA042-07 Hystéropexie antérieure sans pose d'implant de renfort, par laparotomie						
	Descriptif : JKDA042-08 Hystéropexie antérieure avec pose d'implant de renfort, par laparotomie						
	Coder éventuellement 4 : (YYYY041)						
JKDC001	Hystéropexie postérieure [Promontofixation], par coelioscopie	0 1 Y	9,J,K,T		346,69	463	1
	Descriptif : JKDC001-30 Hystéropexie postérieure [Promontofixation], par coelioscopie, sans assistance par robot						
	Descriptif : JKDC001-37 Hystéropexie postérieure [Promontofixation] sans pose d'implant de renfort, par coelioscopie, sans assistance par robot						
	Descriptif : JKDC001-38 Hystéropexie postérieure [Promontofixation] avec pose d'implant de renfort, par coelioscopie, sans assistance par robot						
	Descriptif : JKDC001-40 Hystéropexie postérieure [Promontofixation], par coelioscopie, avec assistance par robot						
	Descriptif : JKDC001-47 Hystéropexie postérieure [Promontofixation] sans pose d'implant de renfort, par coelioscopie, avec assistance par robot						
	Descriptif : JKDC001-48 Hystéropexie postérieure [Promontofixation] avec pose d'implant de renfort, par coelioscopie, avec assistance par robot						
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKDA003	Hystéropexie postérieure [Promontofixation], par laparotomie	0 1 Y	J,K,T		281,29	341	1
	Descriptif : JKDA003-07 Hystéropexie postérieure [Promontofixation] sans pose d'implant de renfort, par laparotomie						
	Descriptif : JKDA003-08 Hystéropexie postérieure [Promontofixation] avec pose d'implant de renfort, par laparotomie						
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JKDA002	Hystéropexie postérieure [Promontofixation] avec cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie	0 1 Y	J,K,O,T		366,76	452	1
	Descriptif : JKDA002-07 Hystéropexie postérieure [Promontofixation] avec cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper] sans pose d'implant de renfort, par laparotomie						
	Descriptif : JKDA002-08 Hystéropexie postérieure [Promontofixation] avec cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper] avec pose d'implant de renfort, par laparotomie						
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

JKDA001	Hystéropexie postérieure [Promontofixation] avec cervicocystopexie directe au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie	0 1 Y	J,K,O,T	366,76	452	1
		0 4 Y	4,7,A	155,89	139	1
Descriptif : JKDA001-07 Hystéropexie postérieure [Promontofixation] avec cervicocystopexie directe au ligament pectinéal [de Cooper] sans pose d'implant de renfort, par laparotomie Descriptif : JKDA001-08 Hystéropexie postérieure [Promontofixation] avec cervicocystopexie directe au ligament pectinéal [de Cooper] avec pose d'implant de renfort, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

08.04.03.11 Pose et ablation de dispositif intra-utérin [D.I.U.] [stérilet]

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JKLD001	0	1			38,40	12	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
JKGD004	0	1			0,00	9	1
JKGD001	0	1		F,P,S,U	62,70	27	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
JKGE001	0	1	Y	9,F,J,K,P,S,T,U	69,20	104	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
JKGC001	0	1	Y	J,K,T	167,20	171	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
JKGA001	0	1	Y	7,A	93,02	67	1
JKGA001	0	1	Y	J,K,T	167,20	162	1
JKGA001	0	4	Y	4,7,A	96,33	67	1
JKKD001	0	1			38,40	20	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

08.04.03.12 Extraction de corps étranger intra-utérin

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JKGE002	0	1	Y		62,70	94	1
À l'exclusion de : ablation d'un dispositif intra-utérin, par hystéroscopie (JKGE001)							
Exérèse de métaplasie ostéoïde de l'utérus, par voie vaginale							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
JKGE002	0	4	Y	7,A	58,65	42	1

08.04.04 Actes thérapeutiques sur le vagin

Avec ou sans : confection et pose de prothèse vaginale
 À l'exclusion de : actes pour modification de la morphologie sexuelle (cf 08.07)

08.04.04.01 Évacuation de collection du vagin

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JLJB001	0	1		F,P,S,U	62,70	27	1
Évacuation de collection de la paroi du vagin ou de la vulve, par voie transvaginale ou transcutanée							
Ponction évacuatrice de collection de la glande vestibulaire majeure [de Bartholin]							
Ponction évacuatrice de kyste paravaginal							
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
JLJA002	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U	62,70	95	1
Évacuation de collection paravaginale, par colpotomie latérale							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
JLJD001	0	1	Y	9,F,J,K,P,S,T,U,X	132,17	120	1
Drainage d'un hématocolpos ou d'un hydrocolpos							
Avec ou sans : plastie de l'hymen							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
JLJD001	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	74,61	50	1

08.04.04.02 Destruction et exérèse de lésion du vagin

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JLND001	0	1	Y		62,70	28	1
Destruction de lésion du vagin, sans laser							
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
JLND002	0	1	Y		62,70	55	1
Destruction de lésion du vagin, avec laser							
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
JLFA002	0	1	Y	9,J,K,T	69,20	52	1
Exérèse de lésion du vagin							
Colpectomie partielle							
Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)							
JLFA004	0	1	Y	I,J,K,O,T	238,05	291	1
Colpectomie subtotale ou totale, par abord vaginal							
À l'exclusion de : colpectomie au cours de cure de prolapsus, d'hystérectomie ou de cloisonnement vaginal, par abord vaginal							
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
JLFA003	0	1	Y	I,J,K,T,X	458,80	381	1
Colpectomie subtotale ou totale, par laparotomie							
À l'exclusion de : colpectomie au cours de cure de prolapsus, d'hystérectomie ou de cloisonnement vaginal, par laparotomie							
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
JLFA003	0	4	Y	4,7,A	126,38	136	1

08.04.04.03 Colposuspension [Suspension du vagin]

Comprend : suspension postérieure du col restant de l'utérus

JLDC015 Suspension du dôme du vagin [Promontofixation du dôme vaginal], par coelioscopie	0 1 Y	J,K,T	310,09	343	1
Descriptif : JLDC015-30 Suspension du dôme du vagin [Promontofixation du dôme vaginal], par coelioscopie, sans assistance par robot	0 4 Y	7,A	141,94	111	1
Descriptif : JLDC015-37 Suspension du dôme du vagin [Promontofixation du dôme vaginal] sans pose d'implant de renfort, par coelioscopie, sans assistance par robot					
Descriptif : JLDC015-38 Suspension du dôme du vagin [Promontofixation du dôme vaginal] avec pose d'implant de renfort, par coelioscopie, sans assistance par robot					
Descriptif : JLDC015-40 Suspension du dôme du vagin [Promontofixation du dôme vaginal], par coelioscopie, avec assistance par robot					
Descriptif : JLDC015-47 Suspension du dôme du vagin [Promontofixation du dôme vaginal] sans pose d'implant de renfort, par coelioscopie, avec assistance par robot					
Descriptif : JLDC015-48 Suspension du dôme du vagin [Promontofixation du dôme vaginal] avec pose d'implant de renfort, par coelioscopie, avec assistance par robot					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JLDA002 Suspension du dôme du vagin [Promontofixation du dôme vaginal], par abord vaginal	0 1 Y	I,J,K,T	270,57	298	1
Descriptif : JLDA002-07 Suspension du dôme du vagin [Promontofixation du dôme vaginal] sans pose d'implant de renfort, par abord vaginal	0 4 Y	7,A	100,78	86	1
Descriptif : JLDA002-08 Suspension du dôme du vagin [Promontofixation du dôme vaginal] avec pose d'implant de renfort, par abord vaginal					
<i>Spinofixation directe ou indirecte selon Richter</i>					
Coder éventuellement 14 : (HHFA032) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JLDA001 Suspension du dôme du vagin [Promontofixation du dôme vaginal], par laparotomie	0 1 Y	J,K,T	281,29	358	1
Descriptif : JLDA001-07 Suspension du dôme du vagin [Promontofixation du dôme vaginal] sans pose d'implant de renfort, par laparotomie	0 4 Y	4,7,A	117,94	107	1
Descriptif : JLDA001-08 Suspension du dôme du vagin [Promontofixation du dôme vaginal] avec pose d'implant de renfort, par laparotomie					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JLDA004 Suspension du dôme du vagin [Promontofixation du dôme vaginal], avec cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie	0 1 Y	J,K,T	364,89	432	1
Descriptif : JLDA004-07 Suspension du dôme du vagin [Promontofixation du dôme vaginal] avec cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], sans pose d'implant de renfort, par laparotomie	0 4 Y	4,7,A	155,89	131	1
Descriptif : JLDA004-08 Suspension du dôme du vagin [Promontofixation du dôme vaginal] avec cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], avec pose d'implant de renfort, par laparotomie					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JLDA003 Suspension du dôme du vagin [Promontofixation du dôme vaginal], avec cervicocystopexie directe par bandelette infra-urétrale, par laparotomie	0 1 Y	J,K,T	364,89	462	1
Descriptif : JLDA003-07 Suspension du dôme du vagin [Promontofixation du dôme vaginal] avec cervicocystopexie directe par bandelette infra-urétrale, sans pose d'implant de renfort, par laparotomie	0 4 Y	4,7,A	155,89	141	1
Descriptif : JLDA003-08 Suspension du dôme du vagin [Promontofixation du dôme vaginal] avec cervicocystopexie directe par bandelette infra-urétrale, avec pose d'implant de renfort, par laparotomie					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
08.04.04.04 Colpopérinéorraphie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JLCA004 Colpopérinéorraphie postérieure	0 1 Y	J,K,O,T,X	164,70	204	1
Descriptif : JLCA004-07 Colpopérinéorraphie postérieure sans pose d'implant de renfort	0 4 Y	7,A	87,97	82	1
Descriptif : JLCA004-08 Colpopérinéorraphie postérieure avec pose d'implant de renfort					
<i>Cure de rectocèle</i>					
<i>Colpopérinéorraphie postérieure avec myorraphie des muscles releveurs de l'an</i>					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JLCA009 Colpopérinéorraphie postérieure, avec résection d'élytrocèle par abord vaginal	0 1 Y	J,K,O,T	202,06	271	1
Descriptif : JLCA009-07 Colpopérinéorraphie postérieure sans pose d'implant de renfort, avec résection d'élytrocèle par abord vaginal	0 4 Y	7,A	117,64	104	1
Descriptif : JLCA009-08 Colpopérinéorraphie postérieure avec pose d'implant de renfort, avec résection d'élytrocèle par abord vaginal					
Coder éventuellement 14 : (HHFA032) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JLCA002 Colpopérinéorraphie postérieure, avec réfection du muscle sphincter externe de l'an	0 1 Y	J,K,T	250,80	278	1
Descriptif : JLCA002-07 Colpopérinéorraphie postérieure sans pose d'implant de renfort, avec réfection du muscle sphincter externe de l'an	0 4 Y	7,A	115,65	106	1
Descriptif : JLCA002-08 Colpopérinéorraphie postérieure avec pose d'implant de renfort, avec réfection du muscle sphincter externe de l'an					
<i>Réparation de déchirure périnéale complexe ancienne, avec lésion du sphincter de l'an</i>					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

JLCA001	Colpopérinéorrhaphie postérieure, avec réfection du canal et du muscle sphincter externe de l'anus	0 1 Y	J,K,O,T	264,34	351	1
		0 4 Y	7,A	129,58	131	1
Descriptif : JLCA001-07 Colpopérinéorrhaphie postérieure sans pose d'implant de renfort, avec réfection du canal et du muscle sphincter externe de l'anus Descriptif : JLCA001-08 Colpopérinéorrhaphie postérieure avec pose d'implant de renfort, avec réfection du canal et du muscle sphincter externe de l'anus <i>Réparation de déchirure périnéale complexe ancienne, avec lésion du canal et du sphincter de l'anus [2ème temps de l'opération selon Musset]</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JLCA007	Colpopérinéorrhaphie antérieure	0 1 Y	I,J,K,T	184,76	238	1
		0 4 Y	7,A	96,04	93	1
Descriptif : JLCA007-07 Colpopérinéorrhaphie antérieure sans pose d'implant de renfort Descriptif : JLCA007-08 Colpopérinéorrhaphie antérieure avec pose d'implant de renfort <i>Cure de cystocèle</i> <i>Colpopérinéorrhaphie antérieure avec suture du fascia pelvien [de Halban]</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JLCA005	Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure	0 1 Y	9,J,K,O,T	229,74	335	1
		0 4 Y	7,A	118,37	111	1
Descriptif : JLCA005-07 Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure sans pose d'implant de renfort Descriptif : JLCA005-08 Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure avec pose d'implant de renfort Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JLCA003	Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure avec trachélectomie	0 1 Y	9,J,K,T	274,03	388	1
		0 4 Y	7,A	114,37	130	1
Descriptif : JLCA003-07 Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure sans pose d'implant de renfort, avec trachélectomie Descriptif : JLCA003-08 Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure avec pose d'implant de renfort, avec trachélectomie <i>Triple opération périnéale de Manchester</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
08.04.04.05 Correction des malformations congénitales du vagin						
JLFD001	Hyménectomie ou hyménotomie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,X	65,05	117	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JLPA001	Incisions radiées de diaphragme du vagin	0 1	9,J,K,T	84,42	139	1
		0 4	7,A	49,85	40	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JLFA001	Excision de diaphragme du vagin	0 1	I,J,K,T	141,86	201	1
		0 4	7,A	67,08	64	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JLFD002	Résection de cloison longitudinale du vagin	0 1 Y	9,J,K,T	83,73	142	1
		0 4 Y	7,A	57,55	41	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JLMC001	Création d'un néovagin par pose de dispositif de traction progressive, par coelioscopie	0 1 Y	9,J,K,T	183,38	263	1
		0 4 Y	7,A	119,68	77	1
Opération selon Vecchiatti par coelioscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JLMA005	Création d'un néovagin par pose de dispositif de traction progressive, par laparotomie	0 1 Y	J,K,T	167,20	231	1
		0 4 Y	4,7,A	98,89	63	1
Opération selon Vecchiatti Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JLMA002	Création d'un néovagin par clivage intervésicorectal, par abord périnéal	0 1 Y	9,J,K,T,X	346,00	359	1
		0 4 Y	7,A	136,72	181	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JLMA003	Création d'un néovagin par clivage intervésicorectal, par coelioscopie et par abord périnéal	0 1 Y	J,K,T	232,45	386	1
		0 4 Y	7,A	163,59	184	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JLMA001	Création d'un néovagin par clivage intervésicorectal, par laparotomie et par abord périnéal	0 1 Y	J,K,T	216,32	368	1
		0 4 Y	4,7,A	152,41	184	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JLMA004	Création d'un néovagin par transplantation intestinale, par laparotomie	0 1 Y	J,K,T	455,97	661	1
		0 4 Y	4,7,A	220,17	294	1
Entérocolpoplastie Colocolpoplastie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JLCA006	Anastomose utérovaginale ou vaginovaginale, pour malformation utérovaginale	0 1 Y	9,J,K,T	259,50	344	1
		0 4 Y	7,A	148,75	173	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
08.04.04.06 Plastie du vagin						
JLCA008	Suture de plaie du vagin	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	69,20	100	1
À l'exclusion de : suture immédiate de déchirure obstétricale du vagin (JMCA002) Avec ou sans : suture de plaie de la vulve Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JLSD001	Fermeture du vagin	0 1 Y	I,J,K,T,X	183,38	212	1
		0 4 Y	7,A	82,48	69	1
Colpocléisis Cloisonnement vulvovaginal Opération selon Lefort, selon Conill - Serra Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JLMD001	Réparation de l'hymen	0 1 Y	I	73,35	52	1
		0 4 Y	7,A	63,05	35	1
Hyménorrhaphie Hyménoplastie Indication : acte thérapeutique Facturation : les actes réalisés pour convenance personnelle ne peuvent pas être facturés Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
08.04.04.07 Autres actes thérapeutiques sur le vagin						
Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex						

ZCGA760	Ablation totale d'implant de renfort [mesh implant] pour organes pelviens par abord vaginal	0 1 Y	F,J,K,O,S,T,U	374	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	7,A,F,O,S,U	0	1
ZCGA433	Ablation totale d'implant de renfort [mesh implant] pour organes pelviens par laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,S,T,U	503	1
	<i>Avec ou sans voie vaginale</i>	0 4	7,A,F,O,S,U	0	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				

08.05 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE PÉRINÉE MASCULIN ET FÉMININ

À l'exclusion de : destruction de lésion du gland et/ou du prépuce du pénis (JHNP001)

JZNP002	Destruction de moins de 10 lésions périnéales	0 1	X	34,89	26	1
	<i>Destruction de moins de 10 lésions des organes génitaux externes féminins ou masculins, du raphé anogénital, de la région périnéale</i>					
JZNP001	Destruction de 10 à 50 lésions périnéales	0 1	9	50,55	35	1
	<i>Destruction de 10 à 50 lésions des organes génitaux externes féminins ou masculins, du raphé anogénital, de la région périnéale</i>					
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
JZNP003	Destruction de 51 lésions périnéales ou plus, ou de lésion périnéale de plus de 30 cm²	0 1	O,X	72,62	77	1
	<i>Destruction de plus de 50 lésions des organes génitaux externes féminins ou masculins, du raphé anogénital, de la région périnéale</i>					
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
QBFA014	Excision d'une fasciite nécrosante périnéofessière	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	228,30	97	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	83,94	82	1

08.06 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'ESPACE RÉTROPÉRITONÉAL ET L'ESPACE PELVIEN

08.06.01 Actes thérapeutiques sur l'espace rétropéritonéal

08.06.01.01 Évacuation de collection péirénale

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JFJC001	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	332,52	50	1
	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	113,26	119	1
JFJA001	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	289,27	20	1
	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	108,13	109	1

08.06.01.02 Exérèse de lésion de l'espace rétropéritonéal

Avec ou sans : curage lymphonodal lomboartique

À l'exclusion de : exérèse

- des vaisseaux et noeuds lymphatiques (cf 05.02.02.04)

- de lésion de l'appareil urinaire (cf 08.02)

- de la glande surrénale (cf 10.02.05)

JFFA006	Exérèse de lésion de l'espace rétropéritonéal sans dissection des gros vaisseaux, par thoraco-phréno-laparotomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	1008,9	793	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,P,S,U	318,63	247	1
JFFC002	Exérèse de lésion de l'espace rétropéritonéal, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	0 1 Y	I,J,K,O,T	729,56	676	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	248,69	226	1
JFFA010	Exérèse de lésion de l'espace rétropéritonéal sans dissection des gros vaisseaux, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	649,44	656	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,O,P,S,U	229,27	197	1
JFFA021	Exérèse de lésion de l'espace rétropéritonéal avec dissection des gros vaisseaux, par abord direct	0 1 Y	I,J,K,O,T	713,25	662	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	229,27	197	1

08.06.02 Actes thérapeutiques sur l'espace pelvien

08.06.02.01 Exérèse de lésion endométriosique profonde de l'espace pelvien

À l'exclusion de : exérèse de lésion endométriosique avec résection de segment viscéral : d'uretère, d'intestin... ; coder uniquement l'acte d'exérèse.

JFFC001	Exérèse de lésion endométriosique de la cloison rectovaginale, par coelioscopie	0 1 Y	9,J,K,O,T	236,66	374	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	124,37	104	1
JFFA012	Exérèse de lésion endométriosique de la cloison rectovaginale, par abord vaginal	0 1 Y	9,I,J,K,T	280,95	318	1
	Coder éventuellement 14 : (HHFA032, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	115,39	94	1
JFFA014	Exérèse de lésion endométriosique de la cloison rectovaginale, par laparotomie	0 1 Y	9,I,J,K,T	280,95	385	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	100,00	116	1

08.06.02.02 Exérèse d'autre lésion de l'espace pelvien

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JFFA007	0	1	Y	9,I,J,K,T	370,81	406	1
	0	4	Y	4,7,A	133,68	148	1
JFFA020	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	361,59	291	1
	0	4	Y	A,F,P,S,U	314,50	188	1
JFFA017	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	507,64	390	1
	0	4	Y	A,F,P,S,U	346,76	230	1
JFFA015	0	1	Y	9,F,J,K,P,S,T,U,X	633,85	616	1
	0	4	Y	4,A,F,P,S,U	393,50	278	1

08.06.02.03 Pelvectomie

La pelvectomie postérieure sans rétablissement de la continuité inclut l'abouchement de l'extrémité du tube digestif à la peau [stomie cutanée].

La pelvectomie postérieure avec rétablissement de la continuité inclut l'anastomose des deux segments du tube digestif, quelles qu'en soient les modalités.

La pelvectomie totale inclut l'abouchement de l'extrémité du tube digestif à la peau [stomie cutanée].

Coder éventuellement : curage lymphonodal abdominal (cf 05.02.02.04)

JFFA018	Pelvectomie antérieure, par laparotomie	0 1 Y	I,J,K,T	813,93	829	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	361,49	320	1

JFFA001	Pelvectomie antérieure avec urétérostomie cutanée, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,I,J,K,T 4,7,A	1039,3 386,79	913 359	1 1
JFFA003	Pelvectomie antérieure avec urétérostomie cutanée transintestinale par anse non détubulée, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,I,J,K,T 4,7,A	1215,9 426,73	996 389	1 1
JFFA016	Pelvectomie antérieure avec urétérostomie cutanée transintestinale par anse détubulée continente, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T,X 4,7,A	1382,5 459,28	128 490	1 1
JFFA009	Pelvectomie antérieure avec anastomose urétérocolique directe, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 4,7,A	960,88 403,60	973 380	1 1
JFFA019	Pelvectomie antérieure avec anastomose urétérocolique et confection d'un réservoir détubulé rectosigmoïdien ou iléo-recto-sigmoïdien, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 4,7,A	1178,7 451,58	121 467	1 1
JFFA022	Pelvectomie antérieure avec entérocystoplastie de remplacement [néovessie] orthotopique par anse détubulée, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,I,J,K,T 4,7,A	1603,0 510,33	126 485	1 1
JFFA005	Pelvectomie postérieure sans rétablissement de la continuité digestive, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T 4,7,A	835,91 384,93	779 260	1 1
JFFA004	Pelvectomie postérieure sans rétablissement de la continuité digestive, par laparotomie et par abord périnéal Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T 4,7,A	860,73 384,93	779 260	1 1
JFFA002	Pelvectomie postérieure avec rétablissement de la continuité digestive, par laparotomie Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	J,K,O,T 4,7,A	860,73 426,73	779 266	1 1
JFFA008	Pelvectomie totale avec urétérostomie cutanée, par laparotomie et par abord périnéal Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,I,J,K,T 4,7,A	1257,7 449,06	114 391	1 1
JFFA011	Pelvectomie totale avec urétérostomie cutanée transintestinale par anse non détubulée, par laparotomie et par abord périnéal Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,I,J,K,T 4,7,A	1495,9 495,98	134 461	1 1
JFFA013	Pelvectomie totale avec urétérostomie cutanée transintestinale par anse détubulée continente, par laparotomie et par abord périnéal Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T,X 4,7,A	1559,8 504,04	138 473	1 1

08.07 MODIFICATION DE LA MORPHOLOGIE SEXUELLE

08.07.01 Correction des ambiguïtés sexuelles

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JMMA001	Vestibuloplastie avec enfouissement ou résection du clitoris, pour féminisation Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		9,J,K,T,X A	348,12 143,72	408 137	1 1
JZMA003	Urétroplastie et vestibuloplastie avec enfouissement ou réduction du clitoris, pour féminisation Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		9,J,K,T A	429,65 236,26	454 208	1 1
JZMA002	Urétroplastie, vaginoplastie et vestibuloplastie avec enfouissement ou réduction du clitoris, pour féminisation Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		9,I,J,K,T A	548,06 257,16	537 244	1 1
JMEA002	Lambeau neurovasculaire pédiculé du clitoris Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		I,J,K,T 7,A	175,12 72,96	200 140	1 1
JMEA001	Transposition du clitoris Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		I,J,K,T 7,A	462,98 132,16	200 120	1 1
JMMA004	Clitoridoplastie de réduction Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y		J,K,O,T,X A	248,86 103,02	241 86	1 1

08.07.02 Opérations pour transsexualisme

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JZMA001	Plastie des organes génitaux externes pour transsexualisme masculin <i>Phase 1 : amputation des corps érectiles périnéopénis avec lambeau neuromusculaire pédiculé de gland, orchidectomie bilatérale, création d'un néovagin et d'une néovulve, et urétérostomie périnéale</i> <i>Phase 2 : plastie antérieure de la vulve avec plastie de la bride commissurale postérieure de la vulve</i> <i>Indication : le diagnostic de transsexuel doit avoir été fait par une équipe multidisciplinaire, après une période d'observation du patient pendant plusieurs années, au minimum deux ans à ce jour. Il est recommandé que les indications soient décidées par un comité national, avec mise en place d'un suivi pour le résultat à long terme de cette chirurgie.</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : centres habilités et contrôlés</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001)	1 1 Y 1 4 Y 2 1 Y 2 4 Y			0,00 0,00 0,00 0,00	535 272 187 85	1 1 1 1
JHLA001	Armature d'un néopénis <i>Indication : le diagnostic de transsexuel doit avoir été fait par une équipe multidisciplinaire, après une période d'observation du patient pendant plusieurs années, au minimum deux ans à ce jour. Il est recommandé que les indications soient décidées par un comité national, avec mise en place d'un suivi pour le résultat à long terme de cette chirurgie.</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : centres habilités et contrôlés</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 1 Y 0 4 Y			0,00 0,00	214 125	1 1

JHMA007 Phalloplastie par lambeau cutané libre	0 1 Y		0,00	180	1
<i>Indication : le diagnostic de transsexuel doit avoir été fait par une équipe multidisciplinaire, après une période d'observation du patient pendant plusieurs années, au minimum deux ans à ce jour. Il est recommandé que les indications soient décidées par un comité national, avec mise en place d'un suivi pour le résultat à long terme de cette chirurgie.</i>	0 4 Y	7,A	0,00	100	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>					
<i>Environnement : centres habilités et contrôlés</i>					
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>					
Coder éventuellement 4 : (GELE001)					

JHMA004 Phalloplastie par lambeau cutané tubulé pénien	0 1 Y		0,00	180	1
<i>Indication : le diagnostic de transsexuel doit avoir été fait par une équipe multidisciplinaire, après une période d'observation du patient pendant plusieurs années, au minimum deux ans à ce jour. Il est recommandé que les indications soient décidées par un comité national, avec mise en place d'un suivi pour le résultat à long terme de cette chirurgie.</i>	0 4 Y	7,A	0,00	150	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>					
<i>Environnement : centres habilités et contrôlés</i>					
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>					
Coder éventuellement 4 : (GELE001)					

JHMA008 Phalloplastie par lambeau inguinal pédiculé	0 1 Y		0,00	430	1
<i>Indication : le diagnostic de transsexuel doit avoir été fait par une équipe multidisciplinaire, après une période d'observation du patient pendant plusieurs années, au minimum deux ans à ce jour. Il est recommandé que les indications soient décidées par un comité national, avec mise en place d'un suivi pour le résultat à long terme de cette chirurgie.</i>	0 4 Y	7,A	0,00	238	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>					
<i>Environnement : centres habilités et contrôlés</i>					
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>					
Coder éventuellement 4 : (GELE001)					

08.08 ÉPURATION EXTRARÉNALE

À l'exclusion de : épuration extrarénale par

- autodialyse

- hémodialyse à domicile

Facturation : La réalisation de dialyse en unité de dialyse médicalisée ne peut pas être facturée par les actes épuration extra rénale pour insuffisance rénale chronique du sous-chapitre 08.08

JVRP004 Séance d'entraînement à l'hémodialyse	0 1 Y		48,74	74	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec séance d'épuration extrarénale pour insuffisance rénale chronique</i>					
JVRP008 Séance d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire	0 1 Y		48,74	70	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec séance d'épuration extrarénale pour insuffisance rénale chronique</i>					
JVRP007 Séance d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée	0 1 Y		48,74	70	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec séance d'épuration extrarénale pour insuffisance rénale chronique</i>					
JVJF003 Séance d'épuration extrarénale par hémoperfusion	0 1 Y	F,I,P,S,U	131,34	128	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec séance d'entraînement à l'hémodialyse ou à la dialyse péritonéale</i>					
JVJF004 Séance d'épuration extrarénale par hémodialyse pour insuffisance rénale chronique	0 1 Y	F,P,S,U	38,35	37	1
<i>Environnement : médecin présent en permanence</i>					
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec séance d'entraînement à l'hémodialyse ou à la dialyse péritonéale</i>					
JVJF008 Séance d'épuration extrarénale par hémofiltration, hémofiltration ou biofiltration sans acétate pour insuffisance rénale chronique	0 1 Y	F,P,S,U	40,77	39	1
<i>Environnement : médecin présent en permanence</i>					
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec séance d'entraînement à l'hémodialyse ou à la dialyse péritonéale</i>					
JVJB001 Séance d'épuration extrarénale par dialyse péritonéale pour insuffisance rénale chronique	0 1 Y	F,P,S,U	43,83	72	1
<i>Environnement : médecin présent en permanence</i>					
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec séance d'entraînement à l'hémodialyse ou à la dialyse péritonéale</i>					
JVJF002 Épuration extrarénale par hémodialyse, hémofiltration ou hémofiltration discontinue pour insuffisance rénale aiguë, par 24 heures	0 1 Y	F,P,S,U	192,00	100	1
<i>À l'exclusion de : épuration extrarénale par hémodialyse ou hémofiltration discontinue pour insuffisance rénale aiguë chez le nouveau-né, par 24 heures (JVJF006)</i>					
JVJF006 Épuration extrarénale par hémodialyse ou hémofiltration discontinue pour insuffisance rénale aiguë chez le nouveau-né, par 24 heures	0 1 Y	F,P,S,U	194,27	262	1
JVJF005 Épuration extrarénale par hémodialyse, hémofiltration ou hémofiltration continue pour insuffisance rénale aiguë, par 24 heures	0 1 Y	F,P,S,U	192,00	128	1
<i>À l'exclusion de : épuration extrarénale par hémodialyse ou hémofiltration continue pour insuffisance rénale aiguë chez le nouveau-né, par 24 heures (JVJF007)</i>					
JVJF007 Épuration extrarénale par hémodialyse ou hémofiltration continue pour insuffisance rénale aiguë chez le nouveau-né, par 24 heures	0 1 Y	F,P,S,U	209,67	309	1
JVJB002 Épuration extrarénale par dialyse péritonéale pour insuffisance rénale aiguë, par 24 heures	0 1 Y	F,P,S,U	113,03	112	1

09 ACTES CONCERNANT LA PROCRÉATION, LA GROSSESSE ET LE NOUVEAU-NÉ

09.01 ACTES DIAGNOSTIQUES CHEZ LA MÈRE ET LE FOETUS

09.01.01 Explorations électrophysiologiques du fœtus

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JQQP001 Enregistrement du rythme cardiaque du fœtus d'une durée de plus de 20 minutes, en dehors du travail	0	1			0,00	27	2

Avec ou sans : épreuve pharmacodynamique

09.01.02 Échographie de l'utérus gravide

A l'exclusion de : échographie et/ou échographie-doppler de contrôle ou surveillance de pathologie (chapitre 19)

Facturation : les actes d'échographie de grossesse peuvent être facturés une fois par trimestre ; un examen de complément de l'échographie de grossesse du 2ème ou 3ème trimestre par un médecin autre que celui ayant effectué le 1er examen peut être demandé en cas sur signes d'appel échographiques, en cas de suspicion de pathologie fœtale sévère

ZCQM007 Échographie du petit bassin [pelvis] féminin pour surveillance de l'ovulation	0	1			37,80	29	2
--	---	---	--	--	-------	----	---

Indication : quand l'acte est réalisé par une sage-femme, la prescription d'un médecin est nécessaire

Facturation : 3 actes d'échographie maximum par cycle

ZCQM009 Échographie-doppler du petit bassin [pelvis] féminin pour surveillance de l'ovulation	0	1			42,25	35	2
--	---	---	--	--	-------	----	---

Indication : quand l'acte est réalisé par une sage-femme, la prescription d'un médecin est nécessaire

Facturation : 3 actes d'échographie maximum par cycle

JNQM001 Échographie non morphologique de la grossesse avant 11 semaines d'aménorrhée	0	1		F,P,S,U	35,65	32	2
---	---	---	--	---------	-------	----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY187)

JQQM010 Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse uniembryonnaire au 1er trimestre	0	1		O,X	61,47	38	2
--	---	---	--	-----	-------	----	---

JQQM015 Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multiembryonnaire au 1er trimestre	0	1		I	71,57	60	2
--	---	---	--	---	-------	----	---

JQQM018 Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifoetale au 2ème trimestre	0	1		X	100,20	63	2
--	---	---	--	---	--------	----	---

À l'exclusion de : échographie d'une grossesse unifoetale à partir du 2ème trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance fœtale (JQQM002)

Avec ou sans :

échographie-doppler des artères utérines de la mère

échographie-doppler des vaisseaux du cordon ombilical

Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)

JQQM016 Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifoetale au 3ème trimestre	0	1		I,X	100,20	52	2
--	---	---	--	-----	--------	----	---

À l'exclusion de : échographie d'une grossesse unifoetale à partir du 2ème trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance fœtale (JQQM002)

Avec ou sans :

échographie-doppler des artères utérines de la mère

échographie-doppler des vaisseaux du cordon ombilical

Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)

JQQM019 Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multifoetale au 2ème trimestre	0	1		I	154,09	92	2
--	---	---	--	---	--------	----	---

À l'exclusion de : échographie d'une grossesse multifoetale à partir du 2ème trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance fœtale (JQQM007)

Avec ou sans :

échographie-doppler des artères utérines de la mère

échographie-doppler des vaisseaux du cordon ombilical

Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)

JQQM017 Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multifoetale au 3ème trimestre	0	1		9,X	154,09	86	2
--	---	---	--	-----	--------	----	---

À l'exclusion de : échographie d'une grossesse multifoetale à partir du 2ème trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance fœtale (JQQM007)

Avec ou sans :

échographie-doppler des artères utérines de la mère

échographie-doppler des vaisseaux du cordon ombilical

Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)

JQQM002 Échographie d'une grossesse unifoetale à partir du 2ème trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance fœtale	0	1		F,P,S,U	92,19	92	2
---	---	---	--	---------	-------	----	---

Indication : quand l'acte est réalisé par une sage-femme, la prescription d'un médecin est nécessaire

Coder éventuellement 1 : (YYYY187)

JQQM007 Échographie d'une grossesse multifoetale à partir du 2ème trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux des fœtus, pour souffrance fœtale	0	1		F,P,S,U	133,81	105	2
--	---	---	--	---------	--------	-----	---

Indication : quand l'acte est réalisé par une sage-femme, la prescription d'un médecin est nécessaire

Coder éventuellement 1 : (YYYY187)

JQQM001 Échographie de surveillance de la croissance fœtale	0	1			46,15	35	2
--	---	---	--	--	-------	----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY187)

JQQM003 Échographie de surveillance de la croissance fœtale avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus	0	1			75,60	49	2
---	---	---	--	--	-------	----	---

Coder éventuellement 1 : (EZQJ900)

JQQM008 Échographie et hémodynamique doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques du fœtus	0	1			137,02	44	2
--	---	---	--	--	--------	----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY187)

JQQJ037 Mesure de la longueur du canal cervical du col de l'utérus, par échographie par voie vaginale	0	1		F,P,S,U	33,44	17	1
--	---	---	--	---------	-------	----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY187)

09.01.03 Radiographie du bassin au cours de la grossesse

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ZCQK001 Pelvimétrie par radiographie	0	1		F,P,S,U,Y,Z	46,55	35	2

Coder éventuellement 1 : (YYYY030)

JNQK001 Radiographie du contenu de l'utérus gravide [contenu utérin]	0	1		Y,Z	21,28	25	2
---	---	---	--	-----	-------	----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY030)

09.01.04 Scanographie du bassin au cours de la grossesse

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
--	----	---	----	--------------	-------	-----	----

ZCQK003	Pelvimétrie par scanographie	0 1		Y,Z	25,27	53 2
Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZQP004)						
09.01.05 Endoscopie de l'utérus gravide						
JPQE001	Amnioscopie	0 1		modificateur	Tarif 0,00	ICR Ex 18 2
09.01.06 Ponction, biopsie et prélèvement sur le fœtus et l'utérus gravide						
JPHJ002	Amniocentèse sur un sac amniotique unique, avec guidage échographique	0 1		modificateur	Tarif 68,58	ICR Ex 32 1
Forfait : liste SE3						
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
JPHJ001	Amniocentèse sur plusieurs sacs amniotiques, avec guidage échographique	0 1			68,58	49 1
Forfait : liste SE3						
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
JPHB001	Choriocentèse ou placentocentèse	0 1		9	37,05	39 1
Activité 1 : guidage échographique						
Activité 2 : choriocentèse ou placentocentèse						
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
JPHB002	Biopsie du trophoblaste	0 1		9	35,36	31 1
Activité 1 : guidage échographique						
Activité 2 : biopsie du trophoblaste						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JQHB002	Ponction ou biopsie d'un organe fœtal	0 1		X	114,51	64 1
Activité 1 : guidage échographique						
Activité 2 : biopsie ou ponction d'un organe fœtal						
Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale						
Environnement : spécifique ; proximité d'un bloc obstétrical avec réanimation néonatale						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
JQHF002	Prélèvement de sang d'un fœtus, par ponction du cordon ombilical [Cordocentèse]	0 1		X	105,25	60 1
Activité 1 : guidage échographique						
Activité 2 : cordocentèse sur un fœtus						
Activité 3 : assistance hématologique						
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
JQHF001	Prélèvement de sang de plusieurs fœtus, par ponction du cordon ombilical [Cordocentèses]	0 1			41,58	130 1
Activité 1 : guidage échographique						
Activité 2 : cordocentèse sur plusieurs fœtus						
Activité 3 : assistance hématologique						
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						

09.01.07 Examen anatomopathologique de l'embryon, du fœtus et du placenta

Par structure anatomique, on entend : élément du corps humain, unitissulaire ou pluritissulaire, topographiquement délimité, constituant un ensemble organisé destiné à remplir un rôle déterminé ou une fonction. Il peut s'agir par exemple :

- d'un organe : estomac, peau, muscle,
- d'une entité concourant à une finalité caractéristique : méninge, séreuse,
- d'une région anatomique : médiastin, région rétropéritonéale

L'examen anatomopathologique, inclut : l'examen macroscopique et microscopique de pièce d'exérèse

L'examen anatomopathologique d'un organe inclut : l'examen du feuillet viscéral de son éventuelle séreuse

L'examen anatomopathologique de placenta ou de produit d'avortement inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalaun ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans : - coloration spéciale

- coupes sériées
- empreinte par apposition cellulaire
- écrasis cellulaire

L'autopsie médicale inclut : l'éviscération, l'examen macroscopique, l'examen microscopique des prélèvements.

JPQX007	Examen anatomopathologique d'un placenta complet avec cordon et membranes	0 1			52,50	74 5
JPQX019	Examen anatomopathologique de plusieurs placentas complets avec cordons et membranes	0 1			65,73	130 5
JQXX109	Examen anatomopathologique de produit d'avortement avant la 14e semaine d'aménorrhée	0 1			33,60	23 5
JQXX005	Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de 4 jours de vie, sans examen de l'encéphale	0 1			61,60	383 5
Avec ou sans : examen radiographique						
JQXX003	Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de 4 jours de vie, avec examen de l'encéphale	0 1			61,60	441 5
Avec ou sans : examen radiographique						
JQXX002	Autopsie médicale de 2 fœtus	0 1			123,20	765 5
Avec ou sans : examen radiographique						
JQXX004	Autopsie médicale de 3 fœtus ou plus	0 1			184,80	765 5
Avec ou sans : examen radiographique						

09.02 ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Facturation :

Le prélèvement de gamètes ne peut pas être réalisé chez la femme au-delà de son 43ème et chez l'homme au-delà de son 60ème anniversaire ;

Indications de prélèvement de gamètes en vue d'une autoconservation :

- Toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité ou dont la fertilité risque d'être prématurément altérée (dans le respect des conditions prévues par la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique).

- la femme à compter de son 29ème anniversaire et jusqu'à son 37ème anniversaire pour une procréation ultérieure ;

- l'homme à compter de son 29ème anniversaire et jusqu'à son 45ème anniversaire pour une procréation ultérieure.

L'insémination artificielle ainsi que le transfert d'embryons peuvent être réalisés chez la femme jusqu'à son 45ème anniversaire

Une seule insémination artificielle par cycle peut être facturée avec un maximum de 6 pour l'obtention d'une grossesse ;

4 tentatives de fécondation in vitro avec ou sans micromanipulations peuvent être facturées pour l'obtention d'une grossesse ; on appelle tentative, toute ponction

ovocytaire suivie de transfert embryonnaire

Pour les actes d'assistance à la procréation une demande d'entente préalable globale doit être déposée avant le début du traitement avec mention de la technique utilisée ; si cette technique change le contrôle médical doit être informé ; l'absence de réponse dans les 15 jours vaut accord ; le biologiste et l'échographiste sont informés de la date de dépôt de l'entente préalable.

JKHD002	Prélèvement et examen de la glaire cervicale, sans examen de la mobilité des spermatozoïdes	0 1		I,X	14,53	10 1
JKHD003	Prélèvement et examen de la glaire cervicale, avec examen de la mobilité des spermatozoïdes [Test postcoïtal de Huhner]	0 1			0,00	15 1
JJFJ001	Prélèvement d'ovocytes sur un ou deux ovaires, par voie transvaginale avec guidage échographique <i>Facturation : le tarif prend en compte le guidage échographique</i>	0 1 Y 0 4 Y		F,I 7,A,F	97,67 60,11	81 1 35 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
JJFC011	Prélèvement d'ovocytes sur un ou deux ovaires, par coelioscopie <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001)</i>	0 1 Y 0 4 Y			0,00 0,00	99 1 60 1
JHFB001	Prélèvement de spermatozoïdes au niveau du testicule, de l'épididyme ou du conduit déférent, par voie transcutanée <i>Prélèvement de sperme, par ponction transcutanée du testicule</i> <i>Facturation : une seule fois au cours de l'intervention</i> <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 0 4		O 7,A	79,58 54,98	81 1 45 1
JSLD002	Insémination artificielle intracervicale <i>Avec ou sans : examen de la glaire cervicale</i>	0 1			38,40	23 1
JSLD001	Insémination artificielle intra-utérine <i>Avec ou sans : examen de la glaire cervicale</i>	0 1			38,40	23 1
JSEC001	Transfert intratubaire d'embryon, par coelioscopie <i>Indication : transfert intra-utérin par voie vaginale impossible du fait d'un col utérin infranchissable, chez les femmes ayant au moins une trompe saine</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique ; cet acte doit être réalisé dans le cadre légal régissant les actes d'assistance médicale à la procréation - loi n° 94-654 du 29 juillet 1994, arrêté du 12 janvier 1999, arrêté du 10 mai 2001-</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 0 4		O,X 7,A	153,62 72,22	99 1 60 1
JSED001	Transfert intra-utérin d'embryon, par voie vaginale <i>Indication : acte de référence pour réaliser le transfert d'embryon</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique ; cet acte doit être réalisé dans le cadre légal régissant les actes d'assistance médicale à la procréation - loi n° 94-654 du 29 juillet 1994, arrêté du 12 janvier 1999, arrêté du 10 mai 2001-</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> <i>Forfait : liste SE2</i> <i>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</i>	0 1 0 4		7,A	52,25 0,00	0 1 0 1

09.03 ACTES LIÉS À LA GROSSESSE, CHEZ LA MÈRE

09.03.01 Actes liés à une grossesse se terminant par un avortement

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JNMD001	Révision de la cavité de l'utérus après avortement <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,P,S,T,U A,F,P,S,U	57,60 49,12	21 1 19 1	
JNJP001	Évacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux, au 1er trimestre de la grossesse <i>Avec ou sans : révision de la cavité de l'utérus</i> <i>Facturation : interruption thérapeutique de grossesse ; la tarification des interruptions volontaires de grossesse relève de l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse</i>	0 1			57,60	36 1	
JNJD002	Évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1er trimestre de la grossesse <i>Facturation : interruption thérapeutique de grossesse ; la tarification des interruptions volontaires de grossesse relève de l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse</i> <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 Y 0 4 Y		F,P,S,U A,F,P,S,U	57,60 53,15	37 1 24 1	
JNJD001	Évacuation d'un utérus gravide, au 2ème trimestre de la grossesse avant la 22ème semaine d'aménorrhée <i>Interruption thérapeutique de grossesse</i> <i>Évacuation utérine pour rétention de fœtus mort, pour fausse-couche spontanée</i> <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 Y 0 4 Y		F,J,K,P,S,T,U,X A,F,P,S,U	100,34 72,57	51 1 33 1	
JQGD014	Extraction sélective de fœtus au cours d'une grossesse multiple <i>Réduction embryonnaire, avec guidage échographique</i> <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 Y 0 4 Y			125,18 91,27	60 1 51 1	
JJLJ001	Injection intraovulaire d'agent pharmacologique pour grossesse extra-utérine, par voie transvaginale avec guidage échographique <i>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</i>	0 1		F,P,S,U,X	70,58	55 1	
JJJC002	Expression tubaire pour évacuation tuboabdominale de grossesse extra-utérine, par coelioscopie <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 0 4		F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	209,00 126,37	246 1 63 1	
JJJA002	Expression tubaire pour évacuation tuboabdominale de grossesse extra-utérine, par laparotomie <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 0 4		F,J,K,O,P,S,T,U 4,A,F,O,P,S,U	209,00 125,27	186 1 63 1	
JJPC001	Salpingotomie avec aspiration de grossesse extra-utérine, par coelioscopie <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 0 4		F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	209,00 174,75	291 1 91 1	
JJPA001	Salpingotomie avec aspiration de grossesse extra-utérine, par laparotomie <i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 0 4		F,J,K,O,P,S,T,U 4,A,F,O,P,S,U	209,00 134,80	230 1 77 1	
JJFC001	Salpingectomie partielle ou totale pour grossesse extra-utérine, par coelioscopie <i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 0 4		F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	209,00 160,46	260 1 81 1	
JJFA001	Salpingectomie partielle ou totale pour grossesse extra-utérine, par laparotomie <i>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 1 0 4		F,J,K,O,P,S,T,U 4,7,A,F,O,P,S,U	209,00 125,27	234 1 71 1	

JQGA001	Extraction de grossesse extra-utérine abdominale au delà de 13 semaines d'aménorrhée, par laparotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	229,74	344	1
		0 4 Y	A,F,O,P,S,U	104,50	111	1
À l'exclusion de : exérèse d'un organe abdominal pour grossesse extra-utérine abdominale ; coder uniquement l'acte d'exérèse. Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

09.03.02 Actes obstétricaux pendant la période prénatale

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JQEP001	0	1		F,I,P,S,U,X	55,36	32	1
Version du fœtus par manoeuvres obstétricales externes au cours de la grossesse, avec contrôle échographique et surveillance du rythme cardiaque du fœtus							
Forfait : liste SE3							
JNBDO01	0	1		9,F,J,K,O,P,S,T,U	67,82	33	1
Cerclage du col de l'utérus au cours de la grossesse, par voie transvaginale							
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
JNGD002	0	1			0,00	11	1
Ablation de cerclage du col de l'utérus							
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
JJPB001	0	1			67,20	57	1
Évacuation de liquide amniotique pour hydramnios, par voie transcutanée							
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
JPLB001	0	1			37,80	47	1
Amnio-infusion, par voie transcutanée							
Activité 1 : guidage échographique							
Activité 2 : amnio-infusion							
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

09.03.03 Actes obstétricaux pendant le travail et l'accouchement

L'accouchement inclut le monitoring électronique des contractions de l'utérus gravide et du rythme cardiaque du fœtus par voie externe.
Facturation : les actes d'avortement sont facturés avant la date de viabilité légale du fœtus de 22 semaines ; les actes d'accouchement sont facturés après cette date
Facturation : le tarif de l'accouchement comprend tous les gestes nécessités par l'accouchement, notamment la surveillance avec monitoring comportant la surveillance cardiotocographique du travail avec tracés et, éventuellement, prélèvement pour mesure du pH foetal quel qu'en soit le nombre, version interne du fœtus, extraction instrumentale, délivrance artificielle ou révision utérine isolée, suture d'épisiotomie, réparation sphinctérienne, traitement obstétrical des hémorragies de la délivrance
Facturation : éventuellement, la surveillance isolée du travail (JQQP099) peut être facturée quand elle est effectuée par une sage-femme qui ne réalise pas l'extraction en raison de complication pour le fœtus ou pour la parturiente dans le déroulement de l'accouchement
Facturation : éventuellement en supplément le traitement des complications immédiates de l'accouchement du paragraphe 09.03.04
Facturation : en cas de naissance multiple avec accouchement par voie naturelle et accouchement par césarienne, un seul code d'accouchement multiple doit être facturé

09.03.03.01 Accouchement par voie naturelle

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JQGD010	0	1		F,K,P,S,T,U	313,50	123	1
Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une primipare							
Coder éventuellement 1 : (AFLB010, JMPA006, JNMD002, JNQD001, JPGD001, JQED002, JQGD006, JQGD009, JQHB001, JQQP900, YYYY285, YYYY603, YYYY740)							
JQGD012	0	1		F,K,P,S,T,U	313,50	100	1
Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une multipare							
Coder éventuellement 1 : (AFLB010, JMPA006, JNMD002, JNQD001, JPGD001, JQED002, JQGD006, JQGD009, JQHB001, JQQP900, YYYY285, YYYY603, YYYY740)							
JQGD004	0	1		F,K,P,S,T,U,X	385,44	206	1
Accouchement unique par le siège par voie naturelle, chez une primipare							
Méthode de Vermelin, chez une primipare							
Coder éventuellement 1 : (AFLB010, JMPA006, JNMD002, JNQD001, JPGD001, JQGD011, JQHB001, JQQP900, YYYY285, YYYY603, YYYY740)							
JQGD001	0	1		F,K,O,P,S,T,U	316,94	167	1
Accouchement unique par le siège par voie naturelle, chez une multipare							
Méthode de Vermelin, chez une multipare							
Coder éventuellement 1 : (AFLB010, JMPA006, JNMD002, JNQD001, JPGD001, JQGD011, JQHB001, JQQP900, YYYY285, YYYY603, YYYY740)							
JQGD003	0	1		F,I,K,P,S,T,U	426,96	206	1
Accouchement unique par le siège par voie naturelle avec petite extraction, chez une primipare							
Coder éventuellement 1 : (AFLB010, JNMD002, JNQD001, JPGD001, JQGD011, JQHB001, JQQP900, YYYY285, YYYY603, YYYY740)							
JQGD008	0	1		9,F,K,P,S,T,U	353,61	167	1
Accouchement unique par le siège par voie naturelle avec petite extraction, chez une multipare							
Coder éventuellement 1 : (AFLB010, JNMD002, JNQD001, JPGD001, JQGD011, JQHB001, JQQP900, YYYY285, YYYY603, YYYY740)							
JQGD013	0	1		F,I,K,O,P,S,T,U	477,48	186	1
Accouchement unique par le siège par voie naturelle avec grande extraction, chez une primipare							
Coder éventuellement 1 : (AFLB010, JNMD002, JNQD001, JPGD001, JQGD011, JQHB001, JQQP900)							
JQGD005	0	1		F,I,K,O,P,S,T,U	477,48	174	1
Accouchement unique par le siège par voie naturelle avec grande extraction, chez une multipare							
Coder éventuellement 1 : (AFLB010, JNMD002, JNQD001, JPGD001, JQGD011, JQHB001, JQQP900)							
JQGD002	0	1		F,I,K,P,S,T,U	472,64	226	1
Accouchement multiple par voie naturelle, chez une primipare							
Coder éventuellement 1 : (AFLB010, JMPA006, JNMD002, JNQD001, JPGD001, JQED001, JQGD006, JQGD009, JQGD011, JQHB001, JQQP900, YYYY285, YYYY603, YYYY740)							
JQGD007	0	1		F,K,P,S,T,U	418,00	191	1
Accouchement multiple par voie naturelle, chez une multipare							
Coder éventuellement 1 : (AFLB010, JMPA006, JNMD002, JNQD001, JPGD001, JQED001, JQGD006, JQGD009, JQGD011, JQHB001, JQQP900, YYYY285, YYYY603, YYYY740)							
JQQP099	0	1		F,P,S	112,00	41	1
Surveillance du travail par un praticien différent de celui qui réalise l'extraction							
La prise en charge nécessite une surveillance avec monitoring d'au moins deux heures, comportant notamment la surveillance cardiotocographique du travail avec tracés et, éventuellement, prélèvement pour mesure du PH foetal quel qu'en soit le nombre Facturation : ne peut être facturé que s'il est suivi d'un acte du sous paragraphe 09.03.03.01 (accouchement par voie naturelle) ou s'il est suivi d'une césarienne réalisée en cours de travail (JQGA003) Facturation : ne peut être facturé que par une sage-femme qui ne réalise pas l'extraction en raison de complication pour le fœtus ou pour la parturiente dans le déroulement de l'accouchement							
Coder éventuellement 1 : (AFLB010, JNQD001, JQHB001, JQQP900, YYYY285, YYYY603, YYYY740)							

09.03.03.02 Accouchement par césarienne

Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
----	---	----	--------------	-------	-----	----

JQGA002 Accouchement par césarienne programmée, par laparotomie	0 1 Y		K,T	313,50	307	1	
Descriptif : JQGA002-11 Accouchement unique par césarienne programmée, par laparotomie, chez une primipare	0 4 Y		4,5,A	209,00	87	1	
Descriptif : JQGA002-12 Accouchement unique par césarienne programmée, par laparotomie, chez une multipare							
Descriptif : JQGA002-21 Accouchement multiple par césarienne programmée, par laparotomie, chez une primipare							
Descriptif : JQGA002-22 Accouchement multiple par césarienne programmée, par laparotomie, chez une multipare							
Coder éventuellement 1 : (YYYY069) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)							
JQGA004 Accouchement par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie	0 1 Y		F,K,P,S,T,U	313,50	255	1	
Descriptif : JQGA004-11 Accouchement unique par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie, chez une primipare	0 4 Y		4,5,A,F,P,S,U	241,37	87	1	
Descriptif : JQGA004-12 Accouchement unique par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie, chez une multipare							
Descriptif : JQGA004-21 Accouchement multiple par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie, chez une primipare							
Descriptif : JQGA004-22 Accouchement multiple par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie, chez une multipare							
Coder éventuellement 1 : (JNQD001, YYYY069) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)							
JQGA003 Accouchement par césarienne au cours du travail, par laparotomie	0 1 Y		F,I,K,O,P,S,T,U	362,61	506	1	
Descriptif : JQGA003-11 Accouchement unique par césarienne au cours du travail, par laparotomie, chez une primipare	0 4 Y		4,5,A,F,P,S,U	241,00	156	1	
Descriptif : JQGA003-12 Accouchement unique par césarienne au cours du travail, par laparotomie, chez une multipare							
Descriptif : JQGA003-21 Accouchement multiple par césarienne au cours du travail, par laparotomie, chez une primipare							
Descriptif : JQGA003-22 Accouchement multiple par césarienne au cours du travail, par laparotomie, chez une multipare							
Coder éventuellement 1 : (JNQD001, YYYY069) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)							
JQGA005 Accouchement par césarienne, par abord vaginal	0 1 Y		K,T	313,50	295	1	
Descriptif : JQGA005-11 Accouchement unique par césarienne, par abord vaginal, chez une primipare	0 4 Y		4,5,A	209,00	76	1	
Descriptif : JQGA005-12 Accouchement unique par césarienne, par abord vaginal, chez une multipare							
Descriptif : JQGA005-21 Accouchement multiple par césarienne, par abord vaginal, chez une primipare							
Descriptif : JQGA005-22 Accouchement multiple par césarienne, par abord vaginal, chez une multipare							
Coder éventuellement 1 : (JNQD001, YYYY069) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)							
09.03.04 Traitement des complications immédiates de l'accouchement							
09.03.04.01 Suture immédiate de lésions obstétricales maternelles							
	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex	
JNCA002 Suture du corps de l'utérus [Hystérorraphie] pour rupture obstétricale, par laparotomie	0 1 Y			F,I,J,K,O,P,S,T,U	241,51	311	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			4,5,A,F,O,P,S,U	177,08	99	1
JNCA001 Suture immédiate de déchirure obstétricale du col de l'utérus	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U	167,20	69	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			4,5,7,A,F,O,P,S,U	83,60	35	1
JMCA002 Suture immédiate de déchirure obstétricale du vagin, de la vulve et/ou du périnée [périnée simple]	0 1			F,U	0,00	49	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
JMCA003 Suture immédiate de déchirure obstétricale du périnée avec lésion du muscle sphincter externe de l'anus [périnée complet]	0 1 Y			F,U	0,00	164	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y			7,A,F,U	0,00	41	1
JMCA001 Suture immédiate de déchirure obstétricale du périnée avec lésion du rectum [périnée complet compliqué]	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U	157,08	191	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			4,5,7,A,F,O,P,S,U	94,54	54	1
JMCA004 Suture immédiate de déchirure obstétricale du périnée avec lésion de la vessie ou de l'urètre	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U	250,80	305	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			4,5,7,A,F,O,P,S,U	157,53	88	1
09.03.04.02 Actes thérapeutiques pour hémorragie du post-partum							
	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex	
EDSF011 Embolisation des artères iliaques internes [hypogastriques] et/ou de ses branches pour hémorragie du post-partum, par voie artérielle transcutanée	0 1 Y			F,P,S,U	355,30	201	1
Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	0 4 Y			A,F,P,S,U	94,30	131	1
Environnement : spécifique							
Recueil prospectif de données : nécessaire							
Coder éventuellement 1 : (YYYY200, YYYY300) - 4 : (YYYY041)							
EDSA002 Ligature des artères iliaques internes [hypogastriques] pour hémorragie du post-partum, par laparotomie	0 1 Y			9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	344,62	345	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			4,5,A,F,O,P,S,U	217,51	91	1
ELSA002 Ligature des pédicules vasculaires de l'utérus pour hémorragie du post-partum, par laparotomie	0 1 Y			F,I,J,K,O,P,S,T,U	249,81	301	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			4,A,F,O,P,S,U	192,50	97	1
JNFA001 Hystérectomie pour complications obstétricales, par laparotomie	0 1 Y			F,I,J,K,O,P,S,T,U	344,62	355	1
Hystérectomie d'hémostase postobstétricale, par laparotomie	0 4 Y			A,F,O,P,S,U	266,98	129	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
09.03.04.03 Autres actes thérapeutiques obstétricaux							
	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex	
JNBD002 Tamponnement intra-utérin ou intravaginal, pour hémorragie obstétricale	0 1			F,U	0,00	49	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
JLJA001 Évacuation d'hématome ou de thrombus du vagin, de la vulve et/ou du périnée d'origine obstétricale, par abord direct	0 1			F,U	0,00	33	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
JNED001 Réduction manuelle d'inversion utérine	0 1			F,U	0,00	45	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4			A,F,U	0,00	21	1

JNPA002	Réduction d'inversion utérine par hystérotomie	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	223,52	252 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,O,P,S,U	117,45	82 1

09.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES CHEZ LE FOETUS

JQJB001	Évacuation de collection d'un organe foetal	0 1	F,P,S,U,X	92,62	57 1
	Activité 1 : guidage échographique	0 2	F,P,S,U	136,63	0 1
	Activité 2 : ponction de collection d'un organe foetal	0 4	A,F,P,S,U	77,35	60 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
JQCB001	Dérivation intraamniotique de collection urinaire chez le foetus, par pose de cathéter par voie transcutanée	0 1		51,03	60 1
	Activité 1 : guidage échographique	0 2		222,32	0 1
	Activité 2 : pose transcutanée de cathéter chez le foetus	0 4	A	77,35	100 1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale				
	Environnement : spécifique ; centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
JQLF003	Injection d'agent pharmacologique chez le foetus, par ponction du cordon ombilical	0 1	F,P,S,U,X	87,57	67 1
	Activité 1 : guidage échographique	0 2	9,F,P,S,U	116,95	0 1
	Activité 2 : injection d'agent pharmacologique chez le foetus				
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale				
	Environnement : spécifique ; centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal				
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
JQLF001	Transfusion chez le foetus, par ponction du cordon ombilical	0 1	F,P,S,U	47,25	106 1
	Activité 1 : guidage échographique	0 2	F,P,S,U	153,60	0 1
	Activité 2 : transfusion chez le foetus	0 3	F,P,S,U	0,00	0 1
	Activité 3 : assistance hémodiologique				
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
JQLF002	Exsanguinotransfusion chez le foetus, par ponction du cordon ombilical	0 1	F,P,S,U,X	140,61	86 1
	Activité 1 : guidage échographique	0 2	F,P,S,U	304,12	0 1
	Activité 2 : exsanguinotransfusion chez le foetus	0 3	F,P,S,U	0,00	0 1
	Activité 3 : assistance hémodiologique				
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				

09.05 ACTES THÉRAPEUTIQUES CHEZ LE NOUVEAU-NÉ À LA NAISSANCE

L'installation d'un nouveau-né en incubateur à la naissance inclut la surveillance de la température, de la fréquence cardiaque, de la saturation en oxygène par mesure transcutanée [SpO₂], de la glycémie capillaire et de la pression artérielle.

Avec ou sans : administration d'agent pharmacologique et/ou de soluté.

L'administration intraveineuse d'agent pharmacologique et/ou de soluté inclut la pose d'un dispositif d'accès vasculaire.

GEJD001	Aspiration intratrachéale d'un nouveau-né à la naissance, en présence d'un liquide amniotique méconial	0 1		0,00	19 1
	Avec ou sans : intubation trachéale				
	Indication pour les sages-femmes : dans l'attente du médecin appelé pour pathologie néonatale.				
GLLD018	Ventilation manuelle d'un nouveau-né à la naissance, au masque facial	0 1		0,00	7 1
	Indication pour les sages-femmes : dans l'attente du médecin appelé pour pathologie néonatale.				
GLLD016	Ventilation manuelle d'un nouveau-né à la naissance, au masque facial, avec administration intraveineuse d'agent pharmacologique et/ou de soluté	0 1		0,00	27 1
	Indication pour les sages-femmes : dans l'attente du médecin appelé pour pathologie néonatale.				
ZZEP004	Installation d'un nouveau-né en incubateur à la naissance, avec ventilation spontanée sans oxygénothérapie	0 1		0,00	22 1
	Indication pour les sages-femmes : dans l'attente du médecin appelé pour pathologie néonatale.				
ZZEP002	Installation d'un nouveau-né en incubateur à la naissance, avec ventilation spontanée avec oxygénothérapie	0 1		0,00	28 1
	Indication pour les sages-femmes : dans l'attente du médecin appelé pour pathologie néonatale.				
ZZEP003	Installation d'un nouveau-né en incubateur à la naissance, avec ventilation spontanée au masque facial avec pression expiratoire positive [VS-PEP] ou ventilation mécanique	0 1		0,00	40 1
ZCLA001	Pose d'un sac à viscères chez un nouveau-né à la naissance	0 1		0,00	10 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4	A	0,00	10 1
EPLF001	Administration intraveineuse d'agent pharmacologique et/ou de soluté chez le nouveau-né à la naissance	0 1		0,00	16 1
	À l'exclusion de :				
	- administration d'agent pharmacologique vasoactif ou transfusion de concentré de globules rouges pour suppléance hémodynamique (cf 04.07.01)				
	- administration de produits sanguins (cf 05.02.04.02)				

10 GLANDES ENDOCRINES ET MÉTABOLISME

10.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR LES GLANDES ENDOCRINES ET LE MÉTABOLISME

10.01.01 Échographie des glandes endocrines

A l'exclusion de : échographie et/ou échographie-doppler de contrôle ou surveillance de pathologie (chapitre 19)

KCQM001	Échographie transcutanée de la glande thyroïd Avec ou sans : échographie transcutanée des glandes parathyroïdes Coder éventuellement 1 : (ZZQM005)	0	1					34,97	26	2
KDQM001	Échographie transcutanée des glandes parathyroïde Coder éventuellement 1 : (YYYY187)	0	1					37,80	38	2

10.01.02 Scintigraphie des glandes endocrines

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
KZQL003	0	1		G	268,87	140	2
Coder éventuellement 1 : (ZZQL007)							
KZQL004	0	1		G	401,51	140	2
KZQL002	0	1		G	401,51	50	2
ZZQL003	0	1		G	180,44	104	2
KCQL002	0	1		G	56,65	36	2
KCQL003	0	1		G	109,70	80	2
Coder éventuellement 1 : (ZZQL007)							
KCQL001	0	1		G	162,76	80	2
KDQL001	0	1		G	268,87	120	2
KEQL002	0	1		G	180,44	140	2
Coder éventuellement 1 : (ZZQL007)							
KEQL001	0	1		G	180,44	140	2
Coder éventuellement 1 : (ZZQL007)							
KGQL002	0	1		G	180,44	50	2
KGQL003	0	1		G	127,39	80	2
Mesure radio-isotopique de l'eau ou des électrolytes échangeables							

10.01.03 Explorations fonctionnelles des glandes endocrines et du métabolisme

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
KGQP003	0	1			0,00	0	1
Mesure de la sécrétion d'insuline avec administration intraveineuse de glucose Indication : phénotypage de diabète rare avec index d'insulinopénie ; évaluation de l'insulinosécrétion chez les sujets porteurs de marqueurs de pancréatite auto-immune ; évaluation du risque de diabète après transplantation, greffe d'ilots pancréatiques et de pancréas Environnement : spécifique ; milieu hospitalier spécialisé							
KGQP005	0	1			0,00	0	1
Mesure de la sensibilité à l'insuline avec administration intraveineuse de glucose et d'insuline, sans mesure de la production hépatique de glucose Clamp euglycémique hyperinsulinémique sans mesure de la production hépatique de glucose Indication : patient diabétique sous insulinothérapie en échec thérapeutique avec dose d'insuline >1,5 U.I./kg/jour ; stéatohépatite non alcoolique [NASH] identifiée par ponction-biopsie hépatique et résistant à l'amaigrissement ; insulino-résistance avec symptômes cliniques et biologiques sévères ; patient infecté par le VIH sous trithérapie avec désordres métaboliques non améliorés par les mesures thérapeutiques Environnement : spécifique ; milieu hospitalier spécialisé							
KGQP002	0	1			0,00	0	1
Mesure de la sensibilité à l'insuline avec administration intraveineuse de glucose et d'insuline, avec mesure de la production hépatique de glucose Clamp euglycémique hyperinsulinémique avec mesure de la production hépatique de glucose Indication : patient diabétique sous insulinothérapie en échec thérapeutique avec dose d'insuline >1,5 U.I./kg/jour ; stéatohépatite non alcoolique [NASH] identifiée par ponction-biopsie hépatique et résistant à l'amaigrissement ; insulino-résistance avec symptômes cliniques et biologiques sévères ; patient infecté par le VIH sous trithérapie avec désordres métaboliques non améliorés par les mesures thérapeutiques Environnement : spécifique ; milieu hospitalier spécialisé							

10.01.04 Ponction, biopsie et prélèvement des glandes endocrines

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
KCHB001	0	1			38,40	36	2
KCHJ001	0	1			38,40	48	2
KCHJ004	0	1		X	47,15	66	2
KCHJ003	0	1			76,80	49	2
KCHJ002	0	1			76,80	64	2

10.01.05 Examen anatomopathologique des glandes endocrines

Par structure anatomique, on entend : élément du corps humain, unitissulaire ou pluritissulaire, topographiquement délimité, constituant un ensemble organisé destiné à remplir un rôle déterminé ou une fonction. Il peut s'agir par exemple :

- d'un organe : estomac, peau, muscle,
- d'une entité concourant à une finalité caractéristique : méninge, séreuse,
- d'une région anatomique : médiastin, région rétro-péritonéale

Par pièce d'exérèse, on entend : exérèse partielle ou totale, monobloc ou en plusieurs fragments non différenciés par le préleveur, pour chaque structure anatomique

Par berge, on entend : limite de la résection [incision].

Par recoupe, on entend : exérèse supplémentaire effectuée par le préleveur, au-delà des berges de l'exérèse initiale

Avec ou sans : examen de berge

Par groupe lymphonodal [ganglionnaire lymphatique], on entend : ensemble de noeuds [ganglions] lymphatiques non différenciés par le préleveur au cours d'un curage lymphonodal [ganglionnaire]

L'examen anatomopathologique, inclut : l'examen macroscopique et microscopique de pièce d'exérèse

L'examen anatomopathologique d'un organe inclut : l'examen du feuillet viscéral de son éventuelle séreuse

L'examen anatomopathologique de pièce d'exérèse inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalun ou d'hémaréose-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans : - coloration spéciale

- coupes sériées

- empreinte par apposition cellulaire

- écrasement cellulaire

Facturation :

- un seul acte peut être facturé que l'exérèse soit monobloc ou en fragments non différenciés par le préleveur, partielle ou totale, pour chaque structure anatomique

La pièce d'exérèse pour examen anatomopathologique à visée carcinologique inclut :

- les structures anatomiques ayant un rapport de continuité ou de contiguïté [organes de voisinage] quel qu'en soit le nombre

- les éventuelles recoupes

- les noeuds [ganglions] lymphatiques ou groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] satellites non différenciés par le préleveur

Par examen anatomopathologique à visée carcinologique, on entend : examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de lésion présumée cancéreuse ou précancéreuse

L'examen anatomopathologique à visée carcinologique, inclut : l'examen anatomopathologique de lésion cancéreuse de découverte fortuite lors de l'intervention ou de l'examen anatomopathologique

À l'exclusion de : examen anatomopathologique de lésion précancéreuse de découverte fortuite lors de l'examen anatomopathologique

Coder éventuellement :

- examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une autre structure anatomique différenciée par le préleveur

- examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] différenciés par le préleveur ou de pièce de curage lymphonodal [ganglionnaire]

KCQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de lobectomie ou de lobectomie thyroïdienne	0 1			64,86	77 5
Avec ou sans : examen anatomopathologique de parathyroïde emportée dans une exérèse monobloc						
KCQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de thyroïdectomie subtotale ou totale	0 1			99,26	107 5
Avec ou sans : examen anatomopathologique de parathyroïde emportée dans une exérèse monobloc						
KDQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de parathyroïdectomie	0 1			60,35	51 5
KEQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de surrénalectomie	0 1			99,70	84 5

10.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES GLANDES ENDOCRINES

10.02.01 Actes thérapeutiques sur l'hypophyse

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
KANB001	0	1	Y	J,K,T	418,00	391	1
Coder éventuellement 14 : (ACQP002) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
	0	4	Y	A	229,90	104	1
KAFE900	0	1	Y		0,00	383	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)							
	0	4	Y	A	0,00	121	1
KAFA001	0	1	Y	I,J,K,O,T	623,21	426	1
Coder éventuellement 14 : (ACQP002) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
	0	4	Y	A	259,68	172	1
KAFA002	0	1	Y	9,J,K,T	820,31	594	1
Coder éventuellement 14 : (ACQP002) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
	0	4	Y	A	370,30	194	1

10.02.02 Actes thérapeutiques sur le corps pinéal [l'épiphyse]

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
KBFA001	0	1	Y	9,I,J,K,T	1034,4	759	1
Coder éventuellement 14 : (ACQP002, AGMA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
	0	4	Y	A	385,70	226	1

10.02.03 Actes thérapeutiques sur la glande thyroïde

10.02.03.01 Évacuation de collection de la glande thyroïde

Avec ou sans : drainage

KCJB001	Évacuation de collection de la glande thyroïde et/ou de sa loge, par voie transcutanée	0 1		F,P,S,U	38,40	36 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
KCJA001	Évacuation de collection de la loge thyroïdienne, par cervicotomie	0 1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	136,84	151 1
À l'exclusion de : hémostase secondaire, par reprise de cervicotomie (EBSA011)						
		0 4	Y	7,A,F,O,P,S,U	63,05	61 1
Coder éventuellement 14 : (ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

10.02.03.02 Exérèse de la glande thyroïde

Avec ou sans : réimplantation [autotransplantation] de glande parathyroïde

Coder éventuellement : curage lymphonodal cervical (cf 05.02.02.02)

KCGA001	Énucléation de nodule de la glande thyroïde, par cervicotomie	0 1	Y	J,K,O,T	134,00	183 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
		0 4	Y	7,A	91,27	63 1
KCFA004	Isthmectomie de la glande thyroïde, par cervicotomie	0 1	Y	J,K,T	125,40	169 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
		0 4	Y	7,A	88,71	57 1
KCFA001	Lobectomie unilatérale de la glande thyroïde, par cervicotomie	0 1	Y	9,J,K,T	264,46	259 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
		0 4	Y	7,A	133,32	102 1
KCFA008	Lobo-isthmectomie unilatérale de la glande thyroïde, par cervicotomie	0 1	Y	J,K,O,T	283,60	262 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
		0 4	Y	7,A	146,16	103 1
KCFA010	Thyroïdectomie subtotale, par cervicotomie	0 1	Y	I,J,K,T	354,50	339 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
		0 4	Y	7,A	163,02	136 1
KCFA009	Thyroïdectomie subtotale, par cervicothoracotomie	0 1	Y	J,K,T,X	567,20	474 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
		0 4	Y	7,A	214,16	199 1
KCFA005	Thyroïdectomie totale, par cervicotomie	0 1	Y	J,K,T,X	460,85	377 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
		0 4	Y	7,A	163,73	154 1
KCFA007	Thyroïdectomie totale, par cervicothoracotomie	0 1	Y	J,K,T,X	567,20	494 1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
		0 4	Y	7,A	235,36	221 1

KCFA002	Thyroidectomie totale avec résection partielle de cartilage du larynx, par cervicotomie	0 1 Y	J,K,T,X	545,22	501	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	212,80	204	1
KCFA003	Thyroidectomie totale avec résection non interruptrice de la trachée, par cervicotomie	0 1 Y	J,K,T,X	601,94	550	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	214,86	229	1
KCFA006	Thyroidectomie totale avec résection interruptrice et anastomose de la trachée, par cervicotomie	0 1 Y	9,J,K,T	792,66	634	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	343,13	253	1
KCMA001	Totalisation secondaire de thyroidectomie, par cervicotomie	0 1 Y	J,K,T,X	481,41	424	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	134,16	164	1

10.02.03.03 Destruction de la glande thyroïde

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
KCNL003		0	1	G	70,74	66	1
	Irradiation interne de la glande thyroïde par administration d'iode 131 à une dose inférieure ou égale à 1 gigabecquerel [GBq]						
KCNL004		0	1	G	176,85	180	1
	Irradiation interne de la glande thyroïde par administration d'iode 131 à une dose supérieure à 1 gigabecquerel [GBq]						

10.02.04 Actes thérapeutiques sur les glandes parathyroïdes

10.02.04.01 Exploration des sites parathyroïdiens

Avec ou sans :

- exérèse de glande parathyroïde
- exérèse de vestige thymique
- dissection du nerf laryngé récurrent

Coder éventuellement : curage lymphonodal (cf 05.02.02.02 ; 05.02.02.03)

KDQC900	Exploration des sites parathyroïdiens cervicaux, par cervicoscopie	0 1 Y		0,00	332	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001)	0 4 Y	7,A	0,00	157	1
KDQA001	Exploration des sites parathyroïdiens cervicaux, par cervicotomie	0 1 Y	I,J,K,T	446,67	332	1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	0 4 Y	7,A	174,71	157	1
	Environnement : spécifique ; équipe spécialisée, entraînée en chirurgie des parathyroïdes, particulièrement en cas d'hyperparathyroïdie par lésions multiglandulaires, primitive, secondaire ou tertiaire					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
KDQA003	Exploration des sites parathyroïdiens cervicaux et médiastinaux, par cervicothoracotomie	0 1 Y	9,J,K,O,T	446,67	406	1
	Indication : lésion médiastinale basse repérée en préopératoire, ou exploration itérative à l'étage cervical dans le cadre d'une réintervention pour hyperparathyroïdie récurrente ou persistante	0 4 Y	7,A	174,52	160	1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale					
	Environnement : spécifique					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
KDQC002	Exploration des sites parathyroïdiens médiastinaux, par vidéo-chirurgie	0 1 Y	I,J,K,O,T	512,61	517	1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	0 4 Y	7,A	212,10	194	1
	Environnement : spécifique ; repérage préopératoire de la lésion					
	Recueil prospectif de données : nécessaire					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
KDQA002	Exploration des sites parathyroïdiens médiastinaux, par thoracotomie	0 1 Y	I,J,K,O,T	446,67	406	1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	0 4 Y	A	220,86	167	1
	Environnement : spécifique ; repérage préopératoire de la lésion					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

10.02.04.02 Parathyroïdectomie

Coder éventuellement : curage lymphonodal (cf 05.02.02.02 ; 05.02.02.03)

KDFC001	Parathyroïdectomie unique sans exploration des autres sites parathyroïdiens, par cervicoscopie	0 1 Y	9,J,K,T	263,75	290	1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	0 4 Y	7,A	142,49	124	1
	Environnement : spécifique ; repérage préopératoire de la lésion					
	Recueil prospectif de données : nécessaire					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
KDFA002	Parathyroïdectomie unique sans exploration des autres sites parathyroïdiens, par cervicotomie	0 1 Y	9,J,K,T	263,75	268	1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	0 4 Y	7,A	142,49	124	1
	Environnement : spécifique ; repérage préopératoire de la lésion					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
KDFA001	Parathyroïdectomie totale avec réimplantation immédiate de parathyroïde	0 1 Y	9,J,K,T	446,67	376	1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	0 4 Y	7,A	170,67	157	1
	Environnement : spécifique ; équipe spécialisée ; infrastructure pour cryopréservation stockage de tissu parathyroïdien					
	Recueil prospectif de données : nécessaire					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
KDFA003	Exérèse de tissu parathyroïdien préalablement transplanté	0 1 Y	J,K,T	239,49	158	1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	0 4 Y	7,A	118,66	69	1
	Environnement : spécifique					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

10.02.04.03 Autres actes thérapeutiques sur les parathyroïdes

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
KDEA001		0	1	Y	J,K,T	239,49	185	1
	Réimplantation secondaire de parathyroïde							
		0	4	Y	7,A	121,60	79	1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale							
	Environnement : spécifique ; équipe spécialisée ; infrastructure pour cryopréservation stockage de tissu parathyroïdien							
	Recueil prospectif de données : nécessaire							
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

10.02.05 Actes thérapeutiques sur les glandes surrénales

À l'exclusion de : surrénalectomie au cours d'une néphrectomie totale élargie (cf 08.02.01.04)

KEFC002	Surrénalectomie partielle ou totale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie <i>À l'exclusion de : surrénalectomie totale pour phéochromocytome, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie (KEFC001)</i>	0 1 Y	I,J,K,O,T	602,65	577	1		
		0 4 Y	A,T	313,06	204	1		
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
KEFA002	Surrénalectomie partielle ou totale, par abord direct <i>À l'exclusion de : surrénalectomie totale pour phéochromocytome, par abord direct (KEFA001)</i>	0 1 Y	I,J,K,T	520,41	525	1		
		0 4 Y	A,T	272,19	173	1		
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
KEFC001	Surrénalectomie totale pour phéochromocytome, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	0 1 Y	I,J,K,T	886,25	664	1		
		0 4 Y	A,T	577,35	292	1		
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
KEFA001	Surrénalectomie totale pour phéochromocytome, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,T,X	774,23	566	1		
		0 4 Y	A,T	514,12	261	1		
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZNA002) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
10.02.06 Actes thérapeutiques sur les tumeurs endocriniennes intraabdominales ectopiques		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
KZFC001	Exérèse de tumeur endocrinienne intraabdominale ectopique, par coelioscopie	0 1 Y	J,K,T,X	405,55	457	1		
		0 4 Y	A	208,94	156	1		
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
KZFA001	Exérèse de tumeur endocrinienne intraabdominale ectopique, par laparotomie	0 1 Y	I,J,K,T,X	339,61	401	1		
		0 4 Y	A	178,15	144	1		
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)								

11 APPAREIL OSTÉOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DE LA TÊTE

Par face, on entend : squelette, articulations, tissus mous et cavités - sinus paranasaux, orbites, rhinopharynx, oropharynx - de la face.

Par ostéosynthèse d'une fracture à foyer fermé, on entend : réduction et fixation osseuse par voie transcutanée ou avec abord à distance, sans exposition du foyer de fracture.

Par ostéosynthèse d'une fracture à foyer ouvert, on entend : réduction et fixation osseuse avec exposition du foyer de fracture.

Par évidement d'un os, on entend :

- cratérisation [saucierisation] osseuse

- séquestrectomie osseuse

- curetage de lésion osseuse infectieuse, kystique ou tumorale.

Par exérèse partielle d'un os, on entend :

- exérèse de fragment osseux, sans interruption de la continuité osseuse

- exérèse de lésion osseuse de surface : résection d'exostose ostéogénique, d'apophyse...

- résection osseuse unicorticale : résection d'ostéome ostéoïde...

Toute arthrotomie inclut l'arthroscopie peropératoire éventuelle.

L'ostéosynthèse d'une fracture inclut sa réduction simultanée et sa contention par appareillage externe.

La réduction d'une luxation, par abord direct inclut la réparation de l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation par suture ou plastie, la stabilisation de l'articulation [arthrorise] par matériel.

L'ostéotomie inclut l'ostéosynthèse.

La reconstruction osseuse ou articulaire par greffe, transplant ou matériau inerte non prothétique inclut l'ostéosynthèse.

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

11.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR LES OS, LES ARTICULATIONS ET LES TISSUS MOUS DE LA TÊTE

11.01.01 Explorations électrophysiologiques et fonctionnelles de la tête

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LBQP002 Enregistrement électronique des mouvements de la mandibule <i>Kinésiographie, axiographie mandibulaire</i>	0	1			0,00	83	2
ADQB001 Électromyographie de détection du muscle ptérygoïdien latéral, par électrode aiguille	0	1			42,08	23	2

11.01.02 Photographies de la tête

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ZAQP001 Photographies de la face <i>Photographies des paupières, de la cavité buccale</i>	0	1			0,00	22	2

11.01.03 Radiographie de la tête

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LAQK003 Radiographie du crâne et/ou du massif facial selon 1 ou 2 incidences À l'exclusion de : radiographie - unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire (LBQK005) - de la bouche (cf 07.01.04.01) <i>Radiographie du maxillaire défilé</i> <i>Radiographie des os propres du nez</i> Code extension documentaire, pour distinguer : - réalisation de radiographie du crâne : coder A - réalisation de radiographie de sinus : coder B - recherche de corps étranger avant réalisation d'un examen remnographique : coder C <i>Radiographie des sinus paranasaux</i> Indication des radiographies du crâne : - surveillance de cathéter de dérivation d'une hydrocéphalie, - ostéomyélite, ostéomalacie, maladies osseuses métaboliques et maladie de Paget, myélome, - métastases osseuses, tumeurs osseuses primitives du crâne, en l'absence de suspicion d'envahissement méningé - suspicion de maltraitance chez l'enfant Indication des radiographies du massif facial : - sinusite aiguë non compliquée, maxillaire ou frontale exclusivement, de l'adulte, en cas d'échec d'un traitement bien conduit - recherche de corps étranger radio-opaque en dehors des situations d'urgence - traumatisme orbitaire en cas de lésion par objet contondant Coder éventuellement 1 : (YYYY030)	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	23,94	20	2
LAQK005 Radiographie du crâne selon 3 incidences ou plus <i>Indication : tumeurs osseuses primitives du crâne en l'absence de suspicion d'envahissement méningé</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY030)	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	34,58	0	2
LBQK005 Radiographie unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire <i>Radiographie selon l'incidence de Zimmer</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY030)	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	28	2
LAQK012 Téléradiographie du crâne et du massif facial selon 1 incidence <i>Facturation : ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY030)	0	1		E,Y,Z	19,95	19	2
LAQK001 Téléradiographie du crâne et du massif facial selon 2 incidences <i>Facturation : ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY030)	0	1		E,Y,Z	26,60	22	2
LAQK008 Téléradiographie du crâne et du massif facial selon 3 incidences <i>Facturation : ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY030)	0	1		E,Y,Z	26,60	28	2

LAQK027	Radiographie volumique par faisceau conique [cone beam computerized tomography][CBCT] du maxillaire, de la mandibule et/ou d'arcade dentaire	0	1		E,F,P,U,Y,Z	72,66	47	2
	<i>Indication : évaluation diagnostique et/ou préopératoire :</i> - d'atypie anatomique en endodontie, - de pathologie maxillo-mandibulaire et/ou dentoalvéolaire - de pathologie osseuse de l'articulation temporomandibulaire dans les situations où les informations indispensables n'ont pas été apportées par l'examen clinique et la radiographie <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : respect d'un programme d'assurance qualité incluant des procédures de contrôle de l'équipement, de la réalisation et de la qualité des examens</i> <i>Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique :</i> - d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires							
LAQK004	Analyse céphalométrique craniofaciale bidimensionnell	0	1			0,00	24	2
	<i>Avec ou sans : analyse comparative pour bilan thérapeutique ou évolutif</i>							
LAQK010	Analyse céphalométrique craniofaciale bidimensionnelle avec simulation des objectifs thérapeutique	0	1			0,00	38	2
LAQK007	Analyse céphalométrique craniofaciale tridimensionnell	0	1			0,00	38	2
LAQK006	Analyse céphalométrique architecturale craniofacial	0	1			0,00	32	2
LBQK001	Tomographie unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulair	0	1		Y,Z	46,55	34	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY030)							
LBQH001	Arthrographie unilatérale de l'articulation temporomandibulair	0	1		E,Y,Z	57,19	148	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY420)							
LBQH003	Arthrographie bilatérale de l'articulation temporomandibulaire	0	1		E,Y,Z	114,38	206	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY420)							
	11.01.04 Scanographie de la tête							
	<i>Avec ou sans : injection intraveineuse de produit de contraste</i>							
LAQK002	Scanographie unilatérale ou bilatérale de la partie pétreuse de l'os temporal [rocher] et de l'oreille moyenne	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	66	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)							
LAQK011	Scanographie unilatérale ou bilatérale de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne]	0	1		E,Y,Z	25,27	61	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)							
LAQK013	Scanographie de la face	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	59	2
	<i>Dentascanner</i> <i>Facturation : la scanographie de la face pour bilan implantaire ne peut pas être facturée en dehors du bilan implantaire pour :</i> - les agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - les séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)							
LAQK009	Scanographie de la face avec scanographie des tissus mous du cou	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	59	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)							
LBQH002	Arthroscanographie unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire	0	1		E,Y,Z	57,19	282	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY420, YYYY600, ZZLP025)							
	11.01.05 Remnographie [IRM] de la tête							
LAQN001	Remnographie [IRM] de la face, sans injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		F,P,S,U	69,00	108	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)							
LAQJ001	Remnographie [IRM] de la face, avec injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		F,P,S,U	69,00	112	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)							
	11.01.06 Ponction, biopsie et prélèvement de la tête							
LAHH004	Ponction ou cytoponction du crâne et/ou du massif facial, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0	1		F,J,K,O,P,S,T,U	107,78	228	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
LAHH005	Ponction ou cytoponction du crâne et/ou du massif facial, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0	1		F,J,K,P,S,T,U	104,50	282	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
LAHJ003	Ponction ou cytoponction du crâne et/ou du massif facial, par voie transcutanée avec guidage remnographique [IRM]	0	1		F,J,K,P,S,T,U	104,50	338	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
LAHH002	Biopsie du crâne et/ou du massif facial, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0	1		I,X	107,78	201	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
LAHH006	Biopsie du crâne et/ou du massif facial, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0	1			76,80	282	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
LAHJ004	Biopsie du crâne et/ou du massif facial, par voie transcutanée avec guidage remnographique [IRM]	0	1			76,80	338	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

LAHA001	Biopsie de la voûte du crâne [calvaria], par abord direct	0 1 Y	J,K,T	104,50	135	1
	Coder éventuellement 1 : (ACQP002, ZZLP025)					
LAHA002	Biopsie d'un os de la face, par abord direct	0 1 Y	J,K,T	104,50	72	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	62,31	40	1
11.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE SQUELETTE DU CRÂNE ET DE LA FACE						
11.02.01 Actes thérapeutiques sur la voûte du crâne [calvaria]						
11.02.01.01 Ostéosynthèse de la voûte du crâne						
LACA012	Ostéosynthèse d'une embarrure de la voûte du crâne	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	<i>Avec ou sans : évacuation d'hématome extradural</i>	0 1 Y	F,J,K,L,O,P,S,T,U	313,50	243	1
	Coder éventuellement 14 : (AGMA001, EAMA001, EAMA002, LAFA008) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,L,O,P,S,U	199,29	112	1
11.02.01.02 Craniectomie						
LAF900	Craniectomie décompressive	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	<i>Volet crânien décompressif unilatéral</i>	0 1 Y		0,00	208	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y	A	0,00	130	1
LAF011	Exérèse de tumeur de la voûte du crâne sans cranioplastie	0 1 Y	J,K,T	250,80	168	1
	Coder éventuellement 14 : (AGMA001, LAFA008, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	149,09	91	1
LAF004	Exérèse de tumeur de la voûte du crâne avec cranioplastie	0 1 Y	J,K,T	355,30	289	1
	Coder éventuellement 14 : (AGMA001, LAFA008, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	191,93	117	1
11.02.01.03 Plastie de la voûte du crâne						
LAMA009	Cranioplastie de la voûte	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	<i>À l'exclusion de : taille de volet crânien (cf 11.02.01.03)</i>	0 1 Y	J,K,T	209,00	249	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	146,52	137	1
LAPA008	Taille de volet crânien sans transposition	0 1 Y	J,K,T	418,00	281	1
	<i>Craniectomie linéaire pour craniosténose</i>	0 4 Y	A	229,90	158	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
LAPA005	Taille et transposition de volet crânien n'intéressant pas les orbites, sans remodelage du pôle postérieur du crâne	0 1 Y	J,K,O,T	452,34	376	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	229,90	196	1
LAPA016	Taille et transposition de volet crânien n'intéressant pas les orbites, avec remodelage du pôle postérieur du crâne	0 1 Y	9,J,K,O,T	496,30	358	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	229,90	189	1
LAPA006	Taille et transposition de volet crânien intéressant les orbites	0 1 Y	9,I,J,K,T	650,86	484	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	238,78	238	1
LAMA006	Remodelage du pôle postérieur du crâne, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,T	465,81	371	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	229,90	194	1
LANC001	Meulage extracrânien de la voûte du crâne, par vidéochirurgie	0 1 Y	J,K	0,00	160	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y	A	0,00	120	1
LAGA007	Ablation de matériel de cranioplastie de la voûte	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	167,20	133	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A,F,P,S,U	121,99	111	1
11.02.01.04 Autres actes thérapeutiques sur la voûte du crâne						
LAEA008	Réduction de fracture de la partie tympanique de l'os temporal [os tympanal]	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1	9,F,P,S,U	50,05	20	1
		0 4	A,F,P,S,U	78,44	25	1
LAPA001	Mise à plat de lésion infectieuse de la voûte du crâne [calvaria]	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	209,00	196	1
	<i>À l'exclusion de : mise à plat de lésion infectieuse postopératoire de la voûte du crâne [calvaria], par reprise de l'abord précédent (LAPA015)</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	86,06	95	1
	<i>Avec ou sans :</i>					
	- craniectomie					
	- mise à plat de lésion infectieuse du cuir chevelu					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
LAPA015	Mise à plat de lésion infectieuse postopératoire de la voûte du crâne [calvaria], par reprise de l'abord précédent	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	209,00	149	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	83,60	78	1
11.02.02 Actes thérapeutiques sur le squelette de la base du crâne et de l'étage supérieur de la face						
11.02.02.01 Ostéosynthèse de fracture craniofaciale						
<i>Comprend : reconstruction [réfection] d'os de la face pour lésion traumatique</i>						
LACA020	Ostéosynthèse de fracture craniofaciale	0 1 Y	F,J,K,L,P,S,T,U	275,01	333	1
	<i>À l'exclusion de : ostéosynthèse de fracture cranioorbitaire (LACA016)</i>	0 4 Y	7,A,F,L,P,S,U	139,66	131	1
	Coder éventuellement 14 : (LAFA008, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LACA016	Ostéosynthèse de fracture cranioorbitaire	0 1 Y	9,F,I,J,K,L,P,S,T,U	392,79	392	1
	Coder éventuellement 14 : (LAFA008, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,L,P,S,U	146,99	155	1
LACA017	Ostéosynthèse de fracture cranioorbitaire avec fermeture de brèche ostéodurale	0 1 Y	F,J,K,L,P,S,T,U	550,22	627	1
	Coder éventuellement 14 : (LAFA008, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,L,P,S,U	282,15	209	1
LACA004	Ostéosynthèse de fracture unilatérale de la paroi antérieure du sinus frontal à foyer ouvert, par abord coronal	0 1 Y	9,F,I,J,K,L,P,S,T,U	285,73	315	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,L,P,S,U	89,44	150	1
LACA019	Ostéosynthèse de fracture unilatérale de la paroi antérieure du sinus frontal à foyer ouvert, par abord facial	0 1 Y	F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	239,64	247	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,L,P,S,U	83,94	123	1

LACA014	Ostéosynthèse de fracture bilatérale de la paroi antérieure du sinus frontal à foyer ouvert, par abord coronal	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,L,O,P,S,T,U,X 7,A,F,L,P,S,U	321,18 92,74	356 1 166 1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
LACA015	Ostéosynthèse de fracture bilatérale de la paroi antérieure du sinus frontal à foyer ouvert, par abord facial	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,L,P,S,T,U 7,A,F,L,P,S,U	231,42 86,51	277 1 135 1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
LACA006	Ostéosynthèse de fracture frontonasale à foyer ouvert, par abord coronal	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,L,P,S,T,U 7,A,F,L,P,S,U	243,35 87,60	345 1 152 1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
LACA010	Ostéosynthèse de fracture frontonasale à foyer ouvert, par abord facial	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,L,P,S,T,U 7,A,F,L,P,S,U	234,68 77,34	239 1 110 1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
LACA011	Ostéosynthèse de fracture fronto-naso-maxillaire à foyer ouvert, par abord coronal	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,L,P,S,T,U 7,A,F,L,P,S,U	313,19 124,90	365 1 161 1
	Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)				
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
LACA018	Ostéosynthèse de fracture fronto-naso-maxillaire à foyer ouvert par abord coronal, avec canthopexie	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,L,P,S,T,U 7,A,F,L,P,S,U	390,91 129,66	548 1 232 1
	Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)				
	Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
LACA013	Ostéosynthèse de fracture fronto-naso-maxillaire à foyer ouvert, par abord facial	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,L,P,S,T,U 7,A,F,L,P,S,U	264,25 114,09	318 1 143 1
	Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)				
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
LACA009	Ostéosynthèse de fracture fronto-naso-maxillaire à foyer ouvert par abord facial, avec canthopexie	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,L,P,S,T,U 7,A,F,L,P,S,U	332,92 117,94	421 1 183 1
	Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)				
	Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
LACA005	Ostéosynthèse de fracture naso-ethmoïdo-maxillo-fronto-orbitaire, par abord coronal	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,L,P,S,T,U,X 7,A,F,L,P,S,U	598,40 133,32	601 1 254 1
	Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)				
	Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)				

11.02.02.02 Résection osseuse de la base du crâne

Voir aussi 01.02.05 Exérèse de tumeur intracrânienne extraencéphalique

LAF005	Pétrectomie totale	0 1 Y 0 4 Y	J,K,O,T,X 7,A	1245,0 271,70	665 1 404 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
GBFA004	Résection totale unilatérale du sinus ethmoïdal avec exérèse de la lame criblée et de méninge, par abord paralatéronasal	0 1 Y 0 4 Y	J,K,O,T,X 7,A	759,22 228,58	442 1 319 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
GBFA005	Résection totale unilatérale du sinus ethmoïdal avec sinusotomie sphénoïdale et maxillaire, par abord paralatéronasal	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T 7,A	508,97 200,72	318 1 239 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
GBFA006	Résection totale bilatérale du sinus ethmoïdal avec sinusotomie sphénoïdale et maxillaire, par abord paralatéronasal et/ou par abord infrafronto-orbito-nasal	0 1 Y 0 2 Y 0 4 Y	J,K,T,X J,K,T 7,A	648,34 572,07 281,73	351 1 0 1 250 1
	Activité 1 : geste extracrânien Activité 2 : geste intracrânien				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
LAF001	Résection fronto-ethmoïdo-sphénoïdo-maxillaire, par abord paralatéronasal	0 1 Y 0 4 Y	J,K,O,T,X 7,A	727,65 199,26	382 1 266 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
LAF003	Résection fronto-ethmoïdo-sphénoïdo-maxillaire, par abord paralatéronasal et par abord infrafrontal	0 1 Y 0 2 Y 0 4 Y	J,K,T,X J,K,T,X 7,A	649,88 833,14 281,73	932 1 0 1 248 1
	Activité 1 : geste extracrânien Activité 2 : geste intracrânien				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
LAF006	Résection fronto-ethmoïdo-sphénoïdo-maxillaire avec exérèse de la lame criblée et de méninge, par abord paralatéronasal	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T,X 7,A	947,87 228,58	442 1 319 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				

11.02.02.03 Ostéotomie frontofaciale

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LARA002	Mobilisation partielle d'un cadre de l'orbite, par abord extracrânien	0 1 Y 0 4 Y			I,J,K,T,X 7,A	684,89 200,80	491 1 182 1	
	Coder éventuellement 14 : (LAF008) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
LARA001	Mobilisation partielle des cadres de l'orbite horizontalement ou par bipartition faciale, par abord extracrânien	0 1 Y 0 4 Y			J,K,T 7,A	837,62 312,46	800 1 303 1	
	Coder éventuellement 14 : (LAF008) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
LARA004	Mobilisation totale d'un cadre de l'orbite, par craniotomie	0 1 Y 0 4 Y			J,K,T 7,A	457,88 209,57	492 1 182 1	
	Coder éventuellement 14 : (LAF008) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
LARA003	Mobilisation totale des cadres de l'orbite horizontalement ou par bipartition faciale, par craniotomie	0 1 Y 0 4 Y			9,J,K,T,X 7,A	864,27 283,14	594 1 222 1	
	Coder éventuellement 14 : (LAF008) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
LAEA002	Avancement frontoorbitaire symétrique ou asymétrique sans remodelage frontal, par craniotomie	0 1 Y 0 4 Y			J,K,T 7,A	486,86 300,73	453 1 215 1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
LAEA006	Avancement frontoorbitaire symétrique ou asymétrique avec remodelage frontal, par craniotomie	0 1 Y 0 4 Y			I,J,K,T 7,A	951,48 316,13	543 1 251 1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

LAEA004	Avancement combiné du front et de la face [Monobloc frontofacial], sans pose de distracteur	0 1 Y	J,K,T	632,24	567	1
	Activité 1 : geste extracrânien	0 2 Y	J,K,T	632,24	0	1
	Activité 2 : geste intracrânien	0 4 Y	7,A	468,98	330	1
	Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, LAFA008, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LAEA009	Avancement combiné du front et de la face [Monobloc frontofacial], avec pose de distracteur	0 1 Y	J,K,T	632,24	567	1
	Activité 1 : geste extracrânien	0 2 Y	J,K,T	632,24	0	1
	Activité 2 : geste intracrânien	0 4 Y	7,A	468,98	330	1
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale					
	Environnement : spécifique ; neurochirurgien et réanimation pédiatrique et néonatale à proximité					
	Recueil prospectif de données : nécessaire					
	Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, LAFA008, LBLP001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
11.02.02.04 Autres actes thérapeutiques sur l'étage supérieur de la face						
LAPA004	Ostéotomie du complexe naso-ethmoïdo-maxillo-fronto-orbitaire pour cal vicieux, par abord facial et par abord coronal	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	J,K,T,X	567,20	585	1
		0 2 Y	J,K,T	394,81	0	1
		0 4 Y	7,A	334,55	210	1
	Activité 1 : geste extracrânien					
	Activité 2 : geste intracrânien					
	Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LABA001	Apposition modelante de l'étage supérieur de la face, par abord coronal	0 1 Y	9,J,K,O,T	257,37	262	1
	Avec ou sans : meulage	0 4 Y	A	148,36	199	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LABA003	Apposition modelante de l'étage supérieur de la face, par abord facial	0 1 Y	J,K,O,T	167,32	141	1
	Avec ou sans : meulage	0 4 Y	A	108,87	138	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
11.02.03 Actes thérapeutiques sur le squelette de l'étage moyen de la face						
	Indication : acte thérapeutique					
	Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés					
11.02.03.01 Réduction orthopédique de fracture de l'étage moyen de la face						
LAEP002	Réduction orthopédique de fracture de l'os nasal [des os propres du nez]	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1	9,F,I,P,S,U	63,91	27	1
		0 4	A,F,P,S,U	76,61	24	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
LAEP003	Réduction orthopédique de traumatisme nasal obstétrical	0 1	9,F,I,P,S,U	59,29	65	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
LAEP001	Réduction orthopédique de fracture de l'os zygomatique [malaire] ou de l'arcade zygomatique	0 1	F,L,P,S,T,U	104,50	42	1
	Réduction transcutanée ou transmuqueuse de fracture du malaire ou de l'arcade zygomatique	0 4	A,F,L,P,S,T,U	73,31	38	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
11.02.03.02 Réduction orthopédique de fracture occlusofaciale						
LBED001	Réduction orthopédique de fracture occlusofaciale [fracture type Le Fort I, II ou III], avec contention par blocage maxillo-mandibulaire	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1	F,J,K,L,P,S,T,U	250,80	149	1
		0 4	7,A,F,L,P,S,U	107,67	89	1
	Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
LBED004	Réduction orthopédique de disjonction intermaxillaire ou de fracture du palais, avec contention par blocage maxillo-mandibulaire	0 1	F,J,K,P,S,T,U	250,80	166	1
		0 4	7,A,F,P,S,U	110,23	96	1
	Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
LBEP009	Réduction orthopédique de disjonction intermaxillaire ou de fracture du palais, avec contention par appareillage personnalisé	0 1	F,J,K,P,S,T,U	250,80	131	1
		0 4	7,A,F,P,S,U	104,50	81	1
	Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
11.02.03.03 Traitement chirurgical des fractures de l'étage moyen de la face						
	Comprend : reconstruction [réfection] d'os de la face pour lésion traumatique					
LAEA007	Réduction de fracture de l'os nasal, par abord direct	0 1 Y	F,I,O,P,S,U	58,52	46	1
		0 4 Y	A,F,P,S,U	58,65	25	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
LAEA001	Réduction de fracture du bord supraorbitaire sans interposition, par abord sourcilier	0 1 Y	F,J,K,L,P,S,T,U	209,00	135	1
		0 4 Y	7,A,F,L,P,S,U	90,46	72	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
LAEA003	Réduction de fracture du bord supraorbitaire avec interposition de matériau inerte et/ou autogreffe, par abord sourcilier	0 1 Y	F,J,K,L,P,S,T,U	209,00	188	1
		0 4 Y	7,A,F,L,P,S,U	100,00	93	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LAEB001	Réduction de fracture du plancher de l'orbite à foyer fermé, par ballonnet intrasinusien introduit par abord intrabuccal	0 1 Y	F,J,K,L,P,S,T,U	167,20	90	1
		0 4 Y	A,F,L,P,S,T,U	106,59	61	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
LAMA007	Réfection du plancher de l'orbite, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	209,00	153	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	92,67	79	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LAMA005	Réfection de la paroi médiale de l'orbite, par abord coronal	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	229,65	330	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	97,43	145	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LAMA003	Réfection de la paroi médiale de l'orbite, par abord facial	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	209,00	203	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,T,U	101,83	98	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

LAMA008	Réfection de paroi de l'orbite avec réparation d'un délabrement de la région orbitaire et de son contenu	0 1	9,F,P,S,T,U,X	452,35	508	1
		0 4	7,A,F,P,S,T,U	157,53	251	1
<i>Avec ou sans : interposition de matériau inerte ou de greffe</i>						
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LACA001	Ostéosynthèse de fracture du bord infraorbitaire, à foyer ouvert	0 1 Y	F,J,K,L,P,S,T,U	209,00	141	1
		0 4 Y	7,A,F,L,P,S,T,U	91,19	74	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
LACB002	Ostéosynthèse de fracture de l'os zygomatique [malaire] ou de l'arcade zygomatique, à foyer fermé	0 1 Y	F,J,K,L,O,P,S,T,U	239,49	133	1
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,T,U	114,09	78	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
LACA002	Ostéosynthèse de fracture de l'os zygomatique [malaire], à foyer ouvert	0 1 Y	F,J,K,L,P,S,T,U	239,49	171	1
		0 4 Y	7,A,F,L,P,S,T,U	114,09	93	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
LACA003	Ostéosynthèse de fracture de l'os zygomatique [malaire] avec réfection du plancher de l'orbite, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,L,O,P,S,T,U	343,99	256	1
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,T,U	155,89	126	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
LACA008	Ostéosynthèse de fractures latéofaciales multiples à foyer ouvert, par abord coronal	0 1 Y	F,I,J,K,L,P,S,T,U	333,94	359	1
		0 4 Y	7,A,F,L,P,S,U	125,99	142	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
LACA007	Ostéosynthèse de fractures latéofaciales multiples à foyer ouvert, par abord facial	0 1 Y	F,J,K,L,O,P,S,T,U	258,08	292	1
		0 4 Y	7,A,F,L,P,S,U	116,46	115	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
LACB001	Ostéosynthèse de fracture maxillonasale, à foyer fermé	0 1 Y	F,J,K,L,P,S,T,U	167,20	137	1
		0 4 Y	7,A,F,L,P,S,U	104,50	82	1
<i>Fixation transcutanée de fracture maxillonasale</i>						
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBCA010	Ostéosynthèse de disjonction intermaxillaire ou de fracture du palais, par abord intrabuccal	0 1 Y	9,F,J,K,L,O,P,S,T,U	187,89	177	1
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,U	111,34	101	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>						
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBCA003	Ostéosynthèse et/ou suspension faciale pour fracture occlusofaciale de type Le Fort I, par abord direct	0 1 Y	9,F,J,K,L,O,P,S,T,U	224,04	224	1
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,U	129,30	111	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>						
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBCA009	Ostéosynthèse et/ou suspension faciale pour fracture occlusofaciale de type Le Fort II, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,L,P,S,T,U	229,77	254	1
		0 4 Y	7,A,F,L,P,S,U	136,63	123	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>						
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBCA005	Ostéosynthèse et/ou suspension faciale pour fracture occlusofaciale de type Le Fort III, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,L,P,S,T,U	236,36	265	1
		0 4 Y	7,A,F,L,P,S,U	138,09	128	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>						
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LACB003	Ostéosynthèse de fracture panfaciale instable par appareillage à ancrage péricrânien, à foyer fermé	0 1 Y	F,J,K,L,P,S,T,U	301,49	424	1
		0 4 Y	7,A,F,L,P,S,U	151,29	165	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
11.02.03.04 Décompression et agrandissement de l'orbite						
LAPA012	Décompression de l'orbite par effondrement de la paroi inférieure et/ou de la paroi médiale, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	281,98	173	1
<i>Avec ou sans : résection de graisse orbitaire</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
LAPA003	Décompression de l'orbite par effondrement de trois parois, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	322,15	282	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,T,U	106,22	131	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
LAPA013	Ostéotomie d'agrandissement du cadre de l'orbite, par abord coronal	0 1 Y	J,K,T	371,12	450	1
		0 4 Y	7,A,T	119,05	190	1
Coder éventuellement 14 : (LAF A008, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LAPA011	Ostéotomie d'agrandissement du cadre de l'orbite, par abord facial	0 1 Y	9,J,K,T,X	441,71	347	1
		0 4 Y	7,A,T	112,83	162	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
<i>Environnement : spécifique ; neurochirurgical et réanimation pédiatrique et néonatale à proximité</i>						
<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>						
Coder éventuellement 14 : (LAF A008, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LAPA007	Ostéotomie du cadre de l'orbite pour dystopie posttraumatique, par abord facial et par abord coronal	0 1 Y	J,K,T	228,94	316	1
		0 2 Y	J,K,T	228,94	0	1
		0 4 Y	7,A,T	142,51	150	1
<i>Activité 1 : geste extracrânien</i>						
<i>Activité 2 : geste intracrânien</i>						
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
11.02.03.05 Ostéotomie maxillaire						
À l'exclusion de : ostéotomie pour séquelle de fente orofaciale (LBPA028, LBPA024)						

LBPA027	Ostéotomie maxillaire totale basse préimplantaire ou préprothétique avec interposition, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	478,98	400	1
		0 4 Y	7,A	249,08	152	1
<i>Facturation : l'ostéotomie préimplantaire n'est facturable que dans le cadre du traitement :</i>						
<i>- chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i>						
<i>- des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i>						
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA029	Ostéotomie maxillaire type Le Fort I non segmentée avec avancée, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	478,98	297	1
		0 4 Y	7,A	249,08	130	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA015	Ostéotomie maxillaire type Le Fort I non segmentée avec recul ou déplacement vertical, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	478,98	358	1
		0 4 Y	7,A	249,08	153	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA035	Ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 2 fragments, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	478,98	355	1
		0 4 Y	7,A	249,08	152	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA006	Ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 3 fragments ou plus, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	478,98	417	1
		0 4 Y	7,A	249,08	176	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA022	Ostéotomie maxillaire type hémi-Le Fort I, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	478,98	326	1
		0 4 Y	7,A	249,08	141	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA017	Ostéotomie maxillaire d'élévation sans mobilisation du palais, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	478,98	338	1
		0 4 Y	7,A	249,08	145	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA031	Ostéotomie maxillaire segmentaire antérieure, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	374,48	207	1
		0 4 Y	7,A	186,38	103	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA009	Ostéotomie maxillaire segmentaire postérieure unilatérale, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	374,48	201	1
		0 4 Y	7,A	186,38	83	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA008	Ostéotomie maxillaire segmentaire postérieure bilatérale, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	531,23	310	1
		0 4 Y	7,A	249,08	130	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>						
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA012	Ostéotomie maxillaire interalvéolaire [Corticotomie alvéolodentaire] unique ou multiple, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	374,48	140	1
		0 4 Y	7,A	186,38	73	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA032	Ostéotomie sagittale intermaxillaire sans pose d'un disjoncteur fixe, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	478,98	108	1
		0 4 Y	7,A	249,08	60	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA043	Ostéotomie sagittale intermaxillaire avec pose d'un disjoncteur fixe, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	478,98	163	1
		0 4 Y	7,A	249,08	84	1
Coder éventuellement 14 : (LPLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA010	Ostéotomie maxillozygomatique sans mobilisation de la pyramide nasale, par abord direct	0 1 Y	J,K,T	478,98	338	1
		0 4 Y	7,A	249,08	145	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA038	Ostéotomie maxillonasale type Le Fort II, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,T	626,76	514	1
		0 4 Y	7,A	249,08	213	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
11.02.03.06 Autres ostéotomies de l'étage moyen de la face						
LAPA002	Ostéotomie de l'os zygomatique [malaire], par abord facial	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,J,K,T	275,80	249	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LAPA010	Ostéotomie du tiers latéral de la face, par abord coronal	0 1 Y	J,K,T,X	455,89	420	1
		0 4 Y	7,A,T	132,22	161	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LAPA009	Ostéotomie craniofaciale extracrânienne type Le Fort III, par abord intrabuccal et par abord coronal	0 1 Y	J,K,T	695,85	684	1
		0 4 Y	7,A	214,69	290	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LAPA014	Ostéotomie craniofaciale extracrânienne type Le Fort III avec bipartition faciale, par abord intrabuccal et par abord coronal	0 1 Y	J,K,T,X	1198,9	727	1
		0 4 Y	7,A	229,35	341	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
11.02.03.07 Maxillectomie						
LBFA006	Maxillectomie supérieure sans reconstruction	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	J,K,O,T,X	475,09	276	1
<i>Exérèse de la suprastructure de l'os maxillaire</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA011	Maxillectomie supérieure, avec reconstruction du plancher de l'orbite par lambeau de septum nasal	0 1 Y	I,J,K,O,T	521,29	330	1
		0 4 Y	7,A	178,38	191	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA033	Maxillectomie moyenne	0 1 Y	J,K,O,T,X	475,09	276	1
		0 4 Y	7,A	150,56	159	1
<i>Exérèse de la mésostructure de l'os maxillaire</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA024	Maxillectomie inférieure	0 1 Y	I,J,K,O,T	359,59	240	1
		0 4 Y	7,A	143,96	139	1
<i>Exérèse de l'infrastructure de l'os maxillaire</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA005	Maxillectomie totale sans reconstruction	0 1 Y	I,J,K,T	595,98	330	1
		0 4 Y	7,A	140,30	191	1
<i>Exérèse de la totostructure de l'os maxillaire</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA007	Maxillectomie totale, avec reconstruction du plancher de l'orbite par lambeau de septum nasal	0 1 Y	9,I,J,K,T	615,23	360	1
		0 4 Y	7,A	162,26	208	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

11.02.03.08 Autres résections osseuses de l'étage moyen de la face

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LBFA023 Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de moins de 2 cm de grand axe, par abord intrabuccal <i>Avec ou sans : avulsion dentaire</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY614, ZZHA001, ZZLP025)	0	1	Y	X	58,14	105	1
LBFA030 Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de 2 cm à 4 cm de grand axe, par abord intrabuccal <i>Avec ou sans : avulsion dentaire</i> Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY614) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	9	80,83	104	1
	0	4	Y	7,A	64,88	45	1
LBFA002 Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de plus de 4 cm de grand axe, par abord intrabuccal <i>Avec ou sans : avulsion dentaire</i> Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY614) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	9,O	121,95	116	1
	0	4	Y	7,A	69,27	46	1
LBFA028 Exérèse d'un quadrant de la voûte palatine, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	J,K,T	167,20	138	1
	0	4	Y	7,A	112,90	64	1
LBFA014 Exérèse d'une hémivoûte palatine, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	J,K,O,T	177,96	189	1
	0	4	Y	7,A	125,36	84	1
LBFA001 Exérèse de la totalité de la voûte palatine, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	I,J,K,T	229,01	247	1
	0	4	Y	7,A	140,75	107	1
LAF012 Résection modelante de l'étage moyen de la face, par abord intrabuccal Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	9,J,K,O,T	197,81	162	1
	0	4	Y	7,A	89,44	80	1

11.02.03.09 Apposition modelante et comblement osseux de l'étage moyen de la face

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LABA004 Apposition modelante de l'étage moyen de la face, par abord direct Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	9,J,K,O,T	202,07	147	1
	0	4	Y	7,A	86,88	75	1
LAMA012 Comblement d'une dépression de la région orbitofaciale, sans exentération de l'orbite, par matériau inerte ou autogreffe <i>Avec ou sans : correction d'une énoptalmie</i> Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	J,K,O,T	330,34	312	1
	0	4	Y	7,A,T	137,71	139	1

11.02.03.10 Autres réparations du squelette de l'étage moyen de la face

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LAMA004 Remodelage du rebord de l'orbite sans autogreffe, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	J,K,T	167,20	340	1
	0	4	Y	7,A,T	83,58	78	1
LAMA010 Remodelage du rebord de l'orbite avec autogreffe osseuse, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041, YYYY188)	0	1	Y	9,J,K,T	229,72	389	1
	0	4	Y	7,A,T	117,93	124	1
LAMA001 Reconstruction du tiers latéral du massif facial pour syndrome malformatif, par abord facial et par abord coronal Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	9,I,J,K,T	507,64	484	1
	0	4	Y	7,A,T	136,24	212	1
LAMA011 Réparation d'une fente craniofaciale impliquant l'orbite sans abord de l'étage antérieur de la base du crâne Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	J,K,T,X	1186,87	603	1
	0	4	Y	7,A	161,90	323	1
LAMA002 Réparation d'une fente craniofaciale impliquant l'orbite avec abord de l'étage antérieur de la base du crâne Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	J,K,T,X	1566,18	900	1
	0	4	Y	7,A	195,63	487	1

11.02.04 Actes thérapeutiques sur la mandibule

À l'exclusion de : actes thérapeutiques sur l'arcade alvéolaire (cf 07.02.05)

Indication : acte thérapeutique

Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés

11.02.04.01 Réduction orthopédique de fracture de la mandibule

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LBEP002 Réduction orthopédique de fracture du corps de la mandibule, avec contention par appareillage personnalisé Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1		F,L,P,S,U	125,40	119	1
	0	4		7,A,F,L,P,S,U	69,65	51	1
LBED002 Réduction orthopédique de fracture unifocale du corps de la mandibule, avec contention mandibulaire Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1		F,L,P,S,U	209,00	156	1
	0	4		7,A,F,L,P,S,U	90,10	68	1
LBED005 Réduction orthopédique de fracture plurifocale du corps de la mandibule, avec contention mandibulaire Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1		F,L,P,S,U	209,00	203	1
	0	4		7,A,F,L,P,S,U	100,36	90	1
LBED006 Réduction orthopédique de fracture extracondyloire unifocale de la mandibule, avec blocage maxillomandibulaire Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1		F,L,P,S,U	209,00	131	1
	0	4		7,A,F,L,P,S,U	86,43	57	1
LBED003 Réduction orthopédique de fracture extracondyloire plurifocale de la mandibule, avec blocage maxillomandibulaire Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1		F,L,P,S,U	209,00	131	1
	0	4		7,A,F,L,P,S,U	86,43	57	1

11.02.04.02 Ostéosynthèse de la mandibule

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LBCB002 Ostéosynthèse de fracture extracondyloire unifocale de la mandibule, à foyer fermé <i>Ostéosynthèse d'une fracture extracondyloire unifocale de la mandibule par fixateur externe, broches de Kirschner</i> <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i> Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,J,K,L,O,P,S,T,U	239,49	136	1
	0	4	Y	7,A,F,L,O,P,S,U	116,46	53	1

LBCA006	Ostéosynthèse de fracture extracondyloire unifocale de la mandibule, à foyer ouvert <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>	0 1 Y	F,J,K,L,O,P,S,T,U	239,49	147	1		
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,U	117,57	87	1		
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
LBCB001	Ostéosynthèse de fracture extracondyloire plurifocale de la mandibule, à foyer fermé <i>Ostéosynthèse d'une fracture extracondyloire plurifocale de la mandibule par fixateur externe, broches de Kirschner</i> <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>	0 1 Y	F,J,K,L,P,S,T,U	239,49	212	1		
		0 4 Y	7,A,F,L,P,S,U	126,36	82	1		
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
LBCA002	Ostéosynthèse de fracture extracondyloire plurifocale de la mandibule, à foyer ouvert <i>À l'exclusion de : ostéosynthèse de fracture extracondyloire bifocale de la mandibule, à foyer ouvert (LBCA001)</i> <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>	0 1 Y	F,J,K,L,O,P,S,T,U	239,49	259	1		
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,U	136,62	100	1		
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
LBCA001	Ostéosynthèse de fracture extracondyloire bifocale de la mandibule, à foyer ouvert <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>	0 1 Y	F,J,K,L,P,S,T,U	239,49	197	1		
		0 4 Y	7,A,F,L,P,S,U	124,16	76	1		
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
LBCA004	Ostéosynthèse de fracture du condyle de la mandibule à foyer ouvert, sans dissection du nerf facial <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>	0 1 Y	F,J,K,L,P,S,T,U	239,49	233	1		
		0 4 Y	7,A,F,L,P,S,T,U	124,16	76	1		
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
LBCA007	Ostéosynthèse de fracture du condyle de la mandibule à foyer ouvert, avec dissection du nerf facial <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>	0 1 Y	F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	351,66	365	1		
		0 4 Y	7,A,F,L,P,S,T,U	131,12	119	1		
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
LBCA008	Ostéosynthèse de fracture comminutive de la mandibule avec parage d'un délabrement des tissus mous de la face <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	270,84	295	1		
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	138,09	113	1		
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
11.02.04.03 Comblement de perte de substance de la mandibule		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LBBA006	Comblement de perte de substance mandibulaire interromptrice segmentaire antérieure limitée au corps, par abord intrabuccal ou facial	0 1 Y			J,K,T	313,50	459	1
		0 4 Y			7,A	155,67	151	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
LBBA004	Comblement de perte de substance mandibulaire interromptrice segmentaire latérale respectant la région articulaire, par abord intrabuccal ou facial	0 1 Y			J,K,O,T	325,43	481	1
		0 4 Y			7,A	158,97	158	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
LBBA003	Apposition modelante de la mandibule, par abord intrabuccal ou facial <i>À l'exclusion de : apposition modelante du menton, par abord intrabuccal (LBBA005)</i>	0 1 Y			9,J,K,T	186,47	159	1
		0 4 Y			7,A	99,34	81	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
LBBA005	Apposition modelante du menton, par abord intrabuccal	0 1 Y			J,K,T	167,20	89	1
		0 4 Y			7,A	87,24	51	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
11.02.04.04 Ostéotomie de la mandibule		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LBPA034	Ostéotomie segmentaire antérieure préimplantaire ou préprothétique de la mandibule avec interposition, par abord intrabuccal <i>Facturation : l'ostéotomie préimplantaire n'est facturable que dans le cadre du traitement : - chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i>	0 1 Y			J,K,T	374,48	280	1
		0 4 Y			7,A	186,38	113	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
LBPA030	Ostéotomie verticale rétrolingulaire [rétrospigienne] du ramus de la mandibule, par abord intrabuccal	0 1 Y			9,J,K,O,T	250,28	254	1
		0 4 Y			7,A,T	103,66	100	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
LBPA007	Ostéotomie verticale rétrolingulaire [rétrospigienne] du ramus de la mandibule, par abord facial	0 1 Y			I,J,K,O,T	250,28	261	1
		0 4 Y			7,A,T	93,47	102	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
LBPA021	Ostéotomie sagittale unilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], par abord intrabuccal	0 1 Y			9,J,K,T	258,79	271	1
		0 4 Y			7,A	105,50	105	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
LBPA042	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], par abord intrabuccal	0 1 Y			J,K,T	478,98	442	1
		0 4 Y			7,A	249,08	161	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
LBPA004	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire d'avancée type Le Fort I non segmentée, par abord intrabuccal <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>	0 1 Y			J,K,O,T	695,53	720	1
		0 4 Y			7,A	343,13	252	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)								

LBPA040	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire d'avancée type Le Fort I non segmentée et ostéotomie de transposition du menton osseux, par abord intrabuccal	0 1 Y	9,J,K,O,T	808,97	832	1
		0 4 Y	7,A	343,13	288	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>						
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA023	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 2 fragments, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,O,T	718,93	758	1
		0 4 Y	7,A	343,13	264	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>						
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA011	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 2 fragments et transposition du menton osseux, par abord intrabuccal	0 1 Y	9,J,K,T	882,71	936	1
		0 4 Y	7,A	343,13	322	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>						
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA020	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 3 fragments ou plus, par abord intrabuccal	0 1 Y	9,J,K,O,T	836,62	856	1
		0 4 Y	7,A	343,13	296	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>						
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA033	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 3 fragments ou plus et transposition du menton osseux, par abord intrabuccal	0 1 Y	I,J,K,T	956,44	995	1
		0 4 Y	7,A	343,13	341	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>						
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA019	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	635,73	623	1
		0 4 Y	7,A	311,78	220	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>						
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA041	Ostéotomie angulaire ou préangulaire de la mandibule, par abord facial	0 1 Y	J,K,T	218,68	212	1
		0 4 Y	7,A,T	107,76	99	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA014	Ostéotomie interruptrice du corps de la mandibule, en arrière du trou mentonnier, par abord intrabuccal	0 1 Y	9,J,K,T	266,58	212	1
		0 4 Y	7,A	118,68	99	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA005	Ostéotomie interruptrice du corps de la mandibule, en avant du trou mentonnier, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,O,T	224,04	183	1
		0 4 Y	7,A	113,55	87	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA037	Ostéotomie interruptrice de la symphyse mandibulaire, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	209,00	177	1
		0 4 Y	7,A	112,83	85	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA002	Ostéotomie sagittale du corps de la mandibule, par abord intrabuccal	0 1 Y	9,J,K,T	272,26	240	1
		0 4 Y	7,A	117,22	95	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA016	Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en arrière du trou mentonnier, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	374,48	212	1
		0 4 Y	7,A	186,38	99	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA026	Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	374,48	147	1
		0 4 Y	7,A	186,38	73	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA039	Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers, avec ostéotomie de transposition du menton osseux, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	426,73	289	1
		0 4 Y	7,A	210,38	128	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>						
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA036	Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers, avec ostéotomie maxillaire segmentaire antérieure, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	531,23	353	1
		0 4 Y	7,A	249,08	153	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>						
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA018	Ostéotomie sousalvéolaire totale de la mandibule, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	478,98	445	1
		0 4 Y	7,A	249,08	162	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA013	Ostéotomie de transposition du menton osseux, par abord intrabuccal	0 1 Y	9,I,J,K,T	170,87	147	1
		0 4 Y	7,A	88,71	73	1
<i>Indication : dysmorphoses dentosquelettiques antérieures</i>						
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
<i>Environnement : spécifique</i>						
Coder éventuellement 14 : (LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

LBPA001	Ostéotomie d'antépositionnement des épines mentonnières [apophyses geni] de la mandibule, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	478,98	189	1
		0 4 Y	7,A	249,08	90	1
Coder éventuellement 14 : (LBLP001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBPA025	Ostéotomie de la mandibule pour cal vicieux, par abord direct	0 1 Y	I,J,K,O,T	302,03	411	1
		0 4 Y	7,A	102,19	134	1
Coder éventuellement 14 : (LBLP001, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBAA001	Allongement osseux progressif de l'os maxillaire ou de la mandibule par distracteur, par abord direct	0 1 Y	J,K,T	374,48	331	1
		0 4 Y	7,A	186,38	125	1
Coder éventuellement 14 : (LBLP001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
11.02.04.05 Résection osseuse de la mandibule						
LBGA005	Évidement de la mandibule, par abord intrabuccal <i>Séquestrectomie de la mandibule</i>	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	J,K,T	104,50	90	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA015	Exérèse de lésion du ramus de la mandibule, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	167,20	145	1
		0 4 Y	7,A	69,27	67	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY614) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA018	Résection modelante de la mandibule, par abord intrabuccal <i>À l'exclusion de : résection modelante du menton, par abord intrabuccal (LBFA010)</i>	0 1 Y	J,K,O,T	176,54	176	1
		0 4 Y	7,A	78,81	85	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA010	Résection modelante du menton, par abord intrabuccal	0 1 Y	J,K,T	167,20	127	1
		0 4 Y	7,A	68,55	65	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA008	Résection non interruptrice extracondyloire de la mandibule, par abord direct <i>Exérèse de lésion de la mandibule sans interruption de la continuité osseuse</i>	0 1 Y	I,J,K,T	142,51	138	1
		0 4 Y	7,A,T	98,97	64	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA029	Résection interruptrice segmentaire antérieure du corps de la mandibule par abord direct, sans pose de dispositif intrafocal de contention ni comblement	0 1 Y	J,K,T	250,80	163	1
		0 4 Y	7,A	112,46	76	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA020	Résection interruptrice segmentaire antérieure du corps de la mandibule par abord direct, avec pose de dispositif intrafocal de contention, sans comblement	0 1 Y	9,J,K,O,T	289,98	310	1
		0 4 Y	7,A	134,82	112	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA009	Résection interruptrice segmentaire antérieure du corps de la mandibule avec comblement, par abord direct <i>À l'exclusion de : résection de la mandibule pour pseudarthrose avec comblement par autogreffe, par abord direct (LBFA004)</i> <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>	0 1 Y	9,J,K,T	423,27	546	1
		0 4 Y	7,A	128,76	178	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA004	Résection de la mandibule pour pseudarthrose avec comblement par autogreffe osseuse, par abord direct <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>	0 1 Y	9,J,K,T	386,41	493	1
		0 4 Y	7,A	155,89	160	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA036	Résection interruptrice extracondyloire segmentaire latérale de la mandibule par abord direct, sans pose de dispositif intrafocal de contention ni comblement	0 1 Y	J,K,T	250,80	183	1
		0 4 Y	7,A	116,12	82	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA027	Résection interruptrice extracondyloire segmentaire latérale de la mandibule par abord direct, avec pose de dispositif intrafocal de contention, sans comblement	0 1 Y	9,J,K,T	285,02	327	1
		0 4 Y	7,A	141,78	119	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA017	Résection interruptrice extracondyloire segmentaire latérale de la mandibule avec comblement, par abord direct <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>	0 1 Y	9,J,K,T	428,95	457	1
		0 4 Y	7,A	128,41	176	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA034	Résection interruptrice latéroterminale de la mandibule par abord direct, sans pose de dispositif latéroterminal ni comblement	0 1 Y	J,K,T	250,80	250	1
		0 4 Y	7,A	121,25	93	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA037	Résection interruptrice latéroterminale de la mandibule par abord direct, avec pose de dispositif latéroterminal de contention, sans comblement	0 1 Y	J,K,T	350,42	386	1
		0 4 Y	7,A	151,32	138	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA039	Résection interruptrice latéroterminale de la mandibule par abord direct, avec comblement par autogreffe chondrocostale <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>	0 1 Y	J,K,T	334,40	220	1
		0 4 Y	7,A	149,66	170	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA026	Résection interruptrice du processus condyloire de la mandibule par abord direct, sans pose de dispositif terminal ni comblement	0 1 Y	J,K,T	250,80	200	1
		0 4 Y	7,A	119,79	89	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LBFA022	Résection interruptrice du processus condyloire de la mandibule par abord direct, avec pose de dispositif terminal, sans comblement	0 1 Y	9,J,K,O,T	309,12	348	1
		0 4 Y	7,A	145,08	125	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

LBFA038	Réséction interruptrice du processus condyloire de la mandibule par abord direct, avec comblement par autogreffe chondrocostale	0 1 Y	J,K,T	334,40	405	1
		0 4 Y	7,A	152,59	170	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>						
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

11.02.04.06 Autres actes thérapeutiques sur la mandibule

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LBPA003	0	1	Y	I,J,K,T	148,18	126	1
				7,A	70,38	54	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
LBDD001	0	1	Y	J,K,T	343,99	164	1
				7,A	155,89	63	1
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i>							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
LBMA002	0	1	Y	J,K,T	392,38	574	1
				7,A,T	132,94	203	1
Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							

11.02.05 Autres actes thérapeutiques sur le crâne et la face

11.02.05.01 Évacuation et drainage de collection du crâne et de la face

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QAJH004	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	107,78	201	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
QAJH001	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	83,60	249	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
QAJH002	0	1	Y	F,P,S,U,X	148,95	256	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
QAJH003	0	1	Y	F,I,P,S,U,X	51,84	316	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

11.02.05.02 Pose d'implant osseux sur le crâne et la face

Conditions de prise en charge par l'assurance maladie du traitement des agénésies dentaires multiples liées aux maladies rares, chez l'enfant :

- oligodontie mandibulaire (agénésie d'au moins 6 dents permanentes à l'arcade mandibulaire, non compris les dents de sagesse) avec pose de 2 implants (voire 4 maximum) uniquement dans la région antérieure mandibulaire, au-delà de 6 ans et jusqu'à la fin de la croissance, après échec ou intolérance de la prothèse conventionnelle.

- Un protocole de soins doit être établi dans les conditions prévues à l'article L324-1 du code de la Sécurité sociale.

Conditions de prise en charge par l'Assurance maladie chez l'adulte :

Traitement des agénésies dentaires multiples liées aux maladies rares, chez l'adulte, avec pose d'implants : Agénésie d'au moins 6 dents permanentes pour l'ensemble de la denture, non compris les dents de sagesse, dont l'une au moins des dents absentes fait partie des dents indiquées dans le tableau suivant :

17, 16, 14, 13, 11 21, 23, 24, 26, 27

47, 46, 44, 43, 42, 41 31, 32, 33, 34, 36, 37

Le diagnostic de maladie rare doit être confirmé par un généticien ou un praticien d'un centre de référence ou de compétence des maladies rares.

Cette prise en charge s'applique lorsque la croissance est terminée.

Un protocole de soins doit être établi dans les conditions prévues à l'article L.324-1 du code de la sécurité sociale.

Conditions de prise en charge par l'Assurance maladie du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires :

- quatre implants maximum au maxillaire

- deux implants maximum à la mandibule

La prise en charge est limitée aux cas où la rétention et la stabilisation d'une prothèse adjointe ne peuvent être assurées que par la pose d'implants intra osseux intra buccaux.

La prescription d'une telle réhabilitation prothétique nécessite une réunion de concertation pluridisciplinaire associant le chirurgien maxillo facial, l'oncologue, le radiothérapeute et le stomatologue ou le chirurgien dentiste.

LBLD075	0	1	Y		438,90	134	1
<i>Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i>							
Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)							
LBLD066	0	1	Y		806,74	175	1
<i>Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i>							
Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)							
LBLD281	0	1	Y		1174,5	221	1
					8		
<i>Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i>							
Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)							
LBLD117	0	1	Y		1542,4	260	1
					2		
<i>Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i>							
Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)							
LBLD015	0	1	Y		422,18	134	1
<i>Facturation :</i>							
- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare							
- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires							
Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)							
LBLD010	0	1	Y		785,84	175	1
<i>Facturation :</i>							
- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare							
- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires							
Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)							

LBLD013 Pose de 3 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	0	1	Y		1149,5	221	1
<i>Facturation :</i>							
- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare							
- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires							
Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)							
LBLD004 Pose de 4 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	0	1	Y		1513,1	260	1
<i>Facturation :</i>							
- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare							
- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires							
Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)							
LBLD020 Pose de 5 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	0	1	Y		1876,8	326	1
<i>Facturation :</i>							
- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare							
- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires							
Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)							
LBLD025 Pose de 6 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	0	1	Y		2240,4	330	1
<i>Facturation :</i>							
- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare							
- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires							
Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)							
LBLD026 Pose de 7 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	0	1	Y		2604,1	360	1
<i>Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i>							
Coder éventuellement 1 : (YYYY183) - 4 : (YYYY041)							
	0	4	Y	7,A	57,51	150	1
LBLD038 Pose de 8 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	0	1	Y		2967,8	397	1
<i>Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i>							
Coder éventuellement 1 : (YYYY183) - 4 : (YYYY041)							
	0	4			57,51	0	1
LBLD200 Pose de 9 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	0	1	Y		3331,4	434	1
<i>Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i>							
Coder éventuellement 1 : (YYYY183) - 4 : (YYYY041)							
	0	4			57,51	0	1
LBLD294 Pose de 10 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	0	1	Y		3695,1	471	1
<i>Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i>							
Coder éventuellement 1 : (YYYY183) - 4 : (YYYY041)							
	0	4			57,51	0	1
LBLD261 Pose de 11 implants intraosseux intrabuccaux ou plus	0	1	Y		0,00	508	5
Coder éventuellement 1 : (YYYY183)							
LALA469 Pose d'un appareillage auditif à conduction osseuse dans l'os temporal	0	1	Y	J,K,T		208	1
	0	4	Y	A		189	1
LAGA381 Ablation d'un appareillage auditif à conduction osseuse implanté dans l'os temporal	0	1	Y	J,K,T		90	1
	0	4	Y	A		59	1
LALA002 Pose d'un implant intraosseux crânien ou facial pour fixation d'épithèse ou d'appareillage auditif ostéo-intégré	0	1	Y	J,K,T	167,20	157	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)							
LALA001 Pose de plusieurs implants intraosseux crâniens et/ou faciaux pour fixation d'épithèse	0	1	Y	J,K,T	250,80	157	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP042)							
LALB001 Pose de moyen de liaison sur implants crâniens et/ou faciaux	0	1			115,20	0	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
11.02.05.03 Pose de moyen de liaison sur implant intraosseux intrabuccal	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LBLD019 Pose de moyen de liaison sur 1 implant préprothétique intraosseux intrabuccal	0	1	Y		160,93	65	1
<i>À l'exclusion de :</i>							
- pose de barre de jonction entre 2 implants intrabuccaux							
- pose de barre de jonction entre 3 implants intrabuccaux ou plus							
- pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf 07.02.03.01)							
<i>Facturation :</i>							
- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare							
- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires							
Coder éventuellement 1 : (YYYY183)							
LBLD073 Pose de moyen de liaison sur 2 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	0	1	Y		309,32	65	1
<i>À l'exclusion de :</i>							
- pose de barre de jonction entre 2 implants intrabuccaux							
- pose de barre de jonction entre 3 implants intrabuccaux ou plus							
- pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf 07.02.03.01)							
<i>Facturation :</i>							
- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare							
- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires							
Coder éventuellement 1 : (YYYY183)							

LBLD086	Pose de moyen de liaison sur 3 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	0	1	Y		457,71	65	1
<i>À l'exclusion de :</i> <ul style="list-style-type: none"> - pose de barre de jonction entre 2 implants intrabuccaux - pose de barre de jonction entre 3 implants intrabuccaux ou plus - pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf 07.02.03.01) <i>Facturation :</i> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires Coder éventuellement 1 : (YYYY183)								
LBLD193	Pose de moyen de liaison sur 4 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	0	1	Y		606,10	65	1
<i>À l'exclusion de :</i> <ul style="list-style-type: none"> - pose de barre de jonction entre 2 implants intrabuccaux - pose de barre de jonction entre 3 implants intrabuccaux ou plus - pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf 07.02.03.01) <i>Facturation :</i> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires Coder éventuellement 1 : (YYYY183)								
LBLD447	Pose de moyen de liaison sur 5 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	0	1	Y		754,49	65	1
<i>À l'exclusion de :</i> <ul style="list-style-type: none"> - pose de barre de jonction entre 2 implants intrabuccaux - pose de barre de jonction entre 3 implants intrabuccaux ou plus - pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf 07.02.03.01) <i>Facturation :</i> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare, chez l'adulte - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires Coder éventuellement 1 : (YYYY183)								
LBLD270	Pose de moyen de liaison sur 6 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	0	1	Y		902,88	65	1
<i>À l'exclusion de :</i> <ul style="list-style-type: none"> - pose de barre de jonction entre 2 implants intrabuccaux - pose de barre de jonction entre 3 implants intrabuccaux ou plus - pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf 07.02.03.01) <i>Facturation :</i> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare, chez l'adulte - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires Coder éventuellement 1 : (YYYY183)								
LBLD143	Pose de moyen de liaison sur 7 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	0	1	Y		1051,27	65	1
<i>À l'exclusion de :</i> <ul style="list-style-type: none"> - pose de barre de jonction entre 2 implants intrabuccaux - pose de barre de jonction entre 3 implants intrabuccaux ou plus - pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf 07.02.03.01) <i>Facturation :</i> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare, chez l'adulte Coder éventuellement 1 : (YYYY183)								
LBLD235	Pose de moyen de liaison sur 8 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	0	1	Y		1199,66	65	1
<i>À l'exclusion de :</i> <ul style="list-style-type: none"> - pose de barre de jonction entre 2 implants intrabuccaux - pose de barre de jonction entre 3 implants intrabuccaux ou plus - pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf 07.02.03.01) <i>Indication :</i> traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare, chez l'adulte Coder éventuellement 1 : (YYYY183)								
LBLD311	Pose de moyen de liaison sur 9 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	0	1	Y		1348,05	65	1
<i>À l'exclusion de :</i> <ul style="list-style-type: none"> - pose de barre de jonction entre 2 implants intrabuccaux - pose de barre de jonction entre 3 implants intrabuccaux ou plus - pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf 07.02.03.01) <i>Facturation :</i> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare, chez l'adulte Coder éventuellement 1 : (YYYY183)								
LBLD214	Pose de moyen de liaison sur 10 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	0	1	Y		1496,44	65	1
<i>À l'exclusion de :</i> <ul style="list-style-type: none"> - pose de barre de jonction entre 2 implants intrabuccaux - pose de barre de jonction entre 3 implants intrabuccaux ou plus - pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf 07.02.03.01) <i>Facturation :</i> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare, chez l'adulte Coder éventuellement 1 : (YYYY183)								
LBLD420	Pose de moyen de liaison sur 11 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux ou plus	0	1	Y		0,00	65	5

LBLD034	Pose de barre de jonction entre 2 implants intrabuccaux	0	1	Y				96,14	59	1	
	Facturation :										
	- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare, chez l'adulte										
	- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires										
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)										
LBLD057	Pose de barre de jonction entre 3 implants intrabuccaux ou plus	0	1	Y				144,21	72	1	
	Facturation :										
	- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare, chez l'adulte										
	- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires										
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)										
	11.02.05.04	Dégagement et activation d'implant osseux du crâne et de la face									
LABA002	Désépaulement des tissus de recouvrement d'un site implantaire	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex	
		0	1	Y				41,80	77	1	
	Facturation : implant crânien ou facial										
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)										
LAPB451	Dégagement et activation d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'enfant	0	1	Y				94,05	58	1	
	Mise en place d'un moignon transmuqueux ou transcutané										
	Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare										
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)										
LAPB311	Dégagement et activation de 2 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'enfant	0	1	Y				163,02	70	1	
	Mise en place de 2 moignons transmuqueux et/ou transcutanés										
	Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare										
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)										
LAPB459	Dégagement et activation de 3 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'enfant	0	1	Y				231,99	86	1	
	Mise en place de 3 moignons transmuqueux et/ou transcutanés										
	Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare										
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)										
LAPB408	Dégagement et activation de 4 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'enfant	0	1	Y				300,96	100	1	
	Mise en place de 4 moignons transmuqueux et/ou transcutanés										
	Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare										
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)										
LAPB002	Dégagement et activation d'1 implant intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	0	1	Y				87,78	58	1	
	Mise en place d'un moignon transmuqueux ou transcutané										
	Facturation :										
	- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare										
	- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires										
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)										
LAPB004	Dégagement et activation de 2 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	0	1	Y				154,66	70	1	
	Mise en place de 2 moignons transmuqueux et/ou transcutanés										
	Facturation :										
	- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare										
	- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires										
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)										
LAPB003	Dégagement et activation de 3 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	0	1	Y				221,54	86	1	
	Mise en place de 3 moignons transmuqueux et/ou transcutanés										
	Facturation :										
	- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare										
	- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires										
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)										
LAPB001	Dégagement et activation de 4 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	0	1	Y				288,42	100	1	
	Mise en place de 4 moignons transmuqueux et/ou transcutanés										
	Facturation :										
	- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare										
	- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires										
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)										
LAPB005	Dégagement et activation de 5 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	0	1	Y				355,30	105	1	
	Mise en place de 5 moignons transmuqueux et/ou transcutanés										
	Facturation :										
	- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare										
	- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires										
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)										
LAPB006	Dégagement et activation de 6 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	0	1	Y				422,18	110	1	
	Mise en place de 6 moignons transmuqueux et/ou transcutanés										
	Facturation :										
	- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare										
	- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires										
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)										
LAPB007	Dégagement et activation de 7 implants intraosseux intra buccaux, chez l'adulte	0	1	Y				489,06	120	1	
	Mise en place de 7 moignons transmuqueux et/ou transcutanés										
	Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare										
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)										
LAPB047	Dégagement et activation de 8 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	0	1	Y				555,94	130	1	
	Mise en place de 8 moignons transmuqueux et/ou transcutanés										
	Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare										
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)										

LAPB030	Dégagement et activation de 9 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte <i>Mise en place de 9 moignons transmuqueux et/ou transcutanés</i> <i>Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)	0	1	Y		622,82	140	1
LAPB122	Dégagement et activation de 10 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte <i>Mise en place de 10 moignons transmuqueux et/ou transcutanés</i> <i>Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)	0	1	Y		689,70	150	1
LAPB288	Dégagement et activation de 11 implants intraosseux intrabuccaux ou plus Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0	1	Y		0,00	160	5

11.02.05.05 Ablation de matériel osseux sur le crâne et la face

Facturation : les actes d'ablation de matériel sur un os ne peuvent pas être facturés avec les actes d'exérèse, ou de résection partielle d'un os, d'ostéophytes ou d'exostose sur le même os

LAGA004	Ablation de matériel externe d'ostéosynthèse ou de distraction du crâne et/ou du massif facial Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	88,63	95	1
		0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	48,00	40	1
LAGA003	Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse ou de distraction du massif facial sur un site, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	81,54	94	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U	48,00	43	1
LAGA005	Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse ou de distraction du massif facial sur 2 sites, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,J,K,P,S,T,U,X	110,60	148	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U	72,00	65	1
LAGA002	Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse du massif facial sur 3 sites ou plus, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	121,95	153	1
		0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	72,00	69	1
LZGA001	Ablation de biomatériau de la face et/ou du cou, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	81,54	94	1
		0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	48,00	43	1
LAGA006	Ablation d'un implant intraosseux crânien ou facial sans résection osseuse, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	44,67	57	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U	48,00	32	1
LAGA001	Ablation de plusieurs implants intraosseux crâniens et/ou faciaux sans résection osseuse, par abord facial Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,I,J,K,P,S,T,U	58,85	83	1
		0	4	Y	7,A,F,P,S,U	48,00	44	1
LBGA280	Ablation d'1 implant intraosseux intrabuccal avec résection osseuse, chez l'enfant <i>Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)	0	1	Y	F,U	87,78	99	1
LBGA441	Ablation de 2 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'enfant <i>Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)	0	1	Y	F,U	106,59	141	1
LBGA354	Ablation de 3 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'enfant <i>Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183) - 4 : (YYYY041)	0	1	Y	F,U	125,40	171	1
		0	4	Y	F,U	57,51	73	1
LBGA049	Ablation de 4 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'enfant <i>Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183) - 4 : (YYYY041)	0	1	Y	F,U	144,21	200	1
		0	4	Y	F,U	57,51	85	1
LBGA004	Ablation d'1 implant intraosseux intrabuccal avec résection osseuse, chez l'adulte <i>Facturation :</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)	0	1	Y	F,U	71,06	99	1
LBGA003	Ablation de 2 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte <i>Facturation :</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183, ZZLP025)	0	1	Y	F,U	85,69	141	1
LBGA002	Ablation de 3 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte <i>Facturation :</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183) - 4 : (YYYY041)	0	1	Y	F,U	100,32	171	1
		0	4	Y	7,A,F,U	57,51	73	1
LBGA006	Ablation de 4 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte <i>Facturation :</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183) - 4 : (YYYY041)	0	1	Y	F,U	114,95	200	1
		0	4	Y	7,A,F,U	57,51	85	1
LBGA007	Ablation de 5 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte <i>Facturation :</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183) - 4 : (YYYY041)	0	1	Y	F,U	129,58	230	1
		0	4	Y	7,A,F,U	57,51	97	1
LBGA008	Ablation de 6 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte <i>Facturation :</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> <i>- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183) - 4 : (YYYY041)	0	1	Y	F,U	144,21	250	1
		0	4	Y	7,A,F,U	57,51	109	1

LBGA009	Ablation de 7 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte <i>Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,U 7,A,F,U	158,84 57,51	270 1 121 1
LBGA139	Ablation de 8 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte <i>Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4	F,U F,U	173,47 57,51	290 1 0 1
LBGA052	Ablation de 9 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte <i>Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4	F,U F,U	188,10 57,51	310 1 0 1
LBGA168	Ablation de 10 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte <i>Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY183) - 4 : (YYYY041)	0 1 Y 0 4	F,U F,U	202,73 57,51	330 1 0 1
LBGA113	Ablation de 11 implants intraosseux intrabuccaux ou plus, avec résection osseuse Coder éventuellement 1 : (YYYY183)	0 1 Y		0,00	350 5

11.02.05.06 Autres actes thérapeutiques sur le squelette du crâne et de la face

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LBFA031	0	1	Y	9,O	36,87	85	1
<i>Résection d'hypertrophie osseuse intrabuccale</i> <i>Exérèse de crête alvéolaire, de torus ou d'exostose intrabuccale</i> Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)							
LFAFA013	0	1	Y	J,K,T	167,20	100	1
<i>Exérèse partielle d'un os de la face sans interruption de la continuité, par abord direct</i> <i>À l'exclusion de : · exérèse de lésion</i> <i>- du maxillaire (cf 11.02.03.08)</i> <i>- de la mandibule (cf 11.02.03.08, 11.02.04.05)</i> <i>· résection d'hypertrophie osseuse intrabuccale (LBFA031)</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
<i>0 4 Y 7,A 89,44 48 1</i>							

11.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'ARTICULATION TEMPOROMANDIBULAIRE

11.03.01 Infiltration de l'articulation temporomandibulaire

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LBLB002	0	1		T,X	17,02	31	1
<i>Infiltration périarticulaire temporomandibulaire, par voie transcutanée</i>							
LBLB001	0	1		I,T,X	32,61	43	1
<i>Infiltration et/ou lavage de l'articulation temporomandibulaire, par voie transcutanée</i>							

11.03.02 Réduction de luxation de l'articulation temporomandibulaire

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LBEP005	0	1		F,L,P,S,U,X	19,14	54	1
<i>Réduction orthopédique d'une luxation temporomandibulaire unilatérale ou bilatérale</i> Coder éventuellement 1 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014, ZZLP025)							
LBEA001	0	1	Y	F,J,K,L,O,P,S,T,U	167,20	142	1
<i>Réduction d'une luxation temporomandibulaire, par abord direct</i> Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
<i>0 4 Y 7,A,F,L,O,P,S,T,U 88,71 71 1</i>							

11.03.03 Résection de l'articulation temporomandibulaire

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LBFA032	0	1	Y	J,K,T	167,20	159	1
<i>Éminectomie [Condyloplastie temporale] ou création de butée temporomandibulaire</i> Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
<i>0 4 Y 7,A,T 84,67 78 1</i>							
LBFA025	0	1	Y	J,K,T	167,20	139	1
<i>Coronoïdectomie mandibulaire, par abord intrabuccal</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
<i>0 4 Y 7,A 78,08 63 1</i>							
LBFA003	0	1	Y	J,K,O,T	170,87	159	1
<i>Résection partielle de la tête du condyle de la mandibule, par abord facial</i> Coder éventuellement 14 : (LBLE001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
<i>0 4 Y 7,A,T 92,37 78 1</i>							

11.03.04 Plastie et reconstruction de l'articulation temporomandibulaire

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LBMA006	0	1	Y	J,K,T	209,00	194	1
<i>Condyloplastie mandibulaire, par arthrotomie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
<i>0 4 Y 7,A 104,50 92 1</i>							
LBMA001	0	1	Y	J,K,T	376,20	452	1
<i>Reconstruction de l'articulation temporomandibulaire par prothèse</i> Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
<i>0 4 Y 7,A 177,65 164 1</i>							
LBMA004	0	1	Y	J,K,T	379,09	549	1
<i>Reconstruction du condyle de la mandibule par greffe ostéochondrale</i> <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i> Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
<i>0 4 Y 7,A 132,79 195 1</i>							

11.03.05 Actes thérapeutiques sur le disque de l'articulation temporomandibulaire

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LBFA013	0	1	Y	J,K,T	167,20	133	1
<i>Dissectomie temporomandibulaire, par arthrotomie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
<i>0 4 Y 7,A,T 65,61 68 1</i>							
LBDA001	0	1	Y	J,K,T	167,20	144	1
<i>Discopexie temporomandibulaire, par arthrotomie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
<i>0 4 Y 7,A,T 66,71 73 1</i>							
LBMA003	0	1	Y	J,K,T	209,00	194	1
<i>Reconstruction discale temporomandibulaire, par arthrotomie</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
<i>0 4 Y 7,A,T 104,50 92 1</i>							

11.03.06 Résection de bloc d'ankylose temporomandibulaire

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LBFA019	0	1	Y	J,K,O,T	210,57	299	1
<i>Résection de bloc d'ankylose temporomandibulaire latérale, par abord direct</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
<i>0 4 Y 7,A 110,97 117 1</i>							
LBFA035	0	1	Y	J,K,T	313,50	390	1
<i>Résection d'un bloc d'ankylose temporomandibulaire complète, par abord direct</i> <i>Avec ou sans : interposition de lambeau</i> <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
<i>0 4 Y 7,A 156,75 147 1</i>							
LBFA016	0	1	Y	9,J,K,O,T	446,67	584	1
<i>Résection d'un bloc d'ankylose temporomandibulaire complète avec reconstruction de l'articulation par prothèse, par abord direct</i> <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)</i> Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
<i>0 4 Y 7,A 177,65 212 1</i>							

LBFA012	Résection d'un bloc d'ankylose temporomandibulaire complète avec reconstruction du condyle de la mandibule par greffe ostéocondrale, par abord direct	0 1 Y	I,J,K,T	641,65	741	1
		0 4 Y	7,A	170,17	263	1

Facturation : ne peut pas être facturé avec Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)

Coder éventuellement 14 : (HBDD007, HBDD008, HBDD014) - 4 : (GELE001, YYYY041)

11.03.07 Autres actes thérapeutiques sur l'articulation temporomandibulaire

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LBGA001	0	1	Y	9,F,I,J,K,P,S,T,U	143,22	200	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

11.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES MUSCLES DE LA TÊTE

À l'exclusion de : actes thérapeutiques sur les muscles
- de la paupière et les muscles oculomoteurs (cf chapitre 02)
- des lèvres (cf 07.02.01)

LCPA001	Libération d'une rétraction des tissus mous de la région masticatrice, par abord direct	0 1 Y	J,K	191,24	112	1
		0 4 Y	7,A	84,86	68	1

Facturation : le tarif prend en compte la réalisation de lambeau

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

LCFA001	Excision nasogénienne avec myotomie ou myectomie de symétrisation faciale pour traitement palliatif de la paralysie faciale	0 1 Y	9,J,K,T	223,30	199	1
		0 4 Y	7,A	97,14	108	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

LCFA002	Excision du muscle frontal controlatéral sain pour traitement palliatif de la paralysie faciale	0 1 Y	9,J,K,T	211,75	189	1
		0 4 Y	7,A	95,67	103	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

LCMA001	Réanimation de l'hémiface paralysée par lambeau musculaire libre avec anastomoses vasculaires et nerveuses	0 1 Y	J,K,T	405,18	200	1
		0 4 Y	7,A	57,60	400	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

LCLB001	Séance d'injection de toxine botulique au niveau de la face	0 1 Y		0,00	20	1
---------	--	-------	--	------	----	---

À l'exclusion de :

- séance d'injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique au niveau des paupières (BALB001)
- injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique dans les muscles oculomoteurs (BJLB901)

Avec ou sans : électrostimulation

11.05 APPAREILLAGES SUR LE CRÂNE ET LA FACE

À l'exclusion de : pose d'appareillage pour fente orofaciale (cf 07.02.06.10)
La pose d'un appareillage personnalisé inclut sa conception, son adaptation et sa pose.

11.05.01 Appareillage d'orthopédie maxillofaciale

Indication : dysmorphoses, avant intervention chirurgicale sur le maxillaire ou la mandibule

Facturation : pour les dysmorphoses : traitement commencé avant 16 ans et commencé au plus tard 6 mois après l'accord ; la facturation s'effectue par période de 6 mois, 6 semestres maximum peuvent être facturés ; traitement en denture lactéale ou mixte, 3 semestres maximum peuvent être facturés ; un 4ème semestre peut être facturé après examen conjoint du médecin conseil et du médecin traitant ; en cas d'interruption provisoire de traitement, deux séances de surveillance maximum par semestre peuvent être facturées.

LBEP004	Réduction d'un décalage antépostérieur des arcades dentaires par dispositif orthopédique et/ou dispositif fonctionnel	0 1		0,00	180	1
---------	--	-----	--	------	-----	---

Réduction d'une promaxillie et/ou d'une rétromandibule par dispositif orthopédique et/ou dispositif fonctionnel

LBEP001	Réduction d'un décalage postéroantérieur des arcades dentaires par dispositif orthopédique et/ou dispositif fonctionnel	0 1		0,00	180	1
---------	--	-----	--	------	-----	---

Réduction d'une rétromaxillie et/ou d'une promandibule par dispositif orthopédique et/ou dispositif fonctionnel

LBEP008	Réduction d'un décalage transversal des arcades dentaires par dispositif orthopédique et/ou dispositif fonctionnel	0 1		0,00	180	1
---------	---	-----	--	------	-----	---

LBEP007	Réduction d'un décalage vertical des arcades dentaires par dispositif orthopédique et/ou dispositif fonctionnel	0 1		0,00	180	1
---------	--	-----	--	------	-----	---

LBEP003	Réduction d'une insuffisance transversale de l'os maxillaire par dispositif orthopédique et/ou dispositif fonctionnel	0 1		0,00	180	1
---------	--	-----	--	------	-----	---

Disjonction intermaxillaire rapide

LBEP006	Réduction d'une insuffisance transversale de la mandibule par dispositif orthopédique	0 1		0,00	180	1
---------	--	-----	--	------	-----	---

11.05.02 Autres appareillages sur le crâne et la face

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
HBLD057	0	1			140,16	30	1

Facturation :

- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires

Coder éventuellement 1 : (YYYY183)

HBLD078	Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire pour 2 arcades	0 1		264,96	33	1
---------	---	-----	--	--------	----	---

Facturation :

- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare, chez l'adulte
- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires

Coder éventuellement 1 : (YYYY183)

HBLD056	Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire, pour 1 arcade	0 1		94,08	30	1
---------	--	-----	--	-------	----	---

Facturation :

- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires

Coder éventuellement 1 : (YYYY183)

HBLD084	Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire pour 2 arcades	0 1		174,72	33	1
---------	--	-----	--	--------	----	---

Facturation :

- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare, chez l'adulte
- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires

Coder éventuellement 1 : (YYYY183)

HBMP001	Transformation d'un guide radiologique préimplantaire en guide chirurgical	0	1				30,72	30	1
	<i>Facturation :</i>								
	- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare								
	- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires								
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)								
LBLD014	Pose d'une orthèse métallique recouvrant totalement ou partiellement une arcade dentaire	0	1				172,80	160	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)								
LBLD011	Pose d'un appareillage par guide mandibulaire, vestibulaire ou lingual, sur 1 arcade	0	1			9,O	90,04	226	1
LBLD009	Pose d'un appareillage par guide mandibulaire, vestibulaire ou lingual, sur 2 arcades	0	1				153,60	258	1
LBLD018	Pose d'un appareillage par guide mandibulaire sagittal	0	1				153,60	258	1
LBLD003	Pose d'une gouttière maxillaire ou mandibulaire pour hémostase ou portetopique	0	1			F,U	86,40	82	1
	<i>Facturation : portetopique pour application de gel fluoré dans le cas d'une radiothérapie de la sphère oropharyngée.</i>								
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)								
LBLD006	Pose de gouttières maxillaire et mandibulaire pour hémostase ou portetopique	0	1			F,U	172,80	112	1
	<i>Facturation : portetopique pour application de gel fluoré dans le cas d'une radiothérapie de la sphère oropharyngée</i>								
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)								
LBLD022	Pose de gouttière plombée de protection dentoalvéolaire	0	1				153,60	128	1
LBLD007	Pose d'un appareillage de protection dentomaxillaire	0	1				0,00	128	1
LBLD024	Pose d'une attelle portegreffon ou d'une endoprothèse, après résection mandibulaire interruptrice	0	1	Y		J,K,T	271,70	128	1
	<i>Facturation : si respect des conditions de prise en charge mentionnées dans la liste des produits et prestations [LPP] prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>								
	<i>L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i>								
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
LBLD016	Pose d'un appareillage obturateur pour perte de substance maxillaire, chez un patient denté	0	1			I,X	151,73	394	1
	<i>À l'exclusion de : pose d'une prothèse obturatrice à étage ou d'une balle obturatrice souple après résection de l'os maxillaire (LBLA001)</i>								
LBLD023	Pose d'un appareillage obturateur pour perte de substance maxillaire, chez un patient édenté total	0	1				185,66	501	1
	<i>À l'exclusion de : pose d'une prothèse obturatrice à étage ou d'une balle obturatrice souple après résection de l'os maxillaire (LBLA001)</i>								
LBLA001	Pose d'une prothèse obturatrice à étage ou d'une balle obturatrice souple après résection de l'os maxillaire	0	1				288,00	572	1
LBLD002	Pose d'un appareillage de mobilisation en latéralité et/ou en propulsion pour fracture unicondyalaire ou bicondyalaire de la mandibule	0	1				153,60	178	1
LBLD008	Pose d'un appareillage de mobilisation mandibulaire en rotation pure	0	1				153,60	128	1
LBLD005	Pose d'un appareillage de mobilisation mandibulaire en rotation et en propulsion	0	1				153,60	193	1
LBLD021	Pose d'un appareillage actif pur de rééducation de la cinétique mandibulaire	0	1				153,60	258	1
LBLD017	Pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire	0	1				150,00	319	5
	<i>Comprend : la prise d'empreinte, la pose et le réglage de l'orthèse</i>								
	<i>Pose d'une orthèse pour syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil [SAHOS]</i>								
	<i>Indication : selon le rapport de la CNEDiMTS (Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et technologies de santé) - HAS - du 15 juillet 2014 :</i>								
	<i>- patient présentant un indice d'apnées-hypopnées compris entre 15 et 30 événements par heure, en l'absence de signe de gravité associée, et au moins trois des symptômes suivants : somnolence diurne, ronflements sévères et quotidiens, sensations d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil, fatigue diurne, nycturie, céphalées matinales</i>								
	<i>- en cas de refus ou d'intolérance au traitement du SAHOS par pression positive continue</i>								
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>								
	<i>Facturation :</i>								
	<i>- prise en charge selon les indications du rapport de la CNEDiMTS</i>								
	<i>- non associable à un traitement par pression positive continue (PPC)</i>								
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183, YYYY465)								
LBLD001	Pose d'un châssis métallique support de prothèse maxillofaciale [prothèse obturatrice]	0	1				129,00	171	5
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)								
QALP001	Pose d'un appareillage de compression pour prévention et/ou correction de cicatrices vicieuses cervicofaciales	0	1				153,60	180	1
ZAMP001	Confection d'un moulage facial	0	1				48,21	136	1
ZALP001	Pose d'une prothèse souple utilisant les contredépouilles naturelles pour ancrage de prothèse faciale	0	1				200,13	668	1
ZALP002	Pose d'une épithèse faciale plurirégionale	0	1				0,00	101	1
	<i>Facturation : prise en charge selon devis</i>								
	Coder éventuellement 1 : (YYYY183)								

12 APPAREIL OSTÉOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DU COU ET DU TRONC

Par étage de la colonne vertébrale, on entend : hauteur occupée par deux vertèbres adjacentes, le disque intervertébral et les formations capsuloligamentaires intermédiaires.

Par segment de la colonne vertébrale, on entend : la portion cervicale, la portion thoracique, la portion lombale ou la portion sacrale de la colonne vertébrale.

Par exérèse partielle d'un os, on entend :

- exérèse de fragment osseux, sans interruption de la continuité osseuse
- exérèse de lésion osseuse de surface : résection d'exostose ostéogénique, d'apophysite...
- résection osseuse unicorticale : résection d'ostéome ostéoïde...

Les radiographies, scanographies et remnographies [IRM] d'un segment de la colonne vertébrale incluent l'étude des zones transitionnelles adjacentes.

L'ostéosynthèse d'une fracture inclut sa réduction simultanée et sa contention par appareillage externe.

L'arthrodèse de la colonne vertébrale inclut l'avivement des surfaces articulaires, la préparation du site et la pose d'un greffon modelé.

12.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR LES OS, LES ARTICULATIONS ET LES TISSUS MOUS DU COU ET DU TRONC

12.01.01 Électromyographie [EMG] du cou et du tronc

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AHQP005 Électromyographie du diaphragme par électrodes de surface, sans épreuve de stimulation du nerf phrénique	0	1			0,00	54	2
AHQP007 Électromyographie du diaphragme par électrodes de surface, avec épreuve de stimulation du nerf phrénique	0	1			0,00	84	2
AHQB030 Électromyographie du diaphragme par électrodes aiguilles, sans épreuve de stimulation du nerf phrénique	0	1			51,84	43	2
AHQB031 Électromyographie du diaphragme par électrodes aiguilles, avec épreuve de stimulation du nerf phrénique	0	1		9,X	178,85	89	2

12.01.02 Mesure de pression sur le tronc

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LLQD001 Mesure de la pression transdiaphragmatique par double ballonnet, par voie oesophagienne	0	1			0,00	48	2

12.01.03 Radiographie des os et des articulations du cou et du tronc

12.01.03.01 Radiographie de la colonne vertébrale

Facturation : en cas d'association avec la radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin], seule la radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence peut être facturée

LDQK001 Radiographie du segment cervical de la colonne vertébrale selon 1 ou 2 incidences Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	31,92	24	2
LDQK002 Radiographie du segment cervical de la colonne vertébrale selon 3 incidences ou plus Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	41,42	34	2
LDQK004 Radiographie du segment cervical et du segment thoracique de la colonne vertébrale Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	74,48	42	2
LDQK005 Radiographie du segment cervical et du segment lombal de la colonne vertébrale Avec ou sans : radiographie du sacrum et/ou du coccyx Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	91,77	50	2
LEQK001 Radiographie du segment thoracique de la colonne vertébrale Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	31,92	26	2
LEQK002 Radiographie du segment thoracique et du segment lombal de la colonne vertébrale Avec ou sans : radiographie du sacrum et/ou du coccyx Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	74,48	40	2
LFQK002 Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 1 à 3 incidences Avec ou sans : radiographie du sacrum et/ou du coccyx Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	46,42	28	2
LFQK001 Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 4 incidences ou plus Avec ou sans : radiographie du sacrum et/ou du coccyx Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	46,42	40	2
LGQK001 Radiographie du sacrum et/ou du coccyx Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	19,95	27	2
LHQK007 Radiographie de la colonne vertébrale en totalité Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	101,08	30	2
LHQK004 Téléradiographie de la colonne vertébrale en totalité selon 1 incidence Coder éventuellement 1 : (YYYY030)	0	1		E,Y,Z	43,06	27	2
LHQK002 Téléradiographie de la colonne vertébrale en totalité selon 2 incidences Coder éventuellement 1 : (YYYY030)	0	1		E,Y,Z	52,90	30	2
LHQK003 Téléradiographie de la colonne vertébrale en totalité selon 2 incidences avec incidence segmentaire supplémentaire Coder éventuellement 1 : (YYYY030)	0	1		E,Y,Z	73,82	34	2
LHQH001 Arthrographie d'articulation vertébrale postérieure Coder éventuellement 1 : (YYYY420, ZZLP025)	0	1		E,Y,Z	46,55	164	2
LHQH003 Discographie intervertébrale unique, par voie transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY070, ZZLP025)	0	1		E,Y,Z	106,40	175	2
LHQH005 Discographie intervertébrale unique par voie transcutanée, avec scanographie de la colonne vertébrale [Discoscanner] Coder éventuellement 1 : (YYYY070, ZZLP025, ZZQP004)	0	1		E,Y,Z	106,40	259	2
LHQH004 Discographie intervertébrale multiple, par voie transcutanée Coder éventuellement 1 : (YYYY318, ZZLP025)	0	1		E,Y,Z	106,40	206	2

12.01.03.02 Radiographie du thorax osseux

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LJQK001 Radiographie du squelette du thorax Radiographie du gril costal Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	23,94	27	2

LJQK015	Radiographie du sternum et/ou des articulations sternoclaviculaires	0	1		B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	23,94	24	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY030)								
12.01.04	Scanographie des os et des articulations du cou et du tronc	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
LHQK001	Scanographie d'un segment de la colonne vertébrale, sans injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	57	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)								
LHQH006	Scanographie d'un segment de la colonne vertébrale, avec injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	61	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)								
LHQK005	Scanographie de plusieurs segments de la colonne vertébrale, sans injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	66	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)								
LHQH002	Scanographie de plusieurs segments de la colonne vertébrale, avec injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	70	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)								
12.01.05	Remnographie [IRM] des os et des articulations du cou et du tronc	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
LHQN001	Remnographie [IRM] d'un ou de deux segments de la colonne vertébrale et de son contenu, sans injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		F,P,S,U	69,00	107	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)								
LHQJ001	Remnographie [IRM] d'un ou de deux segments de la colonne vertébrale et de son contenu, avec injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		F,P,S,U	69,00	111	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)								
LHQN002	Remnographie [IRM] de 3 segments de la colonne vertébrale ou plus et de son contenu, sans injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		F,P,S,U	69,00	111	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)								
LHQJ002	Remnographie [IRM] de 3 segments de la colonne vertébrale ou plus et de son contenu, avec injection intraveineuse de produit de contraste	0	1		F,P,S,U	69,00	116	2	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)								
12.01.06	Ponction et biopsie des os et des articulations du cou et du tronc	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
LHHH001	Ponction ou cytoponction osseuse et/ou discale de la colonne vertébrale, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0	1		X	39,36	216	2	
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
LHHH003	Biopsie osseuse et/ou discale de la colonne vertébrale, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0	1		X	93,59	183	1	
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
LHHH002	Biopsie osseuse et/ou discale de la colonne vertébrale, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0	1		I	47,52	249	1	
	Coder éventuellement 1 : (YYYY120, ZZLP025)								
LDHA002	Biopsie osseuse et/ou discale de la colonne vertébrale, par cervicotomie antérolatérale	0	1	Y	I,J,K,T,X	267,29	321	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
LEHC001	Biopsie osseuse et/ou discale de la colonne vertébrale, par thoracoscopie	0	1	Y	J,K,T	223,19	359	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
LEHA002	Biopsie osseuse et/ou discale de la colonne vertébrale, par costotransversectomie	0	1	Y	9,J,K,T,X	214,12	259	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
LEHA003	Biopsie osseuse et/ou discale de la colonne vertébrale, par thoracotomie	0	1	Y	J,K,T	279,00	390	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
LEHA001	Biopsie osseuse et/ou discale de la colonne vertébrale, par thoraco-phréno-laparotomie	0	1	Y	J,K,T	344,25	469	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
LFHC001	Biopsie osseuse et/ou discale de la colonne vertébrale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	0	1	Y	J,K,T	235,28	359	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
LFHA001	Biopsie osseuse et/ou discale de la colonne vertébrale, par laparotomie ou par lombotomie	0	1	Y	I,J,K,T,X	267,29	350	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
LHHA006	Biopsie de l'arc vertébral, par abord postérieur	0	1	Y	9,J,K,T	131,87	213	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
LHHA007	Biopsie du corps vertébral et/ou du disque intervertébral, par abord postérieur ou transpédiculaire	0	1	Y	J,K,T,X	189,30	248	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
LDHA001	Biopsie osseuse et/ou articulaire de l'atlas et/ou de l'axis, par abord intrabuccal ou par abord prémastôïdien	0	1	Y	J,K,T	249,91	339	1	
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
LJHB001	Biopsie osseuse du sternum et/ou des côtes, par voie transcutanée <i>Ponction-biopsie de l'articulation sternoclaviculaire</i>	0	1		X	71,61	37	2	
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
LJHA001	Biopsie osseuse du sternum et/ou des côtes, par abord direct	0	1	Y	9,I,J,K,T	168,74	42	1	
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
12.01.07	Infiltration diagnostique des articulations du cou et du tronc	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
LHLH001	Infiltration anesthésique d'articulation vertébrale postérieure avec guidage radiologique, avec évaluation diagnostique et pronostique	0	1		X	36,02	89	2	

12.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LA COLONNE VERTÉBRALE

12.02.01 Actes thérapeutiques sur les vertèbres

Facturation : ne peuvent pas être facturés avec les actes du sous chapitre 01.03 (ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL SPINAL [RACHIDIEN]) ni avec les actes du paragraphe 12.02.02

12.02.01.01 Spondyloplastie [Vertébroplastie]

Par spondyloplastie expansive on entend : réduction de fracture du corps vertébral par expansion par ballonnet et injection de ciment biologique

Facturation : le tarif des spondyloplasties expansives par voie transcutanée et des spondyloplasties par implant intracorporel par voie transcutanée prend en compte le guidage et le contrôle post opératoire radiologique ou scanographique

LHMH002 Spondyloplastie d'1 vertèbre, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0 1	9,X	160,80	232	1
À l'exclusion de :					
- spondyloplastie expansive d'1 vertèbre, par voie transcutanée avec guidage radiologique (LHMH228)					
- spondyloplastie d'1 vertèbre par implant intracorporel par voie transcutanée, avec guidage radiologique (LHMH197)					
Coder éventuellement 1 : (YYYY140, YYYY300, ZZLP025)					
LHMH228 Spondyloplastie expansive [cyphoplastie] d'1 vertèbre, par voie transcutanée, avec guidage radiologique	0 1 0 4	7,A		227 30	1 1
A l'exclusion de :					
- spondyloplastie d'1 vertèbre, par voie transcutanée avec guidage radiologique (LHMH002)					
- spondyloplastie d'1 vertèbre par implant intracorporel par voie transcutanée, avec guidage radiologique (LHMH197)					
Indication :					
les indications doivent être conformes aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale					
Environnement :					
conforme aux conditions particulières d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale ;					
l'indication doit être posée par une équipe multidisciplinaire d'au moins deux des trois disciplines suivantes : chirurgie du rachis, radiologie interventionnelle et rhumatologie ; un oncologue sera impliqué dans tous les cas pour l'indication néoplasique ;					
les dimensions cliniques, radiologiques et psychiques du patient doivent être prises en compte avant toute intervention					
Facturation :					
conforme au respect des spécifications techniques, conditions particulières de prescription et d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale ne peut pas être facturé avec :					
- un code du sous-paragraphe 19.01.09.02					
- guidage radiologique (YYYY033)					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
LHMH197 Spondyloplastie d'1 vertèbre par implant intracorporel par voie transcutanée, avec guidage radiologique	0 1 Y 0 4 Y	7,A		233 30	1 1
A l'exclusion de :					
- spondyloplastie expansive d'1 vertèbre, par voie transcutanée avec guidage radiologique (LHMH228)					
- spondyloplastie d'1 vertèbre, par voie transcutanée avec guidage radiologique (LHMH002)					
Indication : les indications doivent être conformes aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale					
Formation : chirurgien orthopédiste, neurochirurgien ou radiologue interventionnel formé à la technique					
Environnement : conforme à l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.					
Facturation : conforme au respect de spécifications techniques, conditions particulières de prescription et d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale ne peut pas être facturé avec :					
- un code du sous-paragraphe 19.01.09.02					
- guidage radiologique (YYYY033)					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
LHMH005 Spondyloplastie d'1 vertèbre, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0 1		125,40	332	1
À l'exclusion de :					
- spondyloplastie expansive d'1 vertèbre, par voie transcutanée avec guidage scanographique (LHMH027)					
- spondyloplastie d'1 vertèbre par implant intracorporel par voie transcutanée, avec guidage scanographique (LHMH238)					
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
LHMH027 Spondyloplastie expansive [cyphoplastie] d'1 vertèbre, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0 1 0 4	A		365 33	1 1
A l'exclusion de :					
- spondyloplastie d'1 vertèbre, par voie transcutanée avec guidage scanographique (LHMH005)					
- spondyloplastie d'1 vertèbre par implant intracorporel par voie transcutanée, avec guidage scanographique (LHMH238)					
Indication :					
les indications doivent être conformes aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale					
Environnement :					
conforme aux conditions particulières d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale ;					
l'indication doit être posée par une équipe multidisciplinaire d'au moins deux des trois disciplines suivantes : chirurgie du rachis, radiologie interventionnelle et rhumatologie ; un oncologue sera impliqué dans tous les cas pour l'indication néoplasique ;					
les dimensions cliniques, radiologiques et psychiques du patient doivent être prises en compte avant toute intervention					
Facturation :					
conforme au respect des spécifications techniques, conditions particulières de prescription et d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale ne peut pas être facturé avec :					
- un acte du sous-paragraphe 19.01.09.02					
- guidage radiologique (YYYY115)					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

LHMH238 Spondyloplastie d'1 vertèbre par implant intracorporel par voie transcutanée, avec guidage scanographique	0 1 Y 0 4 Y	7,A		396 1 33 1
<p>A l'exclusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - spondyloplastie expansive d'1 vertèbre, par voie transcutanée avec guidage scanographique (LHMH027) - spondyloplastie d'1 vertèbre, par voie transcutanée avec guidage scanographique (LHMH005) <p>Indication : les indications doivent être conformes aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</p> <p>Formation : chirurgien orthopédiste, neurochirurgien ou radiologue interventionnel formé à la technique</p> <p>Environnement : conforme à l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Facturation : conforme au respect de spécifications techniques, conditions particulières de prescription et d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</p> <p>ne peut pas être facturé avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un code du sous-paragraphe 19.01.09.02 - guidage scanographique (YYYY115) <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>				
LHMH391 Spondyloplastie de 2 vertèbres par implant intracorporel par voie transcutanée, avec guidage radiologique	0 1 Y 0 4 Y	7,A		332 1 33 1
<p>A l'exclusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - spondyloplastie expansive de 2 ou 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage radiologique (LHMH140) - spondyloplastie de 2 ou 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage radiologique (LHMH444) <p>Indication : les indications doivent être conformes aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</p> <p>Formation : Chirurgien orthopédiste, neurochirurgien ou radiologue interventionnel formé à la technique</p> <p>Environnement : conforme à l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Facturation :</p> <p>conforme au respect de spécifications techniques, conditions particulières de prescription et d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</p> <p>ne peut pas être facturé avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un code du sous-paragraphe 19.01.09.02 - guidage radiologique (YYYY033) <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>				
LHMH648 Spondyloplastie de 2 vertèbres par implant intracorporel par voie transcutanée, avec guidage scanographique	0 1 Y 0 4 Y	7,A		475 1 37 1
<p>A l'exclusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - spondyloplastie expansive de 2 ou 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage scanographique (LHMH454) - spondyloplastie de 2 ou 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage scanographique (LHMH182) <p>Indication : les indications doivent être conformes aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</p> <p>Formation : Chirurgien orthopédiste, neurochirurgien ou radiologue interventionnel formé à la technique</p> <p>Environnement : conforme à l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Facturation :</p> <p>conforme au respect de spécifications techniques, conditions particulières de prescription et d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</p> <p>ne peut pas être facturé avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un code du sous-paragraphe 19.01.09.02 - guidage scanographique (YYYY115) <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>				
LHMH006 Spondyloplastie de 2 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0 1	t,0	215,07	290 1
<p>Coder éventuellement 1 : (YYYY140, YYYY300, ZZLP054)</p>				
LHMH444 Spondyloplastie de 2 ou de 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0 1			276 1
<p>À l'exclusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - spondyloplastie expansive de 2 ou 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage radiologique (LHMH140) - spondyloplastie de 2 vertèbres par implant intracorporel par voie transcutanée, avec guidage radiologique (LHMH391) - spondyloplastie de plus de 2 vertèbres par implant intracorporel par voie transcutanée, avec guidage radiologique (LHMH705) <p>Coder éventuellement 1 : (YYYY140, YYYY300, ZZLP054)</p>				
LHMH003 Spondyloplastie de 2 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0 1		188,10	356 1
<p>Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)</p>				

LHMH140 Spondyloplastie expansive [cyphoplastie] de 2 ou de 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0 1 0 4		7,A	336 33	1 1
<p>A l'exclusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - spondyloplastie de 2 ou de 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage radiologique (LHMH444) - spondyloplastie de 2 vertèbres par implant intracorporel par voie transcutanée, avec guidage radiologique (LHMH391) - spondyloplastie de plus de 2 vertèbres par implant intracorporel par voie transcutanée, avec guidage radiologique (LHMH705) <p>Indication :</p> <p>les indications doivent être conformes aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</p> <p>Environnement :</p> <p>conforme aux conditions particulières d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale ; l'indication doit être posée par une équipe multidisciplinaire au moins deux des trois disciplines suivantes : chirurgie du rachis, radiologie interventionnelle et rhumatologie ; un oncologue sera impliqué dans tous les cas pour l'indication néoplasique ; les dimensions cliniques, radiologiques et psychiques du patient doivent être prises en compte avant toute intervention</p> <p>Facturation :</p> <p>conforme au respect des spécifications techniques, conditions particulières de prescription et d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale ne peut pas être facturé avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un code du sous-paragraphe 19.01.09.02 - guidage radiologique (YYYY033) <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>					
LHMH004 Spondyloplastie de 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0 1		I,Ø	215,07	258 1
<p>Coder éventuellement 1 : (YYYY140, YYYY300, ZZLP054)</p>					
LHMH705 Spondyloplastie de plus de 2 vertèbres par implant intracorporel par voie transcutanée, avec guidage radiologique	0 1 Y 0 4 Y		7,A	446 33	1 1
<p>A l'exclusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - spondyloplastie expansive de 2 ou 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage radiologique (LHMH140) - spondyloplastie de 2 ou 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage radiologique (LHMH444) <p>Indication : les indications doivent être conformes aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</p> <p>Formation : Chirurgien orthopédiste, neurochirurgien ou radiologue interventionnel formé à la technique</p> <p>Environnement : conforme à l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Facturation :</p> <p>conforme au respect de spécifications techniques, conditions particulières de prescription et d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale ne peut pas être facturé avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un code du sous-paragraphe 19.01.09.02 - guidage radiologique (YYYY033) <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>					
LHMH001 Spondyloplastie de 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0 1			188,10	356 1
<p>Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)</p>					
LHMH182 Spondyloplastie de 2 ou de 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0 1				356 1
<p>À l'exclusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - spondyloplastie expansive de 2 ou 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage scanographique (LHMH454) - spondyloplastie de 2 vertèbres par implant intracorporel par voie transcutanée, avec guidage scanographique (LHMH648) - spondyloplastie de plus de 2 vertèbres par implant intracorporel par voie transcutanée, avec guidage scanographique (LHMH780) <p>Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)</p>					

LHMH454 Spondyloplastie expansive [cyphoplastie] de 2 ou de 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0 1			471	1
	0 4		A	37	1

A l'exclusion de :

- spondyloplastie de 2 ou 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage scanographique (LHMH182)
- spondyloplastie de 2 vertèbres par implant intracorporel par voie transcutanée, avec guidage scanographique (LHMH648)
- spondyloplastie de plus de 2 vertèbres par implant intracorporel par voie transcutanée, avec guidage scanographique (LHMH780)

Indication :

les indications doivent être conformes aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale

Environnement :

conforme aux conditions particulières d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale ;

l'indication doit être posée par une équipe multidisciplinaire d'au moins deux des trois disciplines suivantes : chirurgie du rachis, radiologie interventionnelle et rhumatologie ; un oncologue sera impliqué dans tous les cas pour l'indication néoplasique ;

les dimensions cliniques, radiologiques et psychiques du patient doivent être prises en compte avant toute intervention

Facturation :

conforme au respect des spécifications techniques, conditions particulières de prescription et d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale ne peut pas être facturé avec :

- un acte du sous-paragraphe 19.01.09.02
- guidage radiologique (YYYY115)

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

LHMH780 Spondyloplastie de plus de 2 vertèbres par implant intracorporel par voie transcutanée, avec guidage scanographique	0 1 Y			531	1
	0 4 Y		7,A	37	1

A l'exclusion de :

- spondyloplastie expansive de 2 ou 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage scanographique (LHMH454)
- spondyloplastie de 2 ou 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage scanographique (LHMH182)

Indication : les indications doivent être conformes aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale

Formation : Chirurgien orthopédiste, neurochirurgien ou radiologue interventionnel formé à la technique

Environnement : conforme à l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.

Facturation :

conforme au respect de spécifications techniques, conditions particulières de prescription et d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale ne peut pas être facturé avec :

- un code du sous-paragraphe 19.01.09.02
- guidage scanographique (YYYY115)

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

LHMH800 Acte CCAM descriptif sans code père

Descriptif : LHMH800-01 Spondyloplastie d'une vertèbre, par voie transcutanée avec expansion et guidage radiologique

LHMH801 Acte CCAM descriptif sans code père

Descriptif : LHMH801-01 Spondyloplastie d'une vertèbre, par voie transcutanée avec expansion et guidage scanographique

LHMH802 Acte CCAM descriptif sans code père

Descriptif : LHMH802-01 Spondyloplastie de plusieurs vertèbres, par voie transcutanée avec expansion et guidage radiologique

LHMH803 Acte CCAM descriptif sans code père

Descriptif : LHMH803-01 Spondyloplastie de plusieurs vertèbres, par voie transcutanée avec expansion et guidage scanographique

12.02.01.02 Infiltration thérapeutique et destruction articulaires postérieures de la colonne vertébrale

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LHLB001 Infiltration thérapeutique d'articulation vertébrale postérieure, par voie transcutanée sans guidage	0	1			34,17	18	1
LHLH003 Infiltration thérapeutique d'articulation vertébrale postérieure, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0	1		X	33,50	107	1
LHLH002 Infiltration thérapeutique d'articulation vertébrale postérieure, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0	1		X	31,20	232	1

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

LHNNH001 Thermocoagulation de facettes articulaires de vertèbre, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0	1			83,60	171	1
--	---	---	--	--	-------	-----	---

Avec ou sans : stimulo-détection électrique

Forfait : liste SE2

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

12.02.01.03 Ostéosynthèse et arthrodèse de la colonne vertébrale par voie postérieure ou postérolatérale

À l'exclusion de : arthrodèse de spondylolysthésis lombal (cf 12.02.01.06)

LHCA011 Ostéosynthèse de la colonne vertébrale par fixateur externe	0 1 Y	9,F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	483,54	537	1
	0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,U	193,41	193	1

Coder éventuellement 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)

LHCA002	Ostéosynthèse postérieure de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par abord postérieur	0 1 Y	F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	450,22	508	1
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,U	189,38	182	1
<p>À l'exclusion de : ostéosynthèse sans exploration du contenu canalaire, par abord postérieur</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la jonction occipitocervicale (LDCA002) - de l'atlas et/ou de l'axis (LDCA009, LDCA006, LDCA005) - de la jonction lombosacrée (LFCA002) - du sacrum (LGCA001) · ostéosynthèse interlaminaire entre deux vertèbres de la colonne cervicale de C2 à C7, par abord postérieur (LDCA010) <p>Coder éventuellement 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
LHCA016	Ostéosynthèse postérieure de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire avec arthrodèse, par abord postérieur	0 1 Y	F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	471,49	543	1
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,U	188,64	194	1
<p>À l'exclusion de : ostéosynthèse et/ou arthrodèse postérieure de la jonction occipitocervicale sans exploration du contenu canalaire, par abord postérieur (LDCA002)</p> <p>Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
LHCA010	Ostéosynthèse postérieure de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par abord postérieur	0 1 Y	F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	542,39	593	1
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,U	215,04	213	1
<p>À l'exclusion de : ostéosynthèse avec exploration du contenu canalaire, par abord postérieur</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la jonction occipitocervicale (LDCA003) - de la jonction lombosacrée (LFCA001) <p>Avec ou sans : arthrodèse</p> <p>Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
LDCA002	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse postérieure de la jonction occipitocervicale sans exploration du contenu canalaire, par abord postérieur	0 1 Y	F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	462,98	487	1
		0 4 Y	A,F,L,O,P,S,U	231,90	185	1
<p>Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
LDCA003	Ostéosynthèse postérieure de la jonction occipitocervicale avec exploration du contenu canalaire, par abord postérieur	0 1 Y	9,F,J,K,L,O,P,S,T,U	528,21	596	1
		0 4 Y	A,F,L,O,P,S,U	274,41	226	1
<p>Avec ou sans : arthrodèse</p> <p>Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
LDCA009	Ostéosynthèse transpédiculaire de l'axis, par abord postérieur	0 1 Y	9,F,J,K,L,O,P,S,T,U	409,09	455	1
		0 4 Y	A,F,L,O,P,S,U	225,30	174	1
<p>Coder éventuellement 14 : (ACQP002, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
LDCA006	Ostéosynthèse transarticulaire et/ou transpédiculaire de l'atlas et de l'axis, par abord postérieur	0 1 Y	F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	460,14	496	1
		0 4 Y	A,F,L,O,P,S,U	233,73	189	1
<p>Coder éventuellement 14 : (ACQP002, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
LDCA005	Ostéosynthèse interlaminaire de l'atlas et de l'axis, par abord postérieur	0 1 Y	F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	413,35	502	1
		0 4 Y	A,F,L,O,P,S,U	226,03	184	1
<p>Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
LDCA010	Ostéosynthèse interlaminaire entre deux vertèbres de la colonne cervicale de C2 à C7, par abord postérieur	0 1 Y	9,F,J,K,L,O,P,S,T,U	382,15	468	1
		0 4 Y	A,F,L,O,P,S,U	219,43	171	1
<p>Coder éventuellement 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
LFCA002	Ostéosynthèse de la jonction lombosacrée sans exploration du contenu canalaire, par abord postérieur	0 1 Y	F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	438,16	471	1
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,U	165,18	156	1
<p>Coder éventuellement 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
LFCA001	Ostéosynthèse de la jonction lombosacrée avec exploration du contenu canalaire, par abord postérieur	0 1 Y	F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	522,53	565	1
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,U	196,71	191	1
<p>Coder éventuellement 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
LGCA001	Ostéosynthèse de fracture du sacrum, par abord postérieur	0 1 Y	9,F,J,K,L,P,S,T,U	413,35	474	1
		0 4 Y	7,A,F,L,P,S,U	165,55	157	1
<p>Avec ou sans : libération radiculaire</p> <p>Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
LHDA001	Arthrodèse postérieure ou épiphysiodèse de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par abord postérieur	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	415,47	446	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	181,31	158	1
<p>À l'exclusion de : arthrodèse postérieure de la jonction occipitocervicale sans exploration du contenu canalaire, par abord postérieur (LDCA002)</p> <p>Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
LFDA012	Arthrodèse intercorporelle ou épiphysiodèse de la colonne vertébrale lombale ou lombosacrée, par abord postérieur	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	492,05	590	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	223,83	224	1
<p>Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
LHDA002	Arthrodèse intercorporelle de la colonne vertébrale avec arthrodèse postérieure, par abord postérolatéral	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	598,40	643	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	235,57	244	1
<p>À l'exclusion de : arthrodèse intercorporelle de la colonne vertébrale lombale ou lombosacrée avec arthrodèse postérolatérale, par abord postérieur (LFDA004)</p> <p>Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
LFDA004	Arthrodèse intercorporelle de la colonne vertébrale lombale ou lombosacrée avec arthrodèse postérolatérale, par abord postérieur	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	542,39	630	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	234,09	274	1
<p>Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
<p>12.02.01.04 Ostéosynthèse et arthrodèse de la colonne vertébrale par voie antérieure</p> <p>À l'exclusion de : arthrodèse de spondylolisthésis lombal (cf 12.02.01.06)</p>						
LDDA001	Arthrodèse antérieure de la jonction occipitocervicale, par abord intrabuccal ou par cervicotomie antérolatérale	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	462,98	300	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	195,25	178	1
<p>Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
LDCA008	Ostéosynthèse de la dent de l'axis [apophyse odontoïde de C2], par abord intrabuccal	0 1 Y	F,J,K,L,O,P,S,T,U	471,64	450	1
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,U	190,11	143	1
<p>Coder éventuellement 14 : (ACQP002) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						

LDCA004	Ostéosynthèse de la dent de l'axis [apophyse odontoïde de C2], par cervicotomie antérieure ou antérolatérale	0 1 Y	9,F,J,K,L,O,P,S,T,U	533,88	495	1
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,U	196,34	159	1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LDCA001	Ostéosynthèse transarticulaire bilatérale de l'atlas et de l'axis, par cervicotomie antérieure ou par cervicotomie antérolatérale bilatérale	0 1 Y	9,F,J,K,L,O,P,S,T,U	559,40	563	1
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,U	206,24	182	1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LDCA007	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale cervicale, par abord antérieur avec mandibulotomie	0 1 Y	F,J,K,L,O,P,S,T,U	501,60	300	1
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,U	175,10	170	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LDCA011	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse antérieure de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale	0 1 Y	F,J,K,L,O,P,S,T,U	450,22	489	1
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,U	191,94	178	1
	À l'exclusion de : - arthrodèse antérieure de la jonction occipitocervicale, par abord intrabuccal ou par cervicotomie antérolatérale (LDDA001) - ostéosynthèse de la dent de l'axis [apophyse odontoïde de C2], par cervicotomie antérieure ou antérolatérale (LDCA004) - ostéosynthèse transarticulaire bilatérale de l'atlas et de l'axis, par cervicotomie antérieure ou par cervicotomie antérolatérale bilatérale (LDCA001)					
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LECC001	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse antérieure ou épiphysiodèse de la colonne vertébrale, par thoracoscopie	0 1 Y	F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	664,33	745	1
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,U	243,26	267	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LECA003	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse antérieure ou épiphysiodèse de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par thoracotomie	0 1 Y	9,F,J,K,L,O,P,S,T,U	521,12	596	1
		0 4 Y	4,A,F,L,O,P,S,U	250,40	215	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LECA006	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse antérieure de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par thoraco-phréno-laparotomie	0 1 Y	F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	627,47	726	1
		0 4 Y	4,7,A,F,L,O,P,S,U	228,59	260	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LFCC001	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse antérieure de la colonne vertébrale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	0 1 Y	F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	679,22	768	1
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,U	244,17	275	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LFA005	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse antérieure de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y	F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	577,84	674	1
		0 4 Y	4,7,A,F,L,O,P,S,U	221,63	242	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LDCA013	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par cervicotomie antérieure ou par cervicotomie antérolatérale	0 1 Y	F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	554,44	537	1
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,U	197,81	194	1
	Avec ou sans : arthrodèse Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LECA005	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par thoracotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	643,77	830	1
		0 4 Y	4,A,F,L,O,P,S,U	296,66	296	1
	Avec ou sans : arthrodèse Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LECA001	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par thoraco-phréno-laparotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	721,76	895	1
		0 4 Y	4,7,A,F,L,O,P,S,U	250,96	319	1
	Avec ou sans : arthrodèse Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LFA004	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y	F,J,K,L,O,P,S,T,U,X	672,13	830	1
		0 4 Y	4,7,A,F,L,O,P,S,U	242,16	296	1
	Avec ou sans : arthrodèse Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
	12.02.01.05 Ostéosynthèse et arthrodèse de la colonne vertébrale par voies combinées					
	Avec ou sans : arthrodèse À l'exclusion de : arthrodèse de spondylolisthésis lombal (cf 12.02.01.06)					
LHCA001	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par abord antérieur et par abord postérieur	0 1 Y	9,F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	916,74	918	1
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,U	342,53	357	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LDCA012	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale et par abord postérieur	0 1 Y	F,J,K,L,O,P,S,T,U,X	1035,85	896	1
		0 4 Y	7,A,F,L,O,P,S,U	338,86	347	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LECA002	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par thoracotomie et par abord postérieur	0 1 Y	F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	1297,47	123	1
		0 4 Y	4,A,F,L,O,P,S,U	497,95	558	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LECA004	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par thoraco-phréno-laparotomie et par abord postérieur	0 1 Y	F,J,K,L,O,P,S,T,U	993,93	123	1
		0 4 Y	4,A,F,L,O,P,S,U	498,02	558	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LFA003	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par laparotomie ou lombotomie et par abord postérieur	0 1 Y	9,F,I,J,K,L,O,P,S,T,U,X	1245,71	117	1
		0 4 Y	4,7,A,F,L,O,P,S,U	382,48	532	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
	12.02.01.06 Arthrodèse de spondylolisthésis lombal					
	Par spondylolisthésis à grand déplacement, on entend : spondylolisthésis avec déplacement supérieur à 40%. L'arthrodèse avec réduction d'un spondylolisthésis inclut la libération radiculaire.					

LFDA005	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal sans réduction, sans libération radiculaire, sans ostéosynthèse, par abord postérieur	0 1 Y	9,J,K,T	482,12	505	1
		0 4 Y	7,A	248,40	176	1
<i>Indication : acte réalisé chez l'enfant ; exceptionnellement chez l'adulte</i>						
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LFDA007	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal sans réduction, sans libération radiculaire, avec ostéosynthèse, par abord postérieur	0 1 Y	9,I,J,K,T	648,03	590	1
		0 4 Y	7,A	262,32	208	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LFDA003	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal sans réduction, avec libération radiculaire, sans ostéosynthèse, par abord postérieur	0 1 Y	9,J,K,T	592,02	535	1
		0 4 Y	7,A	263,24	188	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LFDA001	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal sans réduction, avec libération radiculaire et ostéosynthèse, par abord postérieur	0 1 Y	J,K,T,X	662,92	608	1
		0 4 Y	7,A	255,54	216	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LFDA006	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal avec réduction, avec ostéosynthèse, par abord postérieur	0 1 Y	J,K,O,T,X	989,06	846	1
		0 4 Y	7,A	328,96	307	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LFDA009	Arthrodèse intercorporeale d'un spondylolisthésis lombal avec réduction, avec ostéosynthèse, par abord postérieur	0 1 Y	9,J,K,T,X	1139,3	100	1
		0 4 Y	7,A	328,59	347	1
<i>À l'exclusion de : arthrodèse antérieure d'un spondylolisthésis lombal à grand déplacement avec réduction, avec ostéosynthèse, par abord postérieur transsacrolombal (LFDA002)</i>						
<i>Avec ou sans : arthrodèse postérolatérale PLIF</i>						
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LFDA014	Arthrodèse intercorporeale d'un spondylolisthésis lombal à grand déplacement sans réduction, avec ostéosynthèse, par abord postérieur translombosacral	0 1 Y	J,K,T,X	566,49	590	1
		0 4 Y	7,A	233,00	300	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LFDA002	Arthrodèse intercorporeale d'un spondylolisthésis lombal à grand déplacement avec réduction, avec ostéosynthèse, par abord postérieur translombosacral	0 1 Y	9,J,K,T,X	1130,8	994	1
		0 4 Y	7,A	326,76	343	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LFDA013	Arthrodèse d'un spondylolisthésis lombal sans réduction, par laparotomie	0 1 Y	9,J,K,O,T	499,14	547	1
		0 4 Y	4,7,A	227,13	171	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale pour la laparotomie</i>						
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LFDA011	Arthrodèse d'un spondylolisthésis lombal sans réduction, par laparotomie et par abord postérieur	0 1 Y	9,I,J,K,T	916,03	109	1
		0 4 Y	4,7,A	336,30	382	1
<i>Avec ou sans : ostéosynthèse</i>						
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale pour la laparotomie</i>						
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LFDA010	Arthrodèse d'un spondylolisthésis lombal à grand déplacement avec réduction, avec ostéosynthèse, par laparotomie	0 1 Y	9,I,J,K,T	812,51	825	1
		0 4 Y	4,7,A	304,77	278	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale pour la laparotomie</i>						
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LFDA008	Arthrodèse d'un spondylolisthésis lombal à grand déplacement avec réduction, avec ostéosynthèse, par laparotomie et par abord postérieur	0 1 Y	J,K,O,T,X	1018,8	118	1
		0 4 Y	4,7,A	352,79	417	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale pour la laparotomie</i>						
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

12.02.01.07 Correction instrumentale de déformation souple de la colonne vertébrale

Par déformation souple de la colonne vertébrale, on entend : déformation chez un sujet de moins de 40 ans avec angulation inférieure à 70°, ou déformation angulaire de moins de 20° entre 2 vertèbres adjacentes.

Par correction instrumentale d'une déformation de la colonne vertébrale, on entend : réduction par abord direct et fixation d'une déformation de la colonne vertébrale par matériel implanté adapté.

LHMA011	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale sans arthrodèse, par abord postérieur	0 1 Y	J,K,T,X	938,01	861	1
		0 4 Y	7,A	360,12	279	1
Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LHMA006	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 3 à 5 vertèbres, par abord postérieur	0 1 Y	I,J,K,T	812,51	923	1
		0 4 Y	7,A	390,47	284	1
Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)						
LEMA002	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 3 à 5 vertèbres, par thoracotomie	0 1 Y	J,K,T,X	1052,8	817	1
		0 4 Y	4,A	402,20	254	1
Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)						
LEMA003	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 3 à 5 vertèbres, par thoraco-phréno-laparotomie	0 1 Y	9,J,K,T,X	1197,5	123	1
		0 4 Y	4,A	509,41	399	1
Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)						
LFMA001	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 3 à 5 vertèbres, par lombotomie	0 1 Y	9,I,J,K,T	982,67	883	1
		0 4 Y	A	392,07	265	1
Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)						

LEMA004	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 6 vertèbres ou plus, par thoracotomie	0 1 Y	J,K,T	956,25	113	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A	505,40	362	1
LEMA001	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 6 vertèbres ou plus, par thoraco-phréno-laparotomie	0 1 Y	I,J,K,T	1419,4	129	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A	558,20	417	1
LHMA003	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 6 à 9 vertèbres, par abord postérieur	0 1 Y	9,I,J,K,T	1003,2	100	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, LGDA001, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	529,97	311	1
LHMA013	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 6 à 9 vertèbres par abord postérieur, avec résection de 3 côtes ou plus	0 1 Y	9,I,J,K,T	1087,6	976	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, LGDA001, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	468,70	303	1
LHMA004	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 6 à 9 vertèbres, par abord postérolatéral	0 1 Y	9,I,J,K,T	1003,2	100	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, LGDA001, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	461,73	344	1
LHMA015	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 10 vertèbres ou plus, par abord postérieur	0 1 Y	J,K,O,T,X	1221,6	108	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, LGDA001, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	501,66	332	1
LHMA014	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 10 vertèbres ou plus par abord postérieur, avec résection de 3 côtes ou plus	0 1 Y	J,K,O,T,X	1265,5	118	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, LGDA001, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	553,56	366	1

12.02.01.08 Correction de déformation rigide de la colonne vertébrale

Par déformation rigide de la colonne vertébrale, on entend : déformation chez un sujet de 40 ans ou plus, ou avec angulation de 70° ou plus, ou déformation angulaire de 20° ou plus entre 2 vertèbres adjacentes.

Par arthrectomie totale de la colonne vertébrale, on entend : résection complète d'au moins une facette articulaire.

LHFA001	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 3 à 5 vertèbres, par abord postérieur	0 1 Y	J,K,T,X	1047,9	134	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	389,01	426	1
LHFA029	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 6 à 9 vertèbres, par abord postérieur	0 1 Y	9,J,K,T,X	1351,3	154	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, LGDA001) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	460,42	497	1
LHFA028	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 10 vertèbres ou plus, par abord postérieur	0 1 Y	I,J,K,T,X	1517,9	159	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, LGDA001) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	473,98	511	1
LHFA003	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 10 vertèbres ou plus, par abord postérieur, avec résection de 3 côtes ou plus	0 1 Y	I,J,K,T	1584,6	175	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, LGDA001) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	494,32	567	1
LHFA027	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, correction instrumentale et ostéotomie antérieure transpédiculaire, sur 3 à 5 vertèbres, par abord postérieur	0 1 Y	9,J,K,T,X	1224,4	155	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	429,70	497	1
LHFA013	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, correction instrumentale et ostéotomie antérieure transpédiculaire, sur 6 à 9 vertèbres, par abord postérieur	0 1 Y	I,J,K,T	1399,5	175	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, LGDA001) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	501,11	567	1
LHFA025	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, correction instrumentale et ostéotomie antérieure transpédiculaire, sur 10 vertèbres ou plus, par abord postérieur	0 1 Y	I,J,K,T,X	1574,6	197	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, LGDA001) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	548,76	638	1
LEPA002	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, sans correction instrumentale, sur 1 à 3 vertèbres, par thoracotomie	0 1 Y	I,J,K,T	709,71	923	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A	354,25	284	1
LEPA001	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, sans correction instrumentale, sur 1 à 3 vertèbres, par thoraco-phréno-laparotomie	0 1 Y	I,J,K,O,T	771,39	102	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A	386,50	320	1
LEPA009	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, sans correction instrumentale, sur 1 à 3 vertèbres, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y	I,J,K,T	721,76	972	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	287,90	280	1

LEPA006	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, sans correction instrumentale, sur 4 vertèbres ou plus, par thoracotomie	0 1 Y 0 4 Y	J,K,O,T,X 4,A	1136,5 357,31	111 350	1 1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)					
LEPA005	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, sans correction instrumentale, sur 4 vertèbres ou plus, par thoraco-phréno-laparotomie	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T,X 4,A	1194,6 365,74	114 359	1 1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)					
LFPAA03	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, sans correction instrumentale, sur 4 vertèbres ou plus, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y 0 4 Y	J,K,O,T,X 4,7,A	1088,3 305,26	106 333	1 1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)					
LDPA008	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, par cervicotomie <i>À l'exclusion de : ostéotomie ou arthrectomie occipitoaxoïdienne pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, par abord intrabuccal ou par cervicotomie (LDPA010)</i>	0 1 Y 0 4 Y	9,I,J,K,T 7,A	812,51 359,01	818 249	1 1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)					
LDPA010	Ostéotomie ou arthrectomie occipitoaxoïdienne pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, par abord intrabuccal ou par cervicotomie	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 7,A	522,50 229,90	800 426	1 1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)					
LDPA009	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, par cervicothoracotomie	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T,X 4,A	1224,4 513,64	134 426	1 1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)					
LEPA003	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 1 à 3 vertèbres, par thoracotomie	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T,X 4,A	916,03 418,40	113 362	1 1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)					
LEPA008	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 1 à 3 vertèbres, par thoraco-phréno-laparotomie	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T,X 4,A	977,71 450,65	123 399	1 1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)					
LFPAA01	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 1 à 3 vertèbres, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y 0 4 Y	9,I,J,K,T 4,7,A	874,91 352,42	102 313	1 1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)					
LEPA007	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 4 vertèbres ou plus, par thoracotomie	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T 4,A	1322,9 487,98	125 405	1 1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)					
LEPA004	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 4 vertèbres ou plus, par thoraco-phréno-laparotomie	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T,X 4,A	1407,3 513,64	134 426	1 1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)					
LFPAA02	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 4 vertèbres ou plus, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T 4,7,A	1272,6 387,17	120 378	1 1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)					

12.02.01.09 Décompression de la moelle épinière de la jonction occipitocervicale

Avec ou sans : arthrodèse

LDPA003	Décompression médullaire pour malformation de la jonction occipitocervicale, sans ouverture dure, par abord postérieur	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 7,A	418,00 201,07	458 151	1 1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LDPA001	Décompression médullaire pour malformation de la jonction occipitocervicale, avec ouverture dure, par abord postérieur <i>Avec ou sans : plastie de la dure-mère</i>	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,O,T 7,A	484,25 213,90	515 169	1 1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LDPA004	Décompression médullaire pour malformation de la jonction occipitocervicale, avec ostéosynthèse, par abord postérieur	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,O,T 7,A	492,05 220,86	546 152	1 1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LDPA005	Décompression médullaire pour malformation de la jonction occipitocervicale, par abord intrabuccal <i>Résection de la dent de l'axis</i>	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T 7,A	694,11 271,70	631 182	1 1
	Coder éventuellement 14 : (ACQP002, PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LDPA002	Décompression médullaire pour malformation de la jonction occipitocervicale, par cervicotomie antérolatérale	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T 7,A	693,40 305,46	763 225	1 1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

12.02.01.10 Laminoplastie et laminotomie vertébrales par abord postérieur

Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex

LHMA007	Laminoplastie vertébrale sans exploration du contenu intradural, par abord postérieur ou par abord postérolatéral	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	324,72	326	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	154,96	113	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
LHMA016	Laminoplastie vertébrale avec exploration du contenu intradural et plastie de la dure-mère, par abord postérieur ou par abord postérolatéral	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	347,41	344	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	178,75	119	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LHPA003	Laminotomie vertébrale sans exploration du contenu intradural, par abord postérieur ou par abord postérolatéral	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	300,62	418	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	170,72	141	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
LHPA010	Laminotomie vertébrale avec exploration du contenu intradural sans plastie de la dure-mère, par abord postérieur ou par abord postérolatéral	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	326,14	437	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	191,21	148	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
LHPA006	Laminotomie vertébrale avec exploration du contenu intradural et plastie de la dure-mère, par abord postérieur ou par abord postérolatéral	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	364,43	499	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	200,38	169	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

12.02.01.11 Laminectomie vertébrale

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LHFA016	Laminectomie vertébrale sans exploration du contenu intradural, par abord postérieur ou postérolatéral	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U	316,92	365	1
		0 4 Y			7,A,F,O,P,S,U	195,60	122	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
LHFA024	Laminectomie vertébrale avec exploration du contenu intradural sans plastie de la dure-mère, par abord postérieur ou postérolatéral	0 1 Y			9,F,J,K,O,P,S,T,U	343,16	381	1
		0 4 Y			7,A,F,O,P,S,U	197,81	129	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
LHFA019	Laminectomie vertébrale avec exploration du contenu intradural et plastie de la dure-mère, par abord postérieur ou postérolatéral	0 1 Y			F,I,J,K,O,P,S,T,U	388,53	448	1
		0 4 Y			7,A,F,O,P,S,U	206,97	150	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)							

12.02.01.12 Laminarthrectomie [Laminoarthrectomie] vertébrale

Avec ou sans : arthrodèse

LDFA005	Laminarthrectomie cervicale totale unilatérale sans ostéosynthèse, par abord postérieur	0 1 Y			9,J,K,T	398,46	428	1
		0 4 Y			7,A	204,77	148	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
LDFA004	Laminarthrectomie cervicale totale unilatérale avec ostéosynthèse, par abord postérieur	0 1 Y			9,J,K,O,T	487,79	549	1
		0 4 Y			7,A	244,36	193	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
LDFA003	Laminarthrectomie cervicale totale bilatérale, par abord postérieur	0 1 Y			9,J,K,T	523,95	568	1
	<i>À l'exclusion de : exérèse totale de l'arc vertébral, par abord postérieur (LHFA031)</i>	0 4 Y			7,A	247,29	200	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
LFFA006	Laminarthrectomie lombale ou lombosacrale totale unilatérale sans ostéosynthèse, par abord postérieur	0 1 Y			9,J,K,O,T	365,84	381	1
		0 4 Y			7,A	197,81	131	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
LFFA005	Laminarthrectomie lombale ou lombosacrale totale unilatérale avec ostéosynthèse, par abord postérieur	0 1 Y			9,J,K,O,T	495,59	518	1
		0 4 Y			7,A	239,23	182	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
LFFA001	Laminarthrectomie lombale ou lombosacrale totale bilatérale, par abord postérieur	0 1 Y			I,J,K,O,T	617,54	630	1
	<i>À l'exclusion de : exérèse totale de l'arc vertébral, par abord postérieur (LHFA031)</i>	0 4 Y			7,A	257,92	223	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

12.02.01.13 Recalibrage de la colonne vertébrale par abord postérieur

Par recalibrage de la colonne vertébrale, on entend :

- laminarthrectomie [laminoarthrectomie] partielle
- foraminotomie
- résection d'ostéophyte, avec ou sans curetage du disque intervertébral.

LDAA002	Recalibrage unilatéral de la colonne vertébrale cervicale, par abord postérieur	0 1 Y			9,J,K,T	361,59	406	1
		0 4 Y			7,A	186,44	155	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
LFAA001	Recalibrage unilatéral de la colonne vertébrale lombale ou lombosacrale, par abord postérieur	0 1 Y			9,J,K,O,T	367,97	381	1
		0 4 Y			7,A	182,77	143	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
LDAA001	Recalibrage bilatéral de la colonne vertébrale cervicale, par abord postérieur	0 1 Y			9,J,K,T	419,73	484	1
		0 4 Y			7,A	197,81	184	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
LFAA002	Recalibrage bilatéral de la colonne vertébrale lombale ou lombosacrale, par abord postérieur	0 1 Y			I,J,K,O,T	467,94	444	1
		0 4 Y			7,A	191,58	166	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

12.02.01.14 Autres décompressions médullaires cervicales

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LDFA002	Unectomie [Résection de l'uncus] ou foraminotomie unilatérale d'une vertèbre, par cervicotomie antérieure	0 1 Y			F,I,J,K,O,P,S,T,U	440,29	395	1
		0 4 Y			7,A,F,O,P,S,U	155,65	136	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
LDPA006	Corporotomie [Somatotomie] d'une vertèbre pour décompression médullaire, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale	0 1 Y			9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	487,08	486	1
		0 4 Y			7,A,F,O,P,S,U	172,51	159	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
LDPA007	Corporotomie [Somatotomie] d'une vertèbre pour décompression médullaire, avec arthrodèse et/ou ostéosynthèse, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale	0 1 Y			F,I,J,K,O,P,S,T,U	598,40	568	1
		0 4 Y			7,A,F,O,P,S,U	184,61	191	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)							

12.02.01.15 Exérèse de l'arc postérieur et corporectomie vertébrale

L'exérèse partielle de vertèbre inclut la reconstruction et l'ostéosynthèse.

LHFA031	Exérèse totale de l'arc vertébral, par abord postérieur	0 1 Y	9,J,K,T	414,77	395	1
	À l'exclusion de :	0 4 Y	7,A	177,64	149	1
	- laminarthrectomie cervicale totale bilatérale, par abord postérieur (LDFA003)					
	- laminarthrectomie lombale ou lombsacrée totale bilatérale, par abord postérieur (LFFA001)					
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)					
LDFA009	Corporectomie vertébrale partielle, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale	0 1 Y	9,J,K,T	525,37	540	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	234,69	177	1
LEFA010	Corporectomie vertébrale partielle, par thoracotomie	0 1 Y	I,J,K,O,T	613,99	700	1
	À l'exclusion de : corporectomie d'une vertèbre malformée, par thoracotomie (LEFA012)	0 4 Y	4,A	345,54	246	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)					
LEFA007	Corporectomie vertébrale partielle, par thoraco-phréno-laparotomie	0 1 Y	9,I,J,K,T	677,10	713	1
	À l'exclusion de : corporectomie d'une vertèbre malformée, par thoraco-phréno-laparotomie (LEFA008)	0 4 Y	4,A	350,30	250	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)					
LFFA009	Corporectomie vertébrale partielle, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y	I,J,K,O,T	626,05	637	1
	À l'exclusion de : corporectomie d'une vertèbre malformée, par laparotomie ou par lombotomie (LFFA008)	0 4 Y	4,A	318,04	222	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)					
LEFA014	Corporectomie vertébrale partielle ou totale, par thoracoscopie ou par thoracotomie avec préparation par thoracoscopie	0 1 Y	I,J,K,T	581,38	629	1
	Environnement : spécifique ; chirurgien du rachis ; chirurgien viscéral ou thoracique présent sur le site	0 4 Y	4,A	245,83	213	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY146) - 4 : (YYYY041)					
LFFA014	Corporectomie vertébrale partielle ou totale, par abord direct avec préparation par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	0 1 Y	J,K,T	573,38	571	1
	Environnement : spécifique ; chirurgien du rachis ; chirurgien viscéral ou général présent sur le site	0 4 Y	A	306,49	203	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY146) - 4 : (YYYY041)					
LDFA012	Corporectomie vertébrale totale, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale	0 1 Y	9,J,K,T	588,47	603	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	292,45	200	1
LEFA006	Corporectomie vertébrale totale, par thoracotomie	0 1 Y	9,J,K,T	687,73	722	1
	À l'exclusion de : corporectomie d'une vertèbre malformée, par thoracotomie (LEFA012)	0 4 Y	4,A	390,54	254	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)					
LEFA004	Corporectomie vertébrale totale, par thoraco-phréno-laparotomie	0 1 Y	I,J,K,O,T	774,23	779	1
	À l'exclusion de : corporectomie d'une vertèbre malformée, par thoraco-phréno-laparotomie (LEFA008)	0 4 Y	4,A	414,73	275	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)					
LFFA013	Corporectomie vertébrale totale, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y	9,J,K,T	692,69	716	1
	À l'exclusion de : corporectomie d'une vertèbre malformée, par laparotomie ou par lombotomie (LFFA008)	0 4 Y	4,A	356,45	252	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)					
LEFA012	Corporectomie d'une vertèbre malformée, par thoracotomie	0 1 Y	J,K,T	777,89	710	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A	397,50	240	1
LEFA008	Corporectomie d'une vertèbre malformée, par thoraco-phréno-laparotomie	0 1 Y	9,J,K,T,X	1079,8	880	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A	457,98	313	1
LFFA008	Corporectomie d'une vertèbre malformée, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y	J,K,T,X	977,71	751	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A	370,38	265	1
	12.02.01.16 Spondylectomie [Vertébrectomie]					
	L'exérèse totale de vertèbre inclut la reconstruction et l'ostéosynthèse.					
LEFA001	Spodylectomie thoracique totale, par abord postérieur	0 1 Y	J,K,O,T,X	1235,0	119	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	495,36	471	1
LDFA010	Spodylectomie totale, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale et par abord postérieur	0 1 Y	9,I,J,K,T	1089,7	111	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	A	459,42	423	1
LEFA005	Spodylectomie totale, par thoracotomie et par abord postérieur	0 1 Y	9,J,K,T,X	1331,5	134	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A	524,36	507	1
LEFA009	Spodylectomie totale, par thoraco-phréno-laparotomie et par abord postérieur	0 1 Y	J,K,T	1051,7	134	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A	524,36	507	1
LFFA012	Spodylectomie totale, par laparotomie ou lombotomie et par abord postérieur	0 1 Y	J,K,O,T,X	1281,8	131	1
	Coder éventuellement 14 : (AGQP004, AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY146) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A	508,12	483	1
LGFA002	Exérèse proximale du sacrum [Sacrectomie S1 et/ou S2], par abord antérieur ou par abord postérieur	0 1 Y	9,J,K,T	496,30	593	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	190,84	199	1
LGFA006	Exérèse proximale du sacrum [Sacrectomie S1 et/ou S2], par abord antérieur et par abord postérieur	0 1 Y	J,K,O,T,X	1029,4	119	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	360,14	431	1
LGFA001	Exérèse distale du sacrum [Sacrectomie respectant S1 et S2], par abord postérieur	0 1 Y	9,I,J,K,T	425,40	481	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	187,58	163	1
LGFA003	Exérèse distale du sacrum [Sacrectomie respectant S1 et S2], par abord antérieur et par abord postérieur	0 1 Y	J,K,T	781,43	119	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	342,59	431	1

LGFA004	Exérèse totale du sacrum [Sacrectomie totale], par abord antérieur et par abord postérieur <i>Avec ou sans : résection de la cinquième vertèbre lombale</i> <i>Coder éventuellement : les actes sur les appareils digestif et urinaire</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	1435,5	287	1
				8	5	
		0 4 Y	7,A	736,95	104	3

LGFA005	Exérèse du coccyx Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T,X	123,37	252	1
		0 4 Y	7,A	90,54	80	1

12.02.01.17 Ablation de matériel d'ostéosynthèse de la colonne vertébrale

Facturation : les actes d'ablation de matériel sur un os ne peuvent pas être facturés avec les actes d'exérèse, ou de résection partielle d'un os, d'ostéophytes ou d'exostose sur le même os

LHGA007	Ablation de matériel d'ostéosynthèse de la colonne vertébrale sur 2 à 5 vertèbres, par abord postérieur Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	169,45	236	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	117,67	100	1

LHGA006	Ablation de matériel d'ostéosynthèse de la colonne vertébrale sur 6 à 9 vertèbres, par abord postérieur Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	220,50	331	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	131,96	131	1

LHGA004	Ablation de matériel d'ostéosynthèse de la colonne vertébrale sur 10 vertèbres ou plus, par abord postérieur Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U,X	442,42	469	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	152,12	189	1

LDGA002	Ablation de matériel d'ostéosynthèse de la colonne vertébrale, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale <i>À l'exclusion de : ablation de matériel d'ostéosynthèse de l'atlas et/ou de l'axis, par cervicotomie (LDGA001)</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	188,59	224	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	72,22	76	1

LDGA001	Ablation de matériel d'ostéosynthèse de l'atlas et/ou de l'axis, par cervicotomie Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U,X	316,92	354	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	89,44	127	1

LEGA002	Ablation de matériel d'ostéosynthèse de la colonne vertébrale, par thoracotomie Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	296,68	388	1
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U	167,42	142	1

LEGA001	Ablation de matériel d'ostéosynthèse de la colonne vertébrale, par thoraco-phréno-laparotomie Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	421,86	471	1
		0 4 Y	4,A,F,P,S,U	188,00	178	1

LFGA001	Ablation de matériel d'ostéosynthèse de la colonne vertébrale, par laparotomie ou par lombotomie Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U,X	219,79	304	1
		0 4 Y	4,7,A,F,P,S,U	81,74	105	1

12.02.01.18 Autres actes thérapeutiques sur les vertèbres

ENNH002	Scélrose d'une lésion vasculaire vertébrale, par injection intralésionnelle d'agent pharmacologique par voie transcutanée avec guidage scanographique Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP025)	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1	O	104,64	432	1

LHFH001	Tumorectomie osseuse vertébrale, par voie transcutanée avec guidage scanographique <i>Indication : ostéome ostéoïde</i> <i>Environnement : spécifique ; concertation pluridisciplinaire</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (YYYY140, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1		209,00	422	1
		0 4	7,A	94,49	113	1

LHMA008	Reconstruction de l'isthme interarticulaire d'une vertèbre, par abord postérieur Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,J,K,O,T	367,26	384	1
		0 4 Y	7,A	187,91	166	1

LHPA004	Mise à plat d'une lésion vertébrale infectieuse ou ossifiante, par abord postérieur <i>À l'exclusion de : mise à plat de lésion infectieuse périurale rachidienne et/ou paravertébrale postopératoire [sepsis], par abord direct (AFPA001)</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	250,80	258	1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	146,89	117	1

12.02.02 Actes thérapeutiques sur les disques intervertébraux

À l'exclusion de : discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale (cf 12.02.01.08)

Facturation : ne peuvent pas être facturés avec les actes du paragraphe 12.02.01

12.02.02.01 Exérèse et destruction transcutanées de disque intervertébral

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

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

LHPH007	Exérèse d'un disque intervertébral, par voie transcutanée avec guidage radiologique [Nucléotomie transcutanée]	0 1		0,00	226	1
---------	---	-----	--	------	-----	---

LHNNH003	Destruction d'un disque intervertébral par injection d'agent pharmacologique [Chémonucléolyse], par voie transcutanée avec guidage radiologique Coder éventuellement 1 : (YYYY170, YYYY300, ZZLP025)	0 1		83,60	170	1
----------	--	-----	--	-------	-----	---

LHNNH002	Destruction d'un disque intervertébral par injection d'agent pharmacologique [Chémonucléolyse], par voie transcutanée avec guidage scanographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		83,60	279	1
----------	--	-----	--	-------	-----	---

LHPH001	Exérèse d'un disque intervertébral, par voie transcutanée avec guidage radiologique [Nucléotomie transcutanée] Coder éventuellement 1 : (YYYY170, YYYY300, ZZLP025)	0 1		83,60	226	1
---------	---	-----	--	-------	-----	---

12.02.02.02 Exérèse de hernie discale de la colonne vertébrale par abord postérieur

L'exérèse de hernie discale de la colonne vertébrale inclut

- l'exérèse de calcifications discales

- l'exérèse du listel marginal

- l'ouverture du récessus latéral ou du foramen intervertébral.

LDFA001	Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale cervicale, par abord postérieur ou postérolatéral	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T 7,A	403,42 167,04	400 1 120 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LEFA002	Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale thoracique, par abord postérieur ou postérolatéral	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T 7,A	441,71 166,30	412 1 125 1
Coder éventuellement 14 : (AGQP005, AGQP006) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LEFA003	Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale thoracique avec ostéosynthèse et/ou arthrodèse, par abord postérieur ou postérolatéral	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T 7,A	584,22 193,42	580 1 190 1
Coder éventuellement 14 : (AGQP005, AGQP006) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LFFA002	Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale lombale, par abord postérieur ou postérolatéral	0 1 Y 0 4 Y	J,K,O,T 7,A	287,85 168,48	288 1 102 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LFFA003	Exérèse de plusieurs hernies discales de la colonne vertébrale lombale, par abord postérieur ou postérolatéral	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T 7,A	382,15 186,44	376 1 131 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LFFA004	Exérèse d'une récurrence d'une hernie discale de la colonne vertébrale lombale préalablement opérée par abord direct, par abord postérieur	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,O,T 7,A	419,02 177,65	412 1 137 1
Coder éventuellement 14 : (LHDA003) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LFFA007	Exérèse d'une récurrence d'une hernie discale de la colonne vertébrale lombale préalablement opérée par abord direct, avec ostéosynthèse et/ou arthrodèse, par abord postérieur	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T,X 7,A	588,47 207,70	593 1 190 1
Coder éventuellement 14 : (LHDA003) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

12.02.02.03 Exérèse de hernie discale de la colonne vertébrale par abord antérieur

L'exérèse de hernie discale de la colonne vertébrale inclut
- l'exérèse de calcifications discales
- l'exérèse du listel marginal
- l'ouverture du récessus latéral ou du foramen intervertébral.

LDFA011	Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T 7,A	443,13 147,61	393 1 118 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LEFC002	Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale, par thoracoscopie <i>Indication : hernie extraforaminale</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T A	539,49 280,97	672 1 216 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LEFA013	Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale, par thoracotomie	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T 4,A	542,39 263,38	579 1 190 1
Coder éventuellement 14 : (AGQP005, AGQP006) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LFFC002	Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale, par rétropéritonéoscopie <i>Indication : hernie extraforaminale</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T A	531,75 264,12	593 1 191 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LFFA011	Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 4,7,A	418,00 188,10	424 1 153 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LDFA008	Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale avec ostéosynthèse et/ou arthrodèse, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T 7,A	521,12 185,00	524 1 176 1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LEFA011	Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale avec ostéosynthèse et/ou arthrodèse, par thoracotomie	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,O,T 4,A	606,90 301,50	585 1 220 1
Coder éventuellement 14 : (AGQP005, AGQP006, PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LFFA010	Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale avec ostéosynthèse et/ou arthrodèse, par laparotomie ou par lombotomie	0 1 Y 0 4 Y	J,K,O,T 4,7,A	563,66 236,10	518 1 202 1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LDFA006	Exérèse de plusieurs hernies discales de la colonne vertébrale, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale	0 1 Y 0 4 Y	9,I,J,K,T 7,A	529,62 156,40	426 1 131 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LDFA007	Exérèse de plusieurs hernies discales de la colonne vertébrale avec ostéosynthèse et/ou arthrodèse, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T 7,A	557,27 187,20	501 1 159 1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

12.02.02.04 Autres actes thérapeutiques sur les disques intervertébraux

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LDKA426	0	1	Y	J,K,T			0 1
<i>Indication : les indications doivent être conformes aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</i>							
<i>Environnement : conforme aux conditions particulières d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale ; l'indication est posée après réalisation de clichés radiographiques standards (clichés rachis entier face et profil et rachis cervical), de clichés radiographiques dynamiques et d'un examen IRM.</i>							
<i>Facturation : le tarif prend en compte le guidage et le contrôle post opératoire radiologique</i>							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

LDKA767	remplacement de deux disques intervertébraux cervicaux par prothèses totales, par cervicotomie	0 1 Y	J,K,T		0 1
		0 4 Y	4,7,A		0 1
<i>Indication : les indications doivent être conformes aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le guidage et le contrôle post opératoire radiologique</i> <i>Environnement : conforme aux conditions particulières d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale ; l'indication est posée après réalisation de clichés radiographiques standards (clichés rachis entier face et profil et rachis cervical), de clichés radiographiques dynamiques et d'un examen IRM.</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

LDKA900	remplacement d'un disque intervertébral cervical par prothèse, par cervicotomie	0 1 Y		0,00	500 1
---------	--	-------	--	------	-------

		0 4 Y		0,00	195 1
--	--	-------	--	------	-------

LHKA900	Remplacement du disque intervertébral par prothèse	0 1 Y		0,00	500 1
---------	---	-------	--	------	-------

		0 4 Y	7,A	0,00	200 1
--	--	-------	-----	------	-------

LFKA001	remplacement d'un disque intervertébral lombal par prothèse totale, par laparotomie ou lombotomie	0 1	J,K,T	850,80	0 1
---------	--	-----	-------	--------	-----

		0 4	4,7	252,80	0 1
--	--	-----	-----	--------	-----

Indication : traitement de deuxième intention, de lombalgie discogénique chronique et invalidante, résistante à un traitement médical bien conduit pendant au moins 6 mois et de préférence 1 an, avec un disque lombal ou lombosacral symptomatique, chez un l'adulte de moins de 60 ans

Formation : spécifique à la chirurgie de la colonne vertébrale par laparotomie ou lombotomie et à la pose de prothèse discale

Environnement : conforme aux exigences de qualité et de sécurité selon l'avis du 31 janvier 2007 de la Haute autorité de santé [HAS], notamment chirurgien vasculaire disponible pendant l'intervention

Recueil prospectif de données : recueil des données et de suivi de cohortes à long terme ; suivi de matériovigilance

Facturation :

- remplacement par prothèse discale d'un seul disque intervertébral pathologique par intervention

- prise en charge transitoire en attendant la réévaluation de l'acte par la Haute autorité de santé à partir de l'exploitation des données prospectives recueillies sur un registre

- réalisation selon les conditions de l'arrêté du 2 décembre 2011

Coder éventuellement 1 : (YYYY012, YYYY146) - 4 : (GELE001, YYYY041)

12.02.03 Actes orthopédiques sur la colonne vertébrale

12.02.03.01 Traitement orthopédique de lésion de la colonne vertébrale

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LHEP005	0	1	Y	9,F,O,P,S,U	123,37	134	1

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

LHEP004	0	1	Y	F,O,P,S,U,X	212,70	169	1
---------	---	---	---	-------------	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

LDEB002	0	1		F,P,S,U	104,50	103	1
---------	---	---	--	---------	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

LHEP003	0	1		9,F,I,L,M,P,S,U	164,49	224	1
---------	---	---	--	-----------------	--------	-----	---

À l'exclusion de : réduction orthopédique extemporanée de lésion traumatique de la colonne vertébrale cervicale par traction (LDEP002)

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

LDEP002	0	1		F,L,P,S,U,X	411,93	359	1
---------	---	---	--	-------------	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

LHEP002	0	1		F,P,S,U,X	283,46	122	1
---------	---	---	--	-----------	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

LDEP003	0	1	Y	F,L,O,P,S,U,X	212,70	153	1
---------	---	---	---	---------------	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

LHEB001	0	1	Y	X	269,42	208	1
---------	---	---	---	---	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

LHEB002	0	1	Y		237,87	111	1
---------	---	---	---	--	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

LFEP001	0	1		I	232,55	95	1
---------	---	---	--	---	--------	----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

12.02.03.02 Confection d'un appareil de contention de la colonne vertébrale

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LDMP001	0	1		F,M,O,P,S,U	63,81	92	1

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

LDMP002	0	1		9,F,M,P,S,U	77,99	123	1
---------	---	---	--	-------------	-------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

LDMP003	0	1		9,F,I,M,P,S,U	97,84	116	1
---------	---	---	--	---------------	-------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

LMP001	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la colonne vertébrale lombale	0 1	F,M,P,S,U	62,70	68 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					

LEMP001	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la colonne vertébrale thoracique et lombale	0 1	F,M,P,S,U	62,70	89 1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					

12.02.03.03 Autres actes thérapeutiques sur la colonne vertébrale

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LDEP001	0	1		I	29,48	15	1
<i>Avec ou sans : massage</i>							

LFEP002	0	1		I	30,15	15	1
<i>Avec ou sans : massage</i>							

LHRP001	0	1		I,X	33,50	15	1
<i>Indication : affection mécanique du rachis</i>							
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>							

LHLB002	0	1		I	21,44	15	1
---------	---	---	--	---	-------	----	---

12.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LA PAROI THORACIQUE

12.03.01 Infiltration de la paroi thoracique

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LJLH001	0	1		X	41,54	50	1
Infiltration thérapeutique d'articulation costovertébrale, par voie transcutanée avec guidage radiologique							

LJLH002	0	1		X	51,59	75	1
Infiltration thérapeutique d'articulation costovertébrale, par voie transcutanée avec guidage scanographique							

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

12.03.02 Évacuation de collection de la paroi thoracique

À l'exclusion de : évacuation de collection superficielle de la peau et des tissus mous (cf 16.03.01)

LJJA001	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	162,36	165	1
Évacuation de collection suppurée de la paroi thoracique, par abord direct							
<i>Mise à plat d'ostéite du sternum</i>							
Coder éventuellement 14 : (GGBA001, HPBA002, LMBA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
0 4 Y 7,A,F,O,P,S,U 56,45 59 1							

LJJA002	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	416,89	367	1
Évacuation de collection suppurée de la paroi thoracique étendue au médiastin							
Coder éventuellement 14 : (HPBA002, LMBA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
0 4 Y 7,A,F,O,P,S,U 188,10 122 1							

12.03.03 Fermeture secondaire de la paroi thoracique

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LJSA002	0	1	Y	J,K,T	209,00	246	1
Fermeture secondaire de la paroi thoracique après chirurgie cardiovasculaire chez le nouveau-né							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
0 4 Y A 62,70 96 1							

LJSA001	0	1	Y	9,I,J,K,T	265,17	295	1
Fermeture d'une désunion pariétale de thoracotomie latérale							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
0 4 Y 7,A 71,84 92 1							

12.03.04 Ostéosynthèse de la paroi thoracique

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LJCA001	0	1	Y	F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	267,29	318	1
Ostéosynthèse de fracture du sternum							
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
0 4 Y A,F,L,O,P,S,U 172,28 122 1							

LJCA002	0	1	Y	F,I,J,K,L,O,P,S,T,U	491,34	434	1
Ostéosynthèse d'un volet thoracique							
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
0 4 Y A,F,L,O,P,S,U 201,24 169 1							

12.03.05 Résection osseuse du thorax

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LJFA010	0	1	Y	J,K,T	125,40	180	1
Exérèse partielle de côte et/ou de sternum, par abord direct							
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
0 4 Y 7,A 48,00 48 1							

LJFA006	0	1	Y	I,J,K,T,X	189,30	212	1
Résection d'une côte							
<i>À l'exclusion de : résection</i>							
<i>- d'une côte cervicale, par abord supraclaviculaire (LJFA003)</i>							
<i>- de la première côte, par abord supraclaviculaire ou par abord axillaire (LJFA002)</i>							
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
0 4 Y 7,A 125,00 80 1							

LJFA003	0	1	Y	I,J,K,T,X	386,41	315	1
Résection d'une côte cervicale, par abord supraclaviculaire							
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
0 4 Y 7,A 109,60 135 1							

LJFA002	0	1	Y	J,K,T,X	483,54	352	1
Résection de la première côte, par abord supraclaviculaire ou par abord axillaire							
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
0 4 Y 7,A 114,74 155 1							

LJFA007	0	1	Y	I,J,K,T,X	557,98	430	1
Résection de la première côte et d'une côte cervicale, par abord supraclaviculaire							
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
0 4 Y 7,A 125,73 199 1							

LJFA004	0	1	Y	9,I,J,K,T	348,12	259	1
Résection de la paroi thoracique, sans prothèse							
<i>À l'exclusion de : thoracoplastie (cf 12.03.06)</i>							
Coder éventuellement 14 : (HPBA002, LMBA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)							
0 4 Y A 174,85 107 1							

LJFA008	0	1	Y	9,J,K,T,X	444,54	323	1
Résection de la paroi thoracique, avec prothèse							
<i>À l'exclusion de : thoracoplastie (cf 12.03.06)</i>							
Coder éventuellement 14 : (HPBA002, LMBA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)							
0 4 Y A 203,07 142 1							

LJFA009	0	1	Y	J,K,O,T,X	760,05	400	1
Résection du sternum							
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
0 4 Y A 313,43 190 1							

LJFA001	0	1	Y	I,J,K,T	484,25	420	1
Gibbectomie, par abord direct							
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
0 4 Y A 251,46 197 1							

12.03.06 Thoracoplastie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LJMA003	0	1	Y	I,J,K,T,X	621,08	442	1
Thoracoplastie de 2 à 5 côtes							
Coder éventuellement 14 : (HPBA002, LMBA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
0 4 Y A 203,07 180 1							

LJMA001	0	1	Y	J,K,O,T,X	760,05	668	1
Thoracoplastie de 6 côtes ou plus							
Coder éventuellement 14 : (HPBA002, LMBA001) - 4 : (FELF001, GELE001, YYYY041)							
0 4 Y A 263,06 236 1							

12.03.07 Ablation de matériel d'ostéosynthèse du thorax

Facturation : les actes d'ablation de matériel sur un os ne peuvent pas être facturés avec les actes d'exérèse, ou de résection partielle d'un os, d'ostéophytes ou d'exostose

sur le même os

LJGA002	Ablation de matériel d'ostéosynthèse du sternum et/ou des côtes À l'exclusion de : ablation de fils d'ostéosynthèse du sternum (LJGA001) Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U,X 7,A,F,P,S,U	223,34 74,05	186 67	1 1
LJGA001	Ablation de fils d'ostéosynthèse du sternum Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X 7,A,F,P,S,U	80,83 58,65	117 34	1 1
12.03.08 Correction des malformations congénitales de la cage thoracique						
LJMA002	Plastie de malformation du thorax sans malformation du sternum, sans ostéosynthèse À l'exclusion de : pose d'un dispositif d'expansion de la peau ou d'un implant sous-cutané définitif (QZLA001) Coder éventuellement 14 : (HPBA002, LMBA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T 7,A	482,83 202,21	379 139	1 1
LJMA004	Plastie de malformation du thorax sans malformation du sternum, avec ostéosynthèse Coder éventuellement 14 : (HPBA002, LMBA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T 7,A	524,66 201,10	417 140	1 1
LJMA005	Plastie de malformation sternocostale, sans ostéosynthèse Avec ou sans : prothèse Traitement de pectus excavatum, de pectus carinatum ou de pectus arcuatum, sans ostéosynthèse Coder éventuellement 14 : (HPBA002, LMBA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,I,J,K,T 7,A	616,83 217,24	503 174	1 1
LJMA006	Plastie de malformation sternocostale, avec ostéosynthèse Traitement de pectus excavatum, de pectus carinatum ou de pectus arcuatum, avec ostéosynthèse Coder éventuellement 14 : (HPBA002, LMBA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T,X 7,A	774,94 230,43	563 205	1 1

12.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES MUSCLES DU COU ET DU TRONC

Par cure de hernie de la paroi du tronc, on entend :

- herniorraphie
- hernioplastie prothétique ou non prothétique.

12.04.01 Actes thérapeutiques sur les muscles du cou

LCPA002	Ténotomie du muscle sterno-cléido-mastoiïdien, pour torticolis congénital Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T,X A	126,91 111,83	138 72	1 1
---------	---	----------------	--------------	------------------	-----------	--------

12.04.02 Actes thérapeutiques sur le diaphragme

12.04.02.01 Exérèse partielle du diaphragme

LLFA003	Exérèse partielle du diaphragme sans pose de prothèse, par thoracotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	J,K,O,T 4,A	401,29 312,86	382 150	1 1
LLFA013	Exérèse partielle du diaphragme avec pose de prothèse, par thoracotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T 4,A	483,54 320,19	425 192	1 1

12.04.02.02 Suture du diaphragme

Avec ou sans : pose de prothèse

LLCC001	Suture de plaie ou de rupture récente d'une coupole du diaphragme, par thoracoscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	374,48 254,21	406 136	1 1
LLCA003	Suture de plaie ou de rupture récente d'une coupole du diaphragme, par thoracotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U 4,A,F,O,P,S,U	411,93 261,91	386 163	1 1
LLCC003	Suture de plaie ou de rupture récente de la coupole du diaphragme, par coelioscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U A,F,O,P,S,U	346,70 250,03	421 200	1 1
LLCA005	Suture de plaie ou de rupture récente de la coupole du diaphragme, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 4,A,F,O,P,S,U	313,50 213,92	315 150	1 1

12.04.02.03 Plastie du diaphragme pour éventration

Avec ou sans :

- pose de prothèse
- fermeture du hiatus oesophagien

LLMC003	Plastie d'une coupole du diaphragme pour éventration, par thoracoscopie Plicature ou suture en paletot d'une coupole diaphragmatique, par thoracoscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 7,A	374,48 216,96	424 145	1 1
LLMA003	Plastie d'une coupole du diaphragme pour éventration, par thoracotomie Plicature ou suture en paletot d'une coupole diaphragmatique, par thoracotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,I,J,K,T 4,A	486,37 313,96	399 157	1 1
LLMC019	Plastie d'une coupole du diaphragme pour éventration, par coelioscopie Plicature ou suture en paletot d'une coupole diaphragmatique, par coelioscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 7,A	342,30 200,91	344 146	1 1
LLMA008	Plastie d'une coupole du diaphragme pour éventration, par laparotomie Plicature ou suture en paletot d'une coupole diaphragmatique, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	J,K,T 4,7,A	313,50 176,91	299 121	1 1

12.04.02.04 Cure de hernie hiatale

La cure d'une hernie hiatale inclut la réalisation de procédé antireflux sur l'estomac.

LLMC004	Cure d'une hernie hiatale sans pose de prothèse, par coelioscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,O,T 7,A	397,04 192,84	433 149	1 1
LLMA006	Cure d'une hernie hiatale sans pose de prothèse, par laparotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,O,T 4,7,A	367,97 184,24	372 145	1 1
LLMA010	Cure d'une hernie hiatale avec pose de prothèse, par laparotomie Recueil prospectif de données : nécessaire Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T 4,7,A	409,80 190,09	401 160	1 1

12.04.02.05 Autres cures de hernie du diaphragme

Avec ou sans : pose de prothèse

LLMC001	Cure d'une hernie rétrocostoxiphoidienne, par coelioscopie	0 1 Y	J,K,T	342,30	368	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	186,99	105	1
LLMA007	Cure d'une hernie rétrocostoxiphoidienne, par laparotomie	0 1 Y	J,K,T	313,50	303	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	191,57	99	1
LLMC005	Cure d'une hernie acquise de la coupole du diaphragme, par thoracoscopie	0 1 Y	J,K,T	374,48	435	1
	Coder éventuellement 14 : (LMBA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	226,16	136	1
LLMA001	Cure d'une hernie acquise de la coupole gauche du diaphragme, par thoracotomie	0 1 Y	9,F,J,K,P,S,T,U	472,90	447	1
	Coder éventuellement 14 : (LMBA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,A,F,P,S,U	270,34	153	1
LLMA005	Cure d'une hernie acquise de la coupole droite du diaphragme, par abord direct	0 1 Y	F,I,J,K,P,S,T,U	470,78	432	1
	Coder éventuellement 14 : (LMBA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	241,38	147	1

12.04.02.06 Correction des malformations congénitales du diaphragme

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LLMA002	Cure d'une hernie hiatale congénitale avec agénésie des piliers du diaphragme, par laparotomie	0 1 Y			F,I,J,K,P,S,T,U	443,13	371	1
	<i>Avec ou sans : réalisation de procédé antireflux sur l'estomac</i>	0 4 Y			4,A,F,P,S,U	430,66	142	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
LLCA002	Suture d'une coupole du diaphragme pour hernie congénitale, par thoracotomie	0 1 Y			F,J,K,P,S,T,U	404,01	371	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			4,A,F,P,S,U	384,43	139	1
LLCA001	Suture d'une coupole du diaphragme pour hernie congénitale, par laparotomie	0 1 Y			9,F,J,K,P,S,T,U	425,40	326	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			4,A,F,P,S,U	403,53	126	1
LLMA009	Plastie musculaire ou prothétique d'une coupole du diaphragme pour hernie congénitale, par thoracotomie	0 1 Y			9,F,J,K,P,S,T,U	491,34	445	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			4,A,F,P,S,U	417,79	166	1
LLMA004	Plastie musculaire ou prothétique d'une coupole du diaphragme pour hernie congénitale, par laparotomie	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U,X	491,34	398	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			4,A,F,O,P,S,U	396,57	166	1

12.04.03 Actes thérapeutiques sur la paroi abdominale

À l'exclusion de : actes thérapeutiques sur le plancher pelvien et le périnée (cf chapitre 08)

12.04.03.01 Exérèse de lésion de la paroi abdominale antérieure

À l'exclusion de : exérèse de lésion de la peau et des tissus mous de la paroi abdominale (cf 16.03.07)

LMFA003	Exérèse d'un bourgeon ombilical	0 1 Y			F,I,J,K,O,P,S,T,U	202,07	176	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			A,F,O,P,S,U	110,67	95	1
LMFA001	Exérèse de tumeur de la paroi abdominale antérieure avec fermeture par suture, par abord direct	0 1 Y			J,K,O,T	202,07	198	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			A	130,02	72	1
LMFA002	Exérèse de tumeur de la paroi abdominale antérieure avec fermeture par prothèse, par abord direct	0 1 Y			9,J,K,T	264,46	320	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			A	150,18	110	1

12.04.03.02 Cure de hernie de l'aine

À l'exclusion de : cure de hernie de l'aine avant l'âge de 16 ans (HPSC001, HPSA001)

LMMA011	Cure d'une hernie fémorale [crurale], par abord inguinofémoral	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U	201,87	135	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,O,P,S,T,U	103,64	50	1
LMMC003	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par vidéo-chirurgie	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U	201,87	191	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,O,P,S,U	124,54	88	1
LMMA016	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie locale, par abord inguinal	0 1 Y			J,K,T	201,87	148	1
	<i>Opération unilatérale selon Shouldice</i>							
LMMA017	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord inguinal	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U	201,87	148	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,O,P,S,U	103,64	50	1
LMMC002	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par vidéo-chirurgie	0 1 Y			9,F,J,K,O,P,S,T,U	227,59	220	1
	Coder éventuellement 4 : (YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,O,P,S,U	124,54	85	1
LMMA012	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord inguinal	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U	201,87	171	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,O,P,S,U	103,64	73	1
LMMA008	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord pré-péritonéal	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U	201,87	192	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,O,P,S,U	103,64	83	1
LMMC004	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par vidéo-chirurgie	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U	287,56	239	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,O,P,S,U	171,57	110	1
LMMA019	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie locale, par abord inguinal	0 1 Y			J,K,T	287,56	204	1
	<i>Opération bilatérale selon Shouldice</i>							
LMMA018	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord inguinal	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U	287,56	204	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,O,P,S,U	140,22	75	1
LMMC001	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par vidéo-chirurgie	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U	287,56	312	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,O,P,S,U	171,57	130	1
LMMA001	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord inguinal	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U	287,56	248	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,O,P,S,U	140,22	112	1
LMMA002	Cure bilatérale de hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord pré-péritonéal unique	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U	287,56	232	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,O,P,S,U	140,22	104	1

12.04.03.03 Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure

Comprend : cure
- de hernie ombilicale
- d'événtration de la paroi abdominale antérieure
Avec ou sans : dermolipectomie abdominale
À l'exclusion de : cure
- de hernie de l'aîne (cf 12.04.03.02)
- d'événtration postopératoire de la paroi abdominale antérieure (cf 12.04.03.04)

LMMA014 Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure avant l'âge de 16 ans, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	201,87	136	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	124,54	65	1
LMMA009 Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans sans pose de prothèse, par abord direct	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	201,87	140	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	103,64	61	1
LMMC020 Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans avec pose de prothèse, par coelioscopie	0 1 Y	9,J,K,T	259,22	140	1
Indication : hernie de petite ou moyenne taille, en particulier chez l'obèse et chez l'insuffisant respiratoire	0 4 Y	7,A	141,58	70	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
LMMA006 Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans avec pose de prothèse, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,T	230,43	248	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	117,58	105	1

12.04.03.04 Cure d'événtration postopératoire de la paroi abdominale antérieure

Avec ou sans : dermolipectomie abdominale

LMMC015 Cure d'événtration postopératoire de la paroi abdominale antérieure avec pose de prothèse, par coelioscopie	0 1 Y	9,J,K,O,T	280,76	353	1
Indication : événtration de petite ou moyenne taille, en particulier chez l'obèse et chez l'insuffisant respiratoire	0 4 Y	7,A	153,37	109	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
LMMA010 Cure d'événtration postopératoire de la paroi abdominale antérieure sans pose de prothèse, par abord direct	0 1 Y	J,K,T	201,87	208	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	103,64	75	1
LMMA004 Cure d'événtration postopératoire de la paroi abdominale antérieure avec pose de prothèse, par abord direct	0 1 Y	I,J,K,T	280,06	338	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	109,14	104	1

12.04.03.05 Autres réparations de la paroi abdominale

LMMA005 Réparation de perte de substance transfixiante de la paroi abdominale par lambeau libre et prothèse	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	0 1 Y	F,J,K,P,S,T,U,X	756,50	644	1
Coder éventuellement 14 : (EZCA001, EZCA005) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	139,66	300	1
LMMA003 Réfection de la paroi lombale sans prothèse	0 1 Y	J,K,T	209,00	236	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	80,64	85	1
LMMA007 Réfection de la paroi lombale avec prothèse	0 1 Y	9,J,K,T	265,88	327	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	86,14	102	1
LMSA002 Fermeture d'une éviscération abdominale, par abord direct	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	241,06	233	1
Avec ou sans : pose de prothèse	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	117,64	113	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
LMSA004 Fermeture d'une laparostomie	0 1 Y	9,J,K,T,X	264,46	300	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	97,87	85	1

12.04.03.06 Ablation de prothèse de la paroi abdominale

LMGA001 Ablation d'une prothèse de la paroi abdominale, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
Avec ou sans : évacuation d'abcès périprothétique	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	257,37	232	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	155,89	88	1

12.04.03.07 Correction des malformations congénitales de la paroi abdominale

LMSA001 Fermeture d'une omphalocèle ou d'un laparoschisis en un temps	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
Avec ou sans : pose de prothèse	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	420,44	354	1
Fermeture pariétale complète d'une omphalocèle	0 4 Y	A,F,P,S,U	402,51	206	1
Recouvrement cutané d'une omphalocèle					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
LMSA003 Fermeture progressive d'une omphalocèle ou d'un laparoschisis	1 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	325,88	324	1
Opération selon Schuster	1 4 Y	A,F,P,S,U	392,61	230	1
Phase 1 : pose de prothèse pariétale	2 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	125,40	136	1
Phase 2 : séance de réintégration progressive des viscères abdominaux	2 4 Y	A,F,P,S,U	96,05	64	1
Phase 3 : fermeture définitive de la paroi abdominale	3 1 Y	F,J,K,P,S,T,U	199,89	243	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	3 4 Y	A,F,P,S,U	171,93	121	1
LMSA005 Fermeture de paroi abdominale antérieure hypoplasique ou aplasique par plastie musculoaponévrotique	0 1 Y	I,J,K,T,X	505,52	454	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	271,55	237	1

13 APPAREIL OSTÉOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

Par fracture complexe, on entend : fracture osseuse

- comportant au moins 3 fragments principaux,
- incoercible après réduction,

- avec enfoncement ostéocondral nécessitant un geste de relèvement.

Par rayon de la main, on entend : le squelette métacarpophalangien formant l'axe d'un doigt et les articulations adjacentes, et l'ensemble des tissus mous et des paquets vasculonerveux correspondants.

Par ostéotomie simple, on entend : ostéotomie unidirectionnelle ou rotatoire isolée, pour réaxation ou raccourcissement.

Par ostéotomie complexe, on entend : ostéotomie multidirectionnelle.

Par ostéosynthèse d'une fracture à foyer fermé, on entend : réduction et fixation osseuse par voie transcutanée ou avec abord à distance, sans exposition du foyer de fracture.

Par ostéosynthèse d'une fracture à foyer ouvert, on entend : réduction et fixation osseuse avec exposition du foyer de fracture.

Par changement de matériel, on entend : ablation de matériel avec pose simultanée d'un matériel de type identique ou analogue sur le même site.

Par repose de matériel, on entend : pose de matériel après ablation d'un précédent au cours d'une intervention préalable.

Par évidement d'un os, on entend :

- cratérisation [saucierisation] osseuse
- séquestrectomie osseuse
- curetage de lésion osseuse infectieuse, kystique ou tumorale.

Par exérèse partielle d'un os, on entend :

- exérèse de fragment osseux, sans interruption de la continuité osseuse
- exérèse de lésion osseuse de surface : résection d'exostose ostéogénique, d'apophysite...
- résection osseuse unicorticale : résection d'ostéome ostéoïde...

Par nettoyage d'une articulation [debridement], on entend :

- résection localisée de synoviale, de replis synoviaux et/ou d'ostéophytes
- ablation de corps étrangers intraarticulaires, de fragments fibrocartilagineux et/ou d'autres chondropathies localisées.

Toute arthrotomie inclut l'arthroscopie peropératoire éventuelle.

Tout acte thérapeutique, par arthroscopie inclut le nettoyage de l'articulation traitée.

Tout acte thérapeutique, par arthrotomie inclut le nettoyage de l'articulation traitée.

La réduction orthopédique extemporanée d'une fracture inclut la contention par confection d'un appareillage rigide externe.

Comprend : réduction orthopédique itérative de fracture, avec gypsotomie de réaxation

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

L'ostéosynthèse d'une fracture inclut sa réduction simultanée et sa contention par appareillage externe.

L'ostéotomie inclut l'ostéosynthèse et/ou la contention par appareillage externe.

La réduction d'une luxation, par abord direct inclut la réparation de l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation par suture ou plastie, la stabilisation de l'articulation [arthrorise] par matériel et/ou la contention par appareillage rigide externe.

La reconstruction osseuse ou articulaire par greffe, transplant ou matériau inerte non prothétique inclut l'ostéosynthèse.

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

L'arthroplastie inclut la réparation de l'appareil capsuloligamentaire par suture ou plastie, la stabilisation de l'articulation [arthrorise] par matériel et/ou contention par appareillage rigide externe.

La libération mobilisatrice d'une articulation [arthrolyse] inclut la capsulotomie articulaire, la libération de tendon périarticulaire et la résection d'ostéophyte et de butoir osseux.

L'arthrodèse inclut l'ostéosynthèse, le prélèvement in situ d'autogreffe osseuse, et/ou la contention par appareillage externe.

La suture de muscle ou de tendon inclut l'immobilisation par appareillage externe ou par arthrorise.

Facturation : lors de l'association d'une réduction de luxation et d'une réduction de fracture de l'épiphysse adjacente un seul acte peut être facturé

13.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR LES OS, LES ARTICULATIONS ET LES TISSUS MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

13.01.01 Radiographie du membre supérieur

Par segment du membre supérieur, on entend : ceinture scapulaire, épaule, bras, coude, avant-bras, poignet ou main.

La radiographie d'un segment du membre supérieur inclut la radiographie des articulations adjacentes.

MAQK003	Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 1 ou 2 incidences	0 1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	22,61	20 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
MAQK001	Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 3 ou 4 incidences	0 1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	33,80	27 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
MAQK002	Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 5 incidences ou plus	0 1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	34,17	34 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
MBQK001	Radiographie du bras	0 1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	19,95	19 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
MFQK002	Radiographie du coude selon 1 ou 2 incidences	0 1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	19,95	19 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
MFQK001	Radiographie du coude selon 3 incidences ou plus	0 1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	28,83	27 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
MCQK001	Radiographie de l'avant-bras	0 1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	19,95	19 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
MGQK003	Radiographie du poignet selon 1 ou 2 incidences	0 1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	19,95	19 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
MGQK001	Radiographie du poignet selon 3 incidences ou plus	0 1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	29,26	26 2
	À l'exclusion de : bilan radiographique dynamique du poignet pour entorse non dissociative selon 7 incidences spécifiques (MGQK002)				
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
MGQK002	Bilan radiographique dynamique du poignet pour entorse non dissociative selon 7 incidences spécifiques	0 1	C,E,R,Y,Z	29,26	39 2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY030)				
MDQK001	Radiographie de la main ou de doigt	0 1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	19,95	20 2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				

MDQK002	Radiographie bilatérale de la main et/ou du poignet, selon 1 incidence sur un seul cliché de face	0 1	B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	19,95	19 2
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
MZQK003	Radiographie de 2 segments du membre supérieur	0 1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	29,26	33 2
<i>Facturation : ne comprend pas les radiographies de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule si radiographie de deux segments du membre supérieur selon 1 ou 2 incidences par segment</i>					
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
MZQK004	Radiographie de 3 segments du membre supérieur ou plus	0 1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	39,90	45 2
<i>Facturation : ne comprend pas les radiographies de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule si radiographie de trois segments du membre supérieur selon 1 ou 2 incidences par segment</i>					
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
MZQK001	Téléradiographie unilatérale ou bilatérale du membre supérieur en totalité, de face	0 1	E,Y,Z	39,90	23 2
Coder éventuellement 1 : (YYYY030)					
MEQH001	Arthrographie de l'épaule	0 1	E,Y,Z	79,80	142 2
Coder éventuellement 1 : (YYYY420, ZZLP025)					
MFQH001	Arthrographie du coude	0 1	E,Y,Z	57,19	139 2
Coder éventuellement 1 : (YYYY420, ZZLP025)					
MGQH001	Arthrographie du poignet	0 1	E,Y,Z	69,16	153 2
Coder éventuellement 1 : (YYYY420, ZZLP025)					
MHQH001	Arthrographie métacarpophalangienne ou interphalangienne de doigt	0 1	E,Y,Z	39,90	131 2
Coder éventuellement 1 : (YYYY420, ZZLP025)					
MZQH001	Arthrographie du membre supérieur avec scanographie [Arthros scanner du membre supérieur]	0 1	E,Y,Z	79,80	236 2
Coder éventuellement 1 : (YYYY420, YYYY600, ZZLP025)					

13.01.02 Scanographie du membre supérieur

Avec ou sans : étude angulaire des segments du membre supérieur

Par segment du membre supérieur, on entend : ceinture scapulaire, épaule, bras, coude, avant-bras, poignet ou main.

MZQK002	Scanographie unilatérale ou bilatérale de segment du membre supérieur, sans injection de produit de contraste	0 1	E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	58 2
Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)					
MZQH002	Scanographie unilatérale ou bilatérale de segment du membre supérieur, avec injection de produit de contraste	0 1	E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	61 2
Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)					

13.01.03 Remnographie [IRM] du membre supérieur

Par segment du membre supérieur, on entend : ceinture scapulaire, épaule, bras, coude, avant-bras, poignet ou main.

MZQN001	Remnographie [IRM] unilatérale ou bilatérale de segment du membre supérieur, sans injection de produit de contraste	0 1	F,P,S,U	55,00	107 2
<i>Facturation : quel que soit le nombre de séquences</i>					
Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)					
MZQJ001	Remnographie [IRM] unilatérale ou bilatérale de segment du membre supérieur, avec injection de produit de contraste	0 1	F,P,S,U	55,00	112 2
<i>Facturation : quel que soit le nombre de séquences</i>					
Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)					

13.01.04 Bilan fonctionnel d'une articulation du membre supérieur

Avec ou sans : contention

MZQP001	Bilan fonctionnel de l'articulation de l'épaule, du coude et/ou du poignet, sous anesthésie générale ou locorégionale	0 1 0 4	X A	39,00 50,58	77 1 31 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MHQP001	Bilan fonctionnel des articulations de la main, sous anesthésie générale ou locorégionale	0 1 0 4	X A	41,12 52,05	83 1 34 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

13.01.05 Ponction et biopsie d'un os ou d'une articulation du membre supérieur

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MZHB002	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	0 1			I,T,X	28,81	32	2
<i>Avec ou sans : examen du liquide synovial au microscope</i>								
MZHH001	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0 1			T,X	24,79	123	2
<i>Avec ou sans : examen du liquide synovial au microscope</i>								
MZHH002	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0 1			T,X	27,36	179	2
<i>Avec ou sans : examen du liquide synovial au microscope</i>								
MZHB001	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	0 1			I,T,X	38,86	50	2
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
MZHH003	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0 1			T	76,80	222	2
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
MZHH004	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0 1			T	76,80	278	2
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
MZHA001	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre supérieur, par abord direct	0 1 Y 0 4 Y			9,J,K,T 7,A	138,26 65,24	163 53	1 1
<i>À l'exclusion de : biopsie d'un os et/ou d'une articulation de la main, par abord direct (MDHA001)</i>								
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								

MDHA001 Biopsie d'un os et/ou d'une articulation de la main, par abord direct	0 1 Y	J,K,T	104,50	136	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A	51,32	41	1

13.01.06 Arthroscopie du membre supérieur à visée diagnostique

Avec ou sans : biopsie et/ou prélèvement

MEQC001 Exploration de la bourse séreuse subacromiale, par arthroscopie [Bursoscopie sousacromiale]	0 1 Y	I,M,T	177,25	168	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,M,T	66,35	56	1
MEQC002 Exploration de l'articulation de l'épaule, par arthroscopie	0 1 Y	9,I,M	207,03	198	1
Avec ou sans : exploration de la bourse séreuse subacromiale, par arthroscopie	0 4 Y	7,A,M	69,65	70	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MFQC001 Exploration de l'articulation du coude, par arthroscopie	0 1 Y	9,I,M,T	205,61	203	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,M,T	50,58	68	1
MGQC001 Exploration de l'articulation du poignet, par arthroscopie	0 1 Y	M,O,T,X	235,39	240	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,M,T	54,25	80	1

13.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES OS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

13.02.01 Actes thérapeutiques sur la scapula [l'omoplate]

13.02.01.01 Réduction orthopédique de fracture de la scapula

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MAEP001 Réduction orthopédique de fracture de la scapula	0	1		F,L,M,P,S,U	41,80	72	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4		7,A,F,L,M,P,S,U	56,08	22	1

13.02.01.02 Ostéosynthèse de la scapula

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MACB002 Ostéosynthèse de fracture de la scapula, à foyer fermé	0	1	Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	104,50	163	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	78,44	61	1
MACA003 Ostéosynthèse de fracture de la scapula, à foyer ouvert	0	1	Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	187,89	238	1
À l'exclusion de : ostéosynthèse de fracture du col et/ou de la glène de la scapula, à foyer ouvert (MACA002)	0	4	Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	94,21	91	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							

MACA002 Ostéosynthèse de fracture du col et/ou de la glène de la scapula, à foyer ouvert	0	1	Y	F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	272,97	322	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	108,87	121	1

13.02.01.03 Ostéotomie de la scapula

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MAPA003 Ostéotomie de l'acromion et/ou de l'épine de la scapula, par abord direct	0	1	Y	J,K,M,T	250,80	249	1
Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	128,55	95	1
MAPA001 Ostéotomie intraarticulaire ou extraarticulaire de la glène de la scapula, par abord direct	0	1	Y	I,J,K,M,O,T	370,10	391	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	157,87	140	1

13.02.01.04 Excision de la scapula

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MAFA006 Exérèse partielle de la scapula sans interruption de la continuité, par abord direct	0	1	Y	J,K,M,T	167,20	196	1
Coder éventuellement 14 : (ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	103,74	86	1
MAGA003 Évidement de la scapula sans comblement, par abord direct	0	1	Y	J,K,M,O,T,X	208,45	238	1
Coder éventuellement 14 : (ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	105,56	103	1
MAGA002 Évidement de la scapula avec comblement, par abord direct	0	1	Y	9,J,K,M,T	248,86	288	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA010, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	125,91	123	1
MAFA003 Scapulectomie partielle respectant la glène, par abord direct	0	1	Y	9,J,K,M,T,X	341,74	330	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	120,59	125	1
MAFA001 Scapulectomie partielle emportant la glène ou scapulectomie totale, par abord direct	0	1	Y	I,J,K,M,T,X	453,05	559	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	164,58	227	1

13.02.01.05 Ablation de matériel d'ostéosynthèse de la scapula

Facturation : les actes d'ablation de matériel sur un os ne peuvent pas être facturés avec les actes d'exérèse, ou de résection partielle d'un os, d'ostéophytes ou d'exostose sur le même os

MAGA001 Ablation de matériel d'ostéosynthèse de la scapula, par abord direct	0	1	Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U,X	127,62	188	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	94,57	83	1

13.02.02 Actes thérapeutiques sur la clavicule

13.02.02.01 Réduction orthopédique de fracture de la clavicule

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MADP001 Contention orthopédique unilatérale ou bilatérale de fracture de la clavicule	0	1		F,M,P,S,U	41,80	46	1
Avec ou sans : réduction							
Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.							
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

13.02.02.02 Ostéosynthèse de la clavicule

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MACB001 Ostéosynthèse de fracture de la clavicule par broche, à foyer fermé	0	1	Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	85,08	177	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	78,07	59	1
MACA004 Ostéosynthèse de fracture de la clavicule par fixateur externe	0	1	Y	F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	109,90	142	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	80,27	65	1
MACA001 Ostéosynthèse de fracture de la clavicule, à foyer ouvert	0	1	Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	139,67	177	1
À l'exclusion de : ostéosynthèse de fracture de la clavicule par fixateur externe (MACA004)	0	4	Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	86,88	82	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							

13.02.02.03 Ostéotomie de la clavicule

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MAPA002 Ostéotomie de la clavicule, par abord direct	0	1	Y	J,K,M,T	250,80	170	1
Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	125,40	79	1

13.02.02.04 Excision de la clavicule

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
--	----	---	----	--------------	-------	-----	----

MAFA005 Résection segmentaire de la clavicule avec ostéosynthèse et autogreffe, pour pseudarthrose congénitale Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,M,T	303,05	272	1
	0 4 Y	4,7,A,M	149,40	120	1
MAFA002 Résection de moins d'un tiers de la clavicule Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,M,T	167,20	153	1
	0 4 Y	4,7,A,M	89,08	83	1
MAFA004 Résection d'un tiers de la clavicule ou plus <i>Résection totale de la clavicule [Cléidectomie totale]</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	289,27	253	1
	0 4 Y	4,7,A,M	101,91	111	1

13.02.03 Actes thérapeutiques sur l'humérus

13.02.03.01 Réduction orthopédique de fracture de l'humérus

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MBEP001 Réduction orthopédique extemporanée de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité proximale de l'humérus ou de fracture de la diaphyse de l'humérus Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1			F,L,M,P,S,U	83,60	116	1
	0 4			7,A,F,L,M,P,S,U	70,01	41	1
MBEP002 Réduction orthopédique extemporanée de fracture de l'extrémité distale de l'humérus Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1			F,L,M,O,P,S,U	85,08	125	1
	0 4			7,A,F,L,M,P,S,U	71,85	43	1
MBEP003 Réduction orthopédique progressive de fracture d'une extrémité et/ou de la diaphyse de l'humérus par traction continue non squelettique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y			9,F,L,M,P,S,U	96,42	87	1
MBEB001 Réduction orthopédique progressive de fracture d'une extrémité et/ou de la diaphyse de l'humérus par traction continue squelettique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y			9,F,I,L,M,P,S,U	129,04	170	1

13.02.03.02 Ostéosynthèse de l'humérus

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MBCA009 Ostéosynthèse de fracture-luxation de l'extrémité proximale de l'humérus, à foyer ouvert Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	323,09	355	1
	0 4 Y			4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	132,44	121	1
MBCA005 Ostéosynthèse de fracture céphalotubérositaire de l'humérus <i>Ostéosynthèse de fracture du col anatomique de l'humérus</i> Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	281,29	254	1
	0 4 Y			4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	126,00	97	1
MBCA004 Ostéosynthèse de fracture du tubercule majeur [trochiter] et/ou du tubercule mineur [trochin], à foyer ouvert Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	197,69	229	1
	0 4 Y			4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	115,07	86	1
MBCA001 Ostéosynthèse de fracture extraarticulaire infratubérositaire de l'humérus <i>Ostéosynthèse de fracture du col chirurgical de l'humérus</i> Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	204,90	246	1
	0 4 Y			4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	115,44	91	1
MBCA007 Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse de l'humérus par fixateur externe Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	197,69	265	1
	0 4 Y			4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	98,58	83	1
MBCB002 Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse de l'humérus par matériel centromédullaire, à foyer fermé Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	245,31	321	1
	0 4 Y			4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	105,91	95	1
MBCA011 Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse de l'humérus, à foyer ouvert <i>À l'exclusion de : ostéosynthèse de fracture de la diaphyse de l'humérus par fixateur externe (MBCA007)</i> Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	302,74	292	1
	0 4 Y			4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	112,87	109	1
MBCB001 Ostéosynthèse d'une fracture supracondyloire de l'humérus, à foyer fermé Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	197,69	210	1
	0 4 Y			4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	94,91	62	1
MBCA003 Ostéosynthèse d'une fracture supracondyloire de l'humérus, à foyer ouvert Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	249,57	249	1
	0 4 Y			4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	111,78	102	1
MBCA008 Ostéosynthèse d'une fracture supracondyloire et intercondyloire simple de l'humérus, à foyer ouvert Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			9,F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	265,17	354	1
	0 4 Y			4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	110,97	99	1
MBCA006 Ostéosynthèse d'une fracture supracondyloire et intercondyloire complexe de l'humérus, à foyer ouvert Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	384,28	425	1
	0 4 Y			4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	126,74	150	1
MBCB004 Ostéosynthèse d'une fracture du condyle médial ou du condyle latéral de l'humérus, à foyer fermé Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	239,49	229	1
	0 4 Y			4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	103,64	59	1
MBCB003 Ostéosynthèse d'une fracture de l'épicondyle médial ou de l'épicondyle latéral de l'humérus, à foyer fermé Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	239,49	223	1
	0 4 Y			4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	103,64	57	1
MBCA010 Ostéosynthèse d'une fracture de l'épicondyle médial ou de l'épicondyle latéral de l'humérus, à foyer ouvert Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	239,49	146	1
	0 4 Y			4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	103,64	56	1
MBCA012 Ostéosynthèse de fracture intracapsulaire de l'extrémité distale de l'humérus, à foyer ouvert <i>Ostéosynthèse d'une fracture du capitulum de l'humérus, à foyer ouvert</i> Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	239,49	198	1
	0 4 Y			4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	121,60	94	1
MBCB005 Ostéosynthèse préventive de l'humérus pour lésion ostéolytique, à foyer fermé Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			9,J,K,M,T	245,31	225	1
	0 4 Y			4,5,7,A,M	105,91	95	1

MBCA002 Ostéosynthèse préventive de l'humérus pour lésion ostéolytique, à foyer ouvert Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,M,T,X	343,87	301	1
	0 4 Y	4,5,7,A,M	121,68	127	1

13.02.03.03 Ostéotomie de l'humérus

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MBPA002 Ostéotomie intraarticulaire de l'extrémité proximale de l'humérus Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			9,J,K,M,O,T	304,87	266	1
	0 4 Y			4,5,7,A,M	143,94	110	1
MBPA005 Ostéotomie extraarticulaire de l'extrémité proximale de l'humérus Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			9,J,K,M,T	277,93	249	1
	0 4 Y			4,5,7,A,M	141,01	102	1
MBPA004 Ostéotomie simple de la diaphyse de l'humérus Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			9,J,K,M,T	283,60	304	1
	0 4 Y			4,5,7,A,M	141,01	102	1
MBPA003 Ostéotomie complexe de la diaphyse ou de l'extrémité distale de l'humérus Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			9,J,K,M,O,T	309,12	351	1
	0 4 Y			4,5,7,A,M	137,71	136	1
MBAA001 Allongement osseux extemporané de l'humérus, avec autogreffe osseuse Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1			J,K,M	316,28	328	±
	0 4			7,A,M	149,40	113	±

13.02.03.04 Excision de l'humérus

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MBPA006 Décortication de l'humérus pour pseudarthrose Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			J,K,M,T	281,29	208	1
	0 4 Y			4,5,7,A,M	118,37	89	1
MBPA001 Décortication de l'humérus avec ostéosynthèse pour pseudarthrose Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			9,J,K,M,O,T	336,78	319	1
	0 4 Y			4,5,7,A,M	136,70	136	1
MBGA002 Évidement de l'épiphyse proximale de l'humérus en présence d'un cartilage épiphysaire actif sans comblement, par abord direct Coder éventuellement 14 : (ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			I,J,K,M,T,X	269,42	303	1
	0 4 Y			4,5,7,A,M	100,07	102	1
MBGA001 Évidement de l'épiphyse proximale de l'humérus en présence d'un cartilage épiphysaire actif avec comblement, par abord direct Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA010, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			9,J,K,M,T	290,69	314	1
	0 4 Y			4,5,7,A,M	111,62	106	1
MBFA002 Réséction d'une extrémité et/ou de la diaphyse de l'humérus sans interruption de la continuité osseuse Coder éventuellement 14 : (ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			I,J,K,M,O,T	246,73	304	1
	0 4 Y			4,5,7,A,M	104,10	102	1
MBFA001 Réséction "en bloc" d'une extrémité et/ou de la diaphyse de l'humérus Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			I,J,K,M,T	372,93	386	1
	0 4 Y			4,5,7,A,M	127,20	133	1

13.02.03.05 Reconstruction de l'humérus

Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par lambeau libre avec anastomoses vasculaires (cf 16.03.10.03)

MBMA001 Reconstruction d'une extrémité et/ou de la diaphyse de l'humérus par greffe ou matériau inerte non prothétique, après résection partielle Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			J,K,M,O,T	194,98	207	1
	0 4 Y			4,5,7,A,M	107,41	102	1
MBMA002 Reconstruction d'une extrémité et/ou de la diaphyse de l'humérus après résection "en bloc", par greffe ou matériau inerte non prothétique Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			9,J,K,M,T,X	401,29	306	1
	0 4 Y			4,5,7,A,M	122,07	136	1

13.02.04 Actes thérapeutiques sur les os de l'avant-bras

Comprend : actes thérapeutiques sur :

- le radius
- l'ulna [le cubitus]

13.02.04.01 Réduction orthopédique de fracture des os de l'avant-bras

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MCEP002 Réduction orthopédique de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité proximale et/ou de fracture de la diaphyse d'un os ou des 2 os de l'avant-bras Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1			F,L,M,P,S,U	125,40	149	1
	0 4			7,A,F,L,M,P,S,U	62,31	40	1
MCEP001 Réduction orthopédique de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité distale d'un os ou des 2 os de l'avant-bras Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1			F,L,M,P,S,U	83,60	119	1
	0 4			7,A,F,L,M,P,S,U	60,48	42	1

13.02.04.02 Ostéosynthèse des os de l'avant-bras

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MCCB001 Ostéosynthèse de fracture de l'extrémité proximale d'un os de l'avant-bras, à foyer fermé Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	157,40	221	1
	0 4 Y			7,A,F,L,M,O,P,S,U	65,98	63	1
MCCA001 Ostéosynthèse de fracture simple ou de décollement épiphysaire de l'extrémité proximale d'un os de l'avant-bras, à foyer ouvert Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	158,11	258	1
	0 4 Y			4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	80,64	73	1
MCCA011 Ostéosynthèse de fracture complexe de l'extrémité proximale d'un os de l'avant-bras, à foyer ouvert Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	192,14	326	1
	0 4 Y			4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	93,47	95	1
MCCB005 Ostéosynthèse de fracture de l'extrémité proximale des 2 os de l'avant-bras, à foyer fermé Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	239,49	256	1
	0 4 Y			4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	88,09	76	1
MCCA009 Ostéosynthèse de fracture de l'extrémité proximale des 2 os de l'avant-bras, à foyer ouvert Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			9,F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	267,29	517	1
	0 4 Y			4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	118,01	114	1
MCCB003 Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse d'un os de l'avant-bras, à foyer fermé Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	157,40	205	1
	0 4 Y			7,A,F,L,M,O,P,S,U	65,98	63	1
MCCA004 Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse d'un os de l'avant-bras, à foyer ouvert Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y			F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	168,03	247	1
	0 4 Y			7,A,F,L,M,O,P,S,U	67,81	70	1

MCCB008	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse d'un os de l'avant-bras avec réduction d'une luxation de l'autre os au coude ou au poignet, à foyer fermé	0 1 Y	F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	192,85	241	1
		0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	81,19	78	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCCA003	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse d'un os de l'avant-bras avec réduction d'une luxation de l'autre os au coude ou au poignet, à foyer ouvert	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	240,35	326	1
		0 4 Y	4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	94,66	91	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCCB007	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse des 2 os de l'avant-bras, à foyer fermé	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	239,49	285	1
		0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	93,45	86	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCCA008	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse des 2 os de l'avant-bras, à foyer ouvert	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	260,20	535	1
		0 4 Y	4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	97,85	111	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCCA007	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse des 2 os de l'avant-bras avec réduction de luxation au coude ou au poignet, à foyer ouvert	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	349,22	581	1
		0 4 Y	4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	131,29	122	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCCB004	Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité distale d'un os de l'avant-bras par broche, à foyer fermé	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	125,40	176	1
		0 4 Y	7,A,F,L,M,O,P,S,U	70,74	46	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCCB002	Ostéosynthèse de fracture de l'extrémité distale d'un os ou des 2 os de l'avant-bras par fixateur externe, à foyer fermé	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	176,79	223	1
		0 4 Y	4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	88,09	71	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCCA005	Ostéosynthèse de fracture de l'extrémité distale d'un os de l'avant-bras, à foyer ouvert	0 1 Y	9,F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	149,60	268	1
		0 4 Y	4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	79,55	76	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCCA010	Ostéosynthèse de fracture de l'extrémité distale des 2 os de l'avant-bras, à foyer ouvert	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	239,49	354	1
		0 4 Y	4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	110,68	105	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCCB009	Ostéosynthèse préventive d'un os de l'avant-bras pour lésion ostéolytique, à foyer fermé	0 1 Y	9,J,K,M,T	157,40	206	1
		0 4 Y	7,A,M	65,98	63	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCCA002	Ostéosynthèse préventive d'un os de l'avant-bras pour lésion ostéolytique, à foyer ouvert	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	194,98	299	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	86,88	87	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCCB006	Ostéosynthèse préventive des 2 os de l'avant-bras pour lésion ostéolytique, à foyer fermé	0 1 Y	J,K,M,T	239,49	265	1
		0 4 Y	4,7,A,M	93,45	86	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCCA006	Ostéosynthèse préventive des 2 os de l'avant-bras pour lésion ostéolytique, à foyer ouvert	0 1 Y	9,J,K,T	297,78	530	1
		0 4 Y	4,5,7,A	124,24	132	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
13.02.04.03	Ostéotomie des os de l'avant-bras	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MCPA010	Ostéotomie simple de la diaphyse d'un os de l'avant-bras	0 1 Y	J,K,M,T	250,80	292	1
		0 4 Y	4,7,A,M	125,40	103	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCPA006	Ostéotomie complexe de la diaphyse d'un os de l'avant-bras	0 1 Y	J,K,M,T	250,80	299	1
		0 4 Y	4,7,A,M	125,40	105	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCPA004	Ostéotomie complexe de la diaphyse du radius et/ou de l'ulna avec résection de synostose radio-ulnaire acquise	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	400,59	630	1
		0 4 Y	4,7,A,M	156,75	136	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCPA007	Ostéotomie complexe de la diaphyse des 2 os de l'avant-bras	0 1 Y	J,K,M,T	376,20	565	1
		0 4 Y	4,7,A,M	188,10	143	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCPA002	Ostéotomie de l'extrémité distale du radius	0 1 Y	9,J,K,M,T	288,56	414	1
		0 4 Y	4,7,A,M	125,40	111	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCPA009	Ostéotomie de l'extrémité distale du radius avec résection partielle ou totale de l'extrémité distale de l'ulna	0 1 Y	J,K,M,T	334,40	387	1
		0 4 Y	4,7,A,M	154,20	102	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCPA003	Ostéotomie de l'extrémité distale des 2 os de l'avant-bras	0 1 Y	J,K,M,T	376,20	445	1
		0 4 Y	4,7,A,M	188,10	121	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCPA001	Ostéotomie de réorientation de l'avant-bras pour synostose radio-ulnaire congénitale	0 1 Y	J,K,M,O,T	252,40	327	1
		0 4 Y	4,7,A,M	125,40	91	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCPA005	Ostéotomie de l'ulna avec arthrodèse de l'articulation radio-ulnaire distale	0 1 Y	J,K,M,T	313,50	295	1
	<i>Opération selon Sauvé - Kapandji</i>	0 4 Y	4,7,A,M	154,20	80	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
13.02.04.04	Excision des os de l'avant-bras	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MCPA014	Décortication d'un os de l'avant-bras pour pseudarthrose	0 1 Y	J,K,M,T	188,10	118	1
		0 4 Y	7,A,M	72,00	40	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCPA013	Décortication d'un os de l'avant-bras avec ostéosynthèse pour pseudarthrose	0 1 Y	9,J,K,M,T	216,25	116	1
		0 4 Y	7,A,M	72,00	40	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCPA012	Décortication des 2 os de l'avant-bras pour pseudarthrose	0 1 Y	J,K,M,T	343,99	150	1
		0 4 Y	4,7,A,M	116,89	60	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCPA011	Décortication des 2 os de l'avant-bras avec ostéosynthèse pour pseudarthrose	0 1 Y	9,J,K,M,T	386,41	150	1
		0 4 Y	4,7,A,M	116,89	60	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MCFA002	Résection partielle ou totale de l'extrémité distale d'un os de l'avant-bras	0 1 Y	J,K,M,T	167,20	191	1
	<i>Styloïdectomie radiale</i>	0 4 Y	4,7,A,M	76,61	85	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

MCFA003	Résection de l'olécrâne, par arthrotomie	0 1 Y	J,K,M,T	167,20	103	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,M	72,94	82	1
MCFA001	Résection de synostose radio-ulnaire acquise	0 1 Y	9,J,K,M,T	191,43	353	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	84,67	113	1
MCFA005	Résection d'une extrémité et/ou de la diaphyse d'un os de l'avant-bras, sans interruption de la continuité	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	246,73	331	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	92,01	131	1
MCFA004	Résection de la tête du radius, par arthrotomie	0 1 Y	J,K,M,T	167,20	103	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,M	73,31	82	1
MCFA006	Résection "en bloc" d'une extrémité et/ou de la diaphyse d'un os de l'avant-bras	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	314,09	376	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	86,51	119	1

13.02.04.05 Reconstruction des os de l'avant-bras

Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par lambeau libre avec anastomoses vasculaires (cf 16.03.10.03)

MCMA002	Reconstruction d'une extrémité et/ou de la diaphyse d'un os de l'avant-bras par greffe ou matériau inerte non prothétique, après résection partielle	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	194,98	333	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	96,77	102	1
MCMA001	Reconstruction d'une extrémité et/ou de la diaphyse d'un os de l'avant-bras après résection "en bloc", par greffe ou matériau inerte non prothétique	0 1 Y	I,J,K,M,T	401,29	501	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	109,24	136	1

13.02.04.06 Autres actes thérapeutiques sur les os de l'avant-bras

MCPCA008	Dissociation des deux os de l'avant-bras pour création d'une pince préhensile après amputation de main	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	<i>Opération selon Krückenberg</i>	0 1 Y	J,K,T,X	861,44	549	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	141,86	326	1

13.02.05 Actes thérapeutiques sur les os du carpe

13.02.05.01 Réduction orthopédique de fracture du carpe

MGEPO02	Réduction orthopédique de fracture du carpe et/ou d'une luxation du poignet	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1	F,I,L,M,P,S,U,X	75,86	125	1
		0 4	7,A,F,L,M,P,S,U	62,31	34	1

13.02.05.02 Ostéosynthèse du carpe

MDCA013	Ostéosynthèse de fracture d'un os du carpe, à foyer ouvert	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	<i>À l'exclusion de : ostéosynthèse de fracture de l'os scaphoïde, à foyer ouvert (MDCA001)</i>	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	197,81	299	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,L,M,O,P,S,U	71,85	82	1
MDCA001	Ostéosynthèse de fracture de l'os scaphoïde, à foyer ouvert	0 1 Y	F,I,K,L,M,O,P,S,T,U,X	231,13	312	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	75,88	86	1
MDCA006	Ostéosynthèse de fractures de plusieurs os du carpe, à foyer ouvert	0 1 Y	F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	255,95	400	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	97,23	107	1
MDCA005	Ostéosynthèse d'une pseudarthrose de l'os scaphoïde, à foyer ouvert	0 1 Y	9,J,K,O,T	232,55	312	1
	<i>Avec ou sans : styloïdectomie du radius</i>	0 4 Y	4,7,A	85,96	86	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

13.02.05.03 Excision des os du carpe

MDGA001	Évidement d'un os du carpe avec comblement, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,M,O,T	224,75	172	1
		0 4 Y	4,7,A,M	85,59	72	1
MDFA003	Résection partielle d'un os du carpe sans arthrodèse	0 1 Y	J,K,M,T	167,20	142	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,M	74,05	57	1
MGFA006	Résection partielle des os du carpe pour centralisation du poignet avec ostéosynthèse du carpe et ostéotomie de la diaphyse de l'ulna, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	376,20	299	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	188,10	136	1
MDFA006	Résection totale d'un os du carpe avec arthrodèse intracarpienne	0 1 Y	J,K,M,T,X	307,71	428	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	81,60	117	1
MDFA004	Résection de la première rangée du carpe	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	253,11	188	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	83,21	89	1
MDFA005	Résection "en bloc" d'os du carpe et/ou du métacarpe	0 1 Y	9,J,K,M,T,X	260,91	230	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	94,21	108	1

13.02.05.04 Greffe osseuse du carpe

Avec ou sans :

- ostéosynthèse de l'os scaphoïde
- styloïdectomie du radius
- arthrose

MDEA001	Autogreffe corticospongieuse encastrée de l'os scaphoïde	0 1 Y	J,K,M,T	266,48	230	1
	<i>Opération selon Matti-Russe</i>	0 4 Y	4,7,A,M	108,00	101	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MDEA002	Autogreffe corticospongieuse intercalée de l'os scaphoïde avec ostéotomie	0 1 Y	J,K,M,T	329,18	277	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	161,40	100	1
MDEA003	Autogreffe corticospongieuse pédiculée de l'os scaphoïde	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	293,53	363	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	109,60	128	1

13.02.06 Actes thérapeutiques sur les os de la main

Comprend : actes thérapeutiques sur les :

- os métacarpiens
- phalanges des doigts

13.02.06.01 Réduction orthopédique de fracture des os de la main

Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
----	---	----	--------------	-------	-----	----

MDEP002	Réduction orthopédique d'une fracture d'un os de la main	0 1	F,L,M,P,S,U	41,80	70 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	7,A,F,L,M,P,S,U	59,39	29 1
MDEP001	Réduction orthopédique de fractures de plusieurs os de la main	0 1	F,L,M,P,S,U	73,15	94 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	4,7,A,F,L,M,P,S,U	84,00	53 1
13.02.06.02 Ostéosynthèse de la main					
MDCA010	Ostéosynthèse de fracture extraarticulaire d'un os de la main par fixateur externe	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	114,86	153 1
		0 4 Y	7,A,F,L,M,O,P,S,U	71,85	53 1
MDCB003	Ostéosynthèse de fracture extraarticulaire d'un os de la main par broche, à foyer fermé	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	99,97	143 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,L,M,O,P,S,U	68,55	45 1
MDCA011	Ostéosynthèse de fracture extraarticulaire d'un os de la main, à foyer ouvert	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	120,53	164 1
	À l'exclusion de : ostéosynthèse de fracture extraarticulaire d'un os de la main par fixateur externe (MDCA010)	0 4 Y	7,A,F,L,M,O,P,S,U	70,01	59 1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
MDCA009	Ostéosynthèse de fractures extraarticulaires de plusieurs os de la main par fixateur externe	0 1 Y	F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	155,98	190 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	79,91	69 1
MDCB004	Ostéosynthèse de fractures extraarticulaires de plusieurs os de la main par broche, à foyer fermé	0 1 Y	F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	135,42	158 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,L,M,O,P,S,U	73,31	56 1
MDCA007	Ostéosynthèse de fractures extraarticulaires de plusieurs os de la main, à foyer ouvert	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	185,05	206 1
	À l'exclusion de : ostéosynthèse de fractures extraarticulaires de plusieurs os de la main par fixateur externe (MDCA009)	0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	76,98	77 1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
MDCA003	Ostéosynthèse de fracture articulaire d'un os de la main par fixateur externe	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	114,86	169 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	75,14	60 1
MDCB005	Ostéosynthèse de fracture articulaire d'un os de la main par broche, à foyer fermé	0 1 Y	9,F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	71,61	131 1
	Ostéosynthèse d'une fracture de Bennett par embrochage transcutané	0 4 Y	7,A,F,L,M,O,P,S,U	68,91	46 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
MDCA014	Ostéosynthèse de fracture articulaire d'un os de la main, à foyer ouvert	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	153,85	190 1
	À l'exclusion de : ostéosynthèse	0 4 Y	7,A,F,L,M,O,P,S,U	74,41	71 1
	- de fracture articulaire d'un os de la main par fixateur externe (MDCA003)				
	- de fracture de la base du premier métacarpien, à foyer ouvert (MDCA012)				
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
MDCA012	Ostéosynthèse de fracture de la base du premier métacarpien, à foyer ouvert	0 1 Y	F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	139,67	185 1
	Ostéosynthèse d'une fracture de Bennett, à foyer ouvert	0 4 Y	7,A,F,L,M,O,P,S,U	73,31	67 1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
MDCA008	Ostéosynthèse de fractures articulaires de plusieurs os de la main par fixateur externe	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	146,30	195 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	95,76	71 1
MDCB002	Ostéosynthèse de fractures articulaires de plusieurs os de la main par broche, à foyer fermé	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	146,30	164 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	92,83	64 1
MDCA004	Ostéosynthèse de fractures articulaires de plusieurs os de la main, à foyer ouvert	0 1 Y	F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	202,07	243 1
	À l'exclusion de : ostéosynthèse de fractures articulaires de plusieurs os de la main par fixateur externe (MDCA008)	0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	102,00	93 1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
MDCB001	Ostéosynthèse préventive d'un métacarpien pour lésion ostéolytique, à foyer fermé	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	99,97	161 1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	68,55	45 1
MDCA002	Ostéosynthèse préventive d'un métacarpien pour lésion ostéolytique, à foyer ouvert	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	141,80	180 1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	72,57	66 1
13.02.06.03 Ostéotomie de la main					
MDPA002	Ostéotomie d'un os de la main	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
	À l'exclusion de : ostéotomie du premier métacarpien pour malformation congénitale (MDPA005)	0 1 Y	J,K,T	250,80	190 1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	125,40	69 1
MDPA004	Ostéotomie d'un os de la main, avec libération de tendon et/ou libération mobilisatrice articulaire	0 1 Y	J,K,M,T	303,05	198 1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	149,40	73 1
MDPA005	Ostéotomie du premier métacarpien pour malformation congénitale	0 1 Y	J,K,M,T	250,80	228 1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	125,40	86 1
MDPA003	Ostéotomie de plusieurs os de la main	0 1 Y	J,K,M,T	376,20	265 1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	188,10	100 1
MDPA001	Ostéotomie de plusieurs os de la main, avec libération de tendon et/ou libération mobilisatrice articulaire	0 1 Y	J,K,M,T	376,20	296 1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	188,10	111 1
13.02.06.04 Excision osseuse de la main					
MDFA002	Exérèse partielle d'un os de la main sans interruption de la continuité, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
	Coder éventuellement 14 : (ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,M,T	167,20	126 1
		0 4 Y	7,A,M	67,81	48 1
MDGA003	Évidement d'un os de la main sans comblement, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,O,T	113,44	130 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,M	64,88	51 1
MDGA004	Évidement d'un os de la main avec comblement, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	219,45	142 1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	91,09	83 1
MDFA001	Réséction segmentaire d'une phalange ou d'une articulation interphalangienne du pouce avec rétablissement de la continuité, pour triphalangie	0 1 Y	J,K,M,O,T	250,99	289 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	125,40	93 1
MDFA007	Réséction complète d'une phalange du pouce avec rétablissement de la continuité, pour triphalangie	0 1 Y	J,K,M,T	250,80	261 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	125,40	83 1
13.02.06.05 Reconstruction osseuse de la main					
Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex		

MDMA001 Reconstruction d'un os de la main par greffe ou matériau inerte non prothétique	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	265,88	332	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	87,60	102	1

13.02.06.06 Ablation de matériel d'ostéosynthèse de la main

Facturation : les actes d'ablation de matériel sur un os ne peuvent pas être facturés avec les actes d'exérèse, ou de résection partielle d'un os, d'ostéophytes ou d'exostose sur le même os

MDGB001 Ablation de matériel d'ostéosynthèse enfoui de la main, par voie transcutanée sans guidage	0 1	F,M,P,S,U	41,80	77	1
Forfait : liste SE2					
Coder éventuellement 1 : (YYYY012, ZZLP025)					

MDGA002 Ablation de matériel d'ostéosynthèse de la main, par abord direct	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	92,17	137	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	68,91	46	1

13.02.06.07 Autres actes thérapeutiques sur le métacarpe et les phalanges des doigts

MDGA005 Désépiphysiodèse de phalange triangulaire de doigt	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,M,T	250,80	157	1
	0 4 Y	4,7,A,M	125,40	68	1

13.02.07 Autres actes thérapeutiques sur les os du membre supérieur

13.02.07.01 Allongement osseux du membre supérieur

MCAA001 Allongement extemporané de la diaphyse d'un os de l'avant-bras, avec autogreffe osseuse	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
Indication : inégalité de longueur entre radius et ulna pour laquelle un allongement de moins de 2 cm est nécessaire	0 1 Y	9,J,K,M,T	343,16	320	1
Formation : chirurgien compétent en chirurgie orthopédique, chirurgie infantile et/ou chirurgie de la main	0 4 Y	4,5,7,A,M	149,40	87	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

MDAA001 Allongement osseux extemporané à la main, avec autogreffe osseuse	0 1 Y	J,K,M,O,T	309,12	371	1
Indication : malformation congénitale	0 4 Y	4,7,A,M	188,10	117	1
Formation : chirurgien compétent en chirurgie orthopédique, chirurgie infantile et/ou chirurgie de la main					
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

MBAA002 Allongement osseux progressif au bras ou à l'avant-bras par système externe	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	396,33	400	1
Descriptif : MBAA002-01 Allongement osseux progressif au bras par système externe	0 4 Y	4,5,7,A,M	125,40	129	1
Descriptif : MBAA002-02 Allongement osseux progressif à l'avant-bras par système externe					
Indication : - humérus court bilatéral ; - inégalité de longueur entre radius et ulna ; - absence de l'un des deux os de l'avant-bras ; - inégalité de longueur entre les membres supérieurs de plus de 5 cm					
Formation : chirurgien compétent en chirurgie orthopédique et/ou chirurgie infantile					
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

MDAA002 Allongement osseux progressif à la main par système externe	0 1 Y	I,J,K,M,T	345,28	365	1
Indication : malformation congénitale de la main, amputation traumatique	0 4 Y	4,7,A,M	125,40	116	1
Formation : chirurgien compétent en chirurgie orthopédique, chirurgie infantile et/ou chirurgie de la main					
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

13.02.07.02 Excision osseuse du membre supérieur

MZFA006 Exérèse partielle d'un os du membre supérieur sans interruption de la continuité, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
À l'exclusion de : exérèse partielle sans interruption de la continuité, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	167,20	165	1
- de la scapula (MAFA006)	0 4 Y	4,5,7,A,M	89,44	70	1
- d'un os de la main (MDFA002)					
Coder éventuellement 14 : (ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

MZGA003 Évidement d'un os du membre supérieur sans comblement, par abord direct	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	180,09	220	1
À l'exclusion de : évidement sans comblement, par abord direct	0 4 Y	4,5,7,A,M	89,07	98	1
- de la scapula (MAGA003)					
- de l'épiphyse proximale de l'humérus en présence d'un cartilage épiphysaire actif (MBGA002)					
- d'un os de la main (MDGA003)					
Coder éventuellement 14 : (ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

MZGA004 Évidement d'un os du membre supérieur avec comblement, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,O,T	227,59	263	1
À l'exclusion de : évidement avec comblement, par abord direct	0 4 Y	4,5,7,A,M	105,38	114	1
- de la scapula (MAGA002)					
- de l'épiphyse proximale de l'humérus en présence d'un cartilage épiphysaire actif (MBGA001)					
- d'un os de la main (MDGA004)					
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

13.02.07.03 Immobilisation initiale de fracture du membre supérieur sans réduction

À l'exclusion de : immobilisation provisoire d'une fracture, préalable à un traitement sanglant
- contention orthopédique unilatérale ou bilatérale de fracture de la clavicule (MADP001)
- réfection d'appareillage rigide d'immobilisation du membre supérieur (13.05.01)
Par appareil d'immobilisation, on entend : appareil d'immobilisation externe non amovible et ne permettant pas de réglage.

MZMP002 Confection d'un appareil rigide thoracobrachial pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	0 1	F,M,O,P,S,U	64,52	55	1
Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.					

MZMP007 Confection d'un appareil rigide brachio-antébrachio-palmaire pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	0 1	F,M,P,S,U	41,80	90	1
Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.					

MZMP013 Confection d'un appareil rigide antébrachiopalmaire pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	0 1	9,F,I,M,P,S,U	34,03	60	1
Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.					

MZMP004 Confection d'un appareil rigide au poignet et/ou à la main pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	0 1	F,I,M,P,S,U	29,07	55	1
Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.					

13.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES ARTICULATIONS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

13.03.01 Actes thérapeutiques sur les articulations de la ceinture scapulaire

13.03.01.01 Réduction orthopédique de luxation de la ceinture scapulaire

Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
---------	--------------	-------	-----	----

MEEP001	Réduction orthopédique d'une luxation ou luxation-fracture acromioclaviculaire ou sternoclaviculaire	0	1		9,F,L,M,P,S,U	35,45	81	1	
Coder éventuellement 1 : (YYYY012, ZZLP025)									
13.03.01.02 Réduction de luxation de la ceinture scapulaire par arthrotomie									
MEEA004	Réduction d'une luxation acromioclaviculaire ou sternoclaviculaire, par abord direct	0	1	Y	9,F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	139,67	176	1	
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
13.03.01.03 Arthroplastie de la ceinture scapulaire									
MEMA001	Arthroplastie sternoclaviculaire par résection de l'extrémité médiale de la clavicule, par arthrotomie	0	1	Y	I,J,K,M,T	173,71	151	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
MEMC001	Arthroplastie acromioclaviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par arthroscopie	0	1	Y	9,I,J,K,M,T	209,86	201	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
MEMA011	Arthroplastie acromioclaviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par arthrotomie	0	1	Y	J,K,M,T	125,40	153	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
13.03.02 Actes thérapeutiques sur l'articulation scapulohumérale									
13.03.02.01 Mobilisation de l'articulation scapulohumérale									
MERP001	Mobilisation de l'articulation scapulohumérale à visée thérapeutique, sous anesthésie générale ou locorégionale	0	1		I,M,X	61,68	83	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
13.03.02.02 Réduction orthopédique de luxation scapulohumérale									
MEEP002	Réduction orthopédique d'une luxation scapulohumérale	0	1		9,F,L,M,P,S,U	39,70	75	1	
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
MEEP003	Réduction orthopédique d'une luxation scapulohumérale avec fracture de l'extrémité proximale de l'humérus homolatéral	0	1		F,L,M,P,S,U	107,11	96	1	
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
MEEA001	Réduction orthopédique d'une luxation scapulohumérale, avec ostéosynthèse de fracture de l'extrémité proximale de l'humérus homolatéral	0	1	Y	9,F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	247,44	257	1	
Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
13.03.02.03 Réduction de luxation scapulohumérale par arthrotomie									
MEEA003	Réduction d'une luxation scapulohumérale, par arthrotomie	0	1	Y	9,F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	185,05	187	1	
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
MEEA002	Réduction d'une luxation scapulohumérale par arthrotomie, avec ostéosynthèse de fracture homolatérale de la glène, du col de la scapula et/ou de tubercule huméral	0	1	Y	F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	292,11	280	1	
Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
13.03.02.04 Nettoyage de l'articulation [Debridement] scapulohumérale									
MEJC001	Nettoyage de l'articulation scapulohumérale, par arthroscopie	0	1	Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	288,56	206	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
MEJA001	Nettoyage de l'articulation scapulohumérale, par arthrotomie	0	1	Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	212,70	177	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
13.03.02.05 Arthrodèse et arthrorise scapulohumérale									
MEDA001	Arthrodèse scapulohumérale, par arthrotomie	0	1	Y	I,J,K,M,T,X	514,73	558	1	
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
MEMA018	Confection d'une butée glénoïdale osseuse ou ostéomusculaire, par abord direct <i>À l'exclusion de : confection d'une butée glénoïdale par prélèvement coracoïdien, par abord direct (MEMA005)</i>	0	1	Y	9,J,K,T	301,33	217	1	
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
MEMA005	Confection d'une butée glénoïdale par prélèvement coracoïdien, par abord direct	0	1	Y	9,J,K,M,T	313,38	264	1	
Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)									
13.03.02.06 Arthroplastie scapulohumérale									
MEMC003	Acromioplastie sans prothèse, par arthroscopie <i>Avec ou sans : arthroscopie scapulohumérale</i>	0	1	Y	9,J,K,M,T	309,12	247	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
MEMA006	Acromioplastie sans prothèse, par abord direct	0	1	Y	J,K,M,O,T	212,70	170	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
MEMC005	Acromioplastie sans prothèse avec arthroplastie acromioclaviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par arthroscopie <i>Avec ou sans : arthroscopie scapulohumérale</i>	0	1	Y	9,J,K,M,T	392,79	260	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
MEMA017	Acromioplastie sans prothèse avec arthroplastie acromioclaviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par abord direct	0	1	Y	J,K,M,T	292,60	229	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									
MEMA015	Arthroplastie scapulohumérale sans prothèse, par abord direct	0	1	Y	9,J,K,M,O,T	253,82	229	1	
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)									

MEKA010 Remplacement de l'articulation scapulo-humérale par prothèse humérale unipolaire ou par cupule mobile	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	352,37	341	1
	0 4 Y	4,5,7,A,M	131,59	141	1
Descriptif : MEKA010-01 Remplacement de l'articulation scapulo-humérale droite par prothèse humérale unipolaire ou par cupule mobile Descriptif : MEKA010-02 Remplacement de l'articulation scapulo-humérale gauche par prothèse humérale unipolaire ou par cupule mobile Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MEKA009 Remplacement de l'articulation scapulo-humérale par prothèse humérale unipolaire ou par cupule mobile, avec ostéotomie de l'extrémité proximale de l'humérus	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	419,73	444	1
	0 4 Y	4,5,7,A,M	187,56	183	1
Descriptif : MEKA009-01 Remplacement de l'articulation scapulo-humérale droite par prothèse humérale unipolaire ou par cupule mobile, avec ostéotomie de l'extrémité proximale de l'humérus droit Descriptif : MEKA009-02 Remplacement de l'articulation scapulo-humérale gauche par prothèse humérale unipolaire ou par cupule mobile, avec ostéotomie de l'extrémité proximale de l'humérus gauche Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MEKA005 Remplacement de l'articulation scapulo-humérale par prothèse humérale unipolaire ou à cupule mobile, avec réinsertion, suture et/ou autoplastie de la coiffe des rotateurs de l'épaule	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	457,31	414	1
	0 4 Y	4,5,7,A,M	187,19	171	1
Descriptif : MEKA005-01 Remplacement de l'articulation scapulo-humérale droite par prothèse humérale unipolaire ou à cupule mobile, avec réinsertion, suture et/ou autoplastie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite Descriptif : MEKA005-02 Remplacement de l'articulation scapulo-humérale gauche par prothèse humérale unipolaire ou à cupule mobile, avec réinsertion, suture et/ou autoplastie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MEKA006 Remplacement de l'articulation scapulo-humérale par prothèse totale	0 1 Y	9,J,K,M,T	498,43	408	1
	0 4 Y	4,5,7,A,M	177,62	143	1
Descriptif : MEKA006-01 Remplacement de l'articulation scapulo-humérale droite par prothèse totale Descriptif : MEKA006-02 Remplacement de l'articulation scapulo-humérale gauche par prothèse totale Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MEKA007 Remplacement de l'articulation scapulo-humérale par prothèse totale, avec ostéotomie de l'extrémité proximale de l'humérus	0 1 Y	J,K,M,O,T	545,22	517	1
	0 4 Y	4,5,7,A,M	229,90	187	1
Descriptif : MEKA007-01 Remplacement de l'articulation scapulo-humérale droite par prothèse totale, avec ostéotomie de l'extrémité proximale de l'humérus droit Descriptif : MEKA007-02 Remplacement de l'articulation scapulo-humérale gauche par prothèse totale, avec ostéotomie de l'extrémité proximale de l'humérus gauche Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MEKA008 Remplacement de l'articulation scapulo-humérale par prothèse totale, avec réinsertion, suture et/ou autoplastie de la coiffe des rotateurs de l'épaule	0 1 Y	J,K,M,O,T	574,29	559	1
	0 4 Y	4,5,7,A,M	249,94	204	1
Descriptif : MEKA008-01 Remplacement de l'articulation scapulo-humérale droite par prothèse totale, avec réinsertion, suture et/ou autoplastie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite Descriptif : MEKA008-02 Remplacement de l'articulation scapulo-humérale gauche par prothèse totale, avec réinsertion, suture et/ou autoplastie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
13.03.02.07 Ablation et changement de prothèse scapulo-humérale					
MEGA002 Ablation d'une prothèse de l'articulation scapulo-humérale	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	369,39	316	1
Descriptif : MEGA002-01 Ablation d'une prothèse de l'articulation scapulo-humérale droite Descriptif : MEGA002-02 Ablation d'une prothèse de l'articulation scapulo-humérale gauche <i>Avec ou sans : interposition temporaire [spacer]</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MEGA001 Ablation d'une prothèse de l'articulation scapulo-humérale, avec arthrodèse scapulo-humérale	0 1 Y	F,I,J,K,M,P,S,T,U,X	823,15	726	1
	0 4 Y	4,5,7,A,F,M,P,S,U	189,04	279	1
Descriptif : MEGA001-01 Ablation d'une prothèse de l'articulation scapulo-humérale droite, avec arthrodèse scapulo-humérale Descriptif : MEGA001-02 Ablation d'une prothèse de l'articulation scapulo-humérale gauche, avec arthrodèse scapulo-humérale gauche Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MEKA004 Changement d'une prothèse humérale ou de la pièce glénoïdale d'une prothèse totale scapulo-humérale, sans reconstruction osseuse	0 1 Y	J,K,M,T,X	574,29	475	1
	0 4 Y	4,5,7,A,M	166,40	172	1
Descriptif : MEKA004-01 Changement d'une prothèse humérale ou de la pièce glénoïdale d'une prothèse totale scapulo-humérale droite, sans reconstruction osseuse Descriptif : MEKA004-02 Changement d'une prothèse humérale ou de la pièce glénoïdale d'une prothèse totale scapulo-humérale gauche, sans reconstruction osseuse Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MEKA002 Changement d'une prothèse humérale et/ou de la pièce glénoïdale d'une prothèse totale scapulo-humérale, avec reconstruction osseuse	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	692,69	595	1
	0 4 Y	4,5,7,A,M	208,81	221	1
Descriptif : MEKA002-01 Changement d'une prothèse humérale et/ou de la pièce glénoïdale d'une prothèse totale scapulo-humérale droite, avec reconstruction osseuse Descriptif : MEKA002-02 Changement d'une prothèse humérale et/ou de la pièce glénoïdale d'une prothèse totale scapulo-humérale gauche, avec reconstruction osseuse Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MEKA001 Changement d'une prothèse totale scapulo-humérale	0 1 Y	9,J,K,M,T	628,88	559	1
	0 4 Y	4,5,7,A,M	226,49	206	1
Descriptif : MEKA001-01 Changement d'une prothèse totale scapulo-humérale droite Descriptif : MEKA001-02 Changement d'une prothèse totale scapulo-humérale gauche Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MEKA003 Changement d'une prothèse humérale pour une prothèse totale scapulo-humérale	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	587,05	525	1
	0 4 Y	4,5,7,A,M	226,49	192	1
Descriptif : MEKA003-01 Changement d'une prothèse humérale droite pour une prothèse totale scapulo-humérale Descriptif : MEKA003-02 Changement d'une prothèse humérale gauche pour une prothèse totale scapulo-humérale Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

MELA001	Repose d'une prothèse de l'articulation scapulo-humérale	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	458,01	480	1
	Descriptif : MELA001-01 Repose d'une prothèse de l'articulation scapulo-humérale droite	0 4 Y	4,5,7,A,M	190,45	192	1
	Descriptif : MELA001-02 Repose d'une prothèse de l'articulation scapulo-humérale gauche					
	Avec ou sans : reconstruction osseuse					
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
13.03.02.08 Résection de l'articulation scapulo-humérale						
MEFA004	Huméroscapectomie [Arthrectomie monobloc de l'épaule]	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	I,J,K,M,T,X	617,54	559	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	164,40	204	1
13.03.02.09 Reconstruction de l'articulation scapulo-humérale						
MEMA003	Reconstruction osseuse de l'épaule avec arthrodèse, après résection segmentaire	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par lambeau libre avec anastomoses vasculaires (cf 16.03.10.03)	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	504,10	559	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	175,32	206	1
MEMA009	Reconstruction de l'articulation de l'épaule par prothèse massive ou sur mesure, après résection segmentaire	0 1 Y	J,K,M,T	376,20	308	1
	Descriptif : MEMA009-01 Reconstruction de l'articulation de l'épaule droite par prothèse massive ou sur mesure, après résection segmentaire	0 4 Y	4,5,7,A,M	167,20	103	1
	Descriptif : MEMA009-02 Reconstruction de l'articulation de l'épaule gauche par prothèse massive ou sur mesure, après résection segmentaire					
	Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
13.03.02.10 Libération mobilisatrice de l'articulation [Arthrolyse] scapulo-humérale						
MELH001	Injection sous pression d'un agent pharmacologique dans l'articulation scapulo-humérale pour libération capsulaire, par voie transcutanée avec guidage radiologique, avec mobilisation articulaire sous anesthésie locale	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	À l'exclusion de : synoviorthèse	0 1	T,X	42,21	24	1
	- chimique d'un membre (PBLB002)					
	- isotopique d'un membre (PBL001)					
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale					
MEPC001	Libération mobilisatrice de l'articulation scapulo-humérale et/ou subacromiale, par arthroscopie	0 1 Y	I,J,K,M,T	235,39	232	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	101,54	102	1
MEPA001	Libération mobilisatrice de l'articulation scapulo-humérale et/ou subacromiale, par arthrotomie	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	240,35	224	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	101,54	102	1
13.03.02.11 Synovectomie de l'articulation scapulo-humérale						
	Avec ou sans : burssectomie subacromiale					
MEFC002	Synovectomie totale de l'articulation scapulo-humérale, par arthroscopie	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	315,51	270	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	106,30	115	1
MEFA003	Synovectomie totale de l'articulation scapulo-humérale, par arthrotomie	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	280,06	225	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	102,27	104	1
13.03.02.12 Actes thérapeutiques sur l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation scapulo-humérale						
MEMC002	Capsuloplastie antérieure ou postérieure de l'articulation scapulo-humérale, par arthroscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,M,T,X	389,95	287	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	96,41	118	1
MEMA012	Capsuloplastie antérieure ou postérieure de l'articulation scapulo-humérale, par abord direct	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	327,56	264	1
	Avec ou sans : butée glénoïdale d'origine non coracoïdienne	0 4 Y	4,5,7,A,M	94,93	113	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MEMA014	Capsuloplastie antérieure et postérieure de l'articulation scapulo-humérale, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	398,46	329	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	107,04	145	1
MEMA008	Capsuloplastie antérieure et postérieure de l'articulation scapulo-humérale avec ostéotomie glénoïdale, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	427,53	353	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	154,20	155	1
MEMA016	Capsuloplastie antérieure et postérieure de l'articulation scapulo-humérale avec ostéotomie humérale, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	438,87	374	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	154,20	166	1
13.03.02.13 Actes thérapeutiques sur le bourrelet glénoïdal scapulo-huméral						
MEMC004	Réparation du bourrelet glénoïdal scapulo-huméral, par arthroscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	312,67	275	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	114,74	108	1
MEFC001	Résection du bourrelet glénoïdal scapulo-huméral, par arthroscopie	0 1 Y	9,J,K,M,T	240,35	227	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	107,41	91	1
MEFA001	Résection du bourrelet glénoïdal scapulo-huméral, par arthrotomie	0 1 Y	9,J,K,M,T	229,01	218	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	107,41	91	1
13.03.03 Actes thérapeutiques sur l'articulation du coude						
13.03.03.01 Mobilisation du coude						
MFRP001	Mobilisation de l'articulation du coude à visée thérapeutique, sous anesthésie générale ou locorégionale	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1	I,M,X	56,01	17	1
		0 4	A,M	50,95	23	1
13.03.03.02 Réduction orthopédique de luxation du coude						
MFEP001	Réduction orthopédique d'une pronation douloureuse du coude	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Indication : pronation douloureuse chez l'enfant	0 1	F,L,M,P,S,U	31,35	42	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012)					
MFEP002	Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture du coude	0 1	F,L,M,O,P,S,U	63,10	61	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	7,A,F,L,M,P,S,U	65,24	29	1

MFEA002	Réduction orthopédique d'une luxation du coude, avec ostéosynthèse de fracture de l'épicondyle médial ou latéral de l'humérus à foyer ouvert	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	182,88	222	1
		0 4 Y	4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	94,75	72	1
Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
MFEB001	Réduction orthopédique d'une luxation du coude et/ou de l'articulation radio-ulnaire proximale, avec ostéosynthèse de fracture de l'extrémité proximale du radius ou de l'ulna à foyer fermé <i>Traitement d'une fracture de Monteggia proximale ou d'une luxation transolécrânienne à foyer fermé</i>	0 1 Y	F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	177,25	246	1
		0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	89,63	69	1
Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
13.03.03.03 Réduction de luxation du coude par arthrotomie						
MFEA001	Réduction d'une luxation du coude, par arthrotomie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	167,20	186	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
MFEA003	Réduction d'une luxation du coude et/ou de l'articulation radio-ulnaire proximale par arthrotomie, avec ostéosynthèse de fracture de l'extrémité proximale du radius ou de l'ulna à foyer ouvert <i>Traitement d'une fracture de Monteggia proximale ou d'une luxation transolécrânienne à foyer ouvert</i>	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	220,00	263	1
		0 4 Y	4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	103,92	87	1
Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
13.03.03.04 Nettoyage articulaire [Debridement] du coude						
MFJC001	Nettoyage de l'articulation du coude, par arthroscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	217,66	210	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
MFJA001	Nettoyage de l'articulation du coude, par arthrotomie	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	184,34	184	1
		0 4 Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	92,73	90	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
13.03.03.05 Arthrodèse et arthrorise du coude						
MFDA001	Arthrodèse du coude, par arthrotomie	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	425,40	352	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	111,72	151	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
MFDA002	Arthrorise du coude par butée, ténodèse ou capsulodèse, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	298,49	250	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	93,08	102	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
13.03.03.06 Arthroplastie du coude						
MFMA005	Arthroplastie du coude sans prothèse, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	J,K,M,O,T,X	411,93	319	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
MCKA002	Remplacement de la tête radiale par prothèse, par abord direct Descriptif : MCKA002-01 Remplacement de la tête radiale droite par prothèse, par abord direct Descriptif : MCKA002-02 Remplacement de la tête radiale gauche par prothèse, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,M,T	225,46	209	1
		0 4 Y	4,7,A,M	92,37	102	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
MFKA003	Remplacement de l'articulation du coude par prothèse totale, par abord direct Descriptif : MFKA003-01 Remplacement de l'articulation du coude droit par prothèse totale, par abord direct Descriptif : MFKA003-02 Remplacement de l'articulation du coude gauche par prothèse totale, par abord direct	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	531,75	500	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	153,45	181	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
13.03.03.07 Ablation et changement de prothèse du coude						
MFGA001	Ablation d'une prothèse totale du coude Descriptif : MFGA001-01 Ablation d'une prothèse totale du coude droit Descriptif : MFGA001-02 Ablation d'une prothèse totale du coude gauche	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,I,J,K,M,T	323,30	327	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
MFKA001	Changement partiel ou total d'une prothèse articulaire du coude Descriptif : MFKA001-01 Changement partiel ou total d'une prothèse articulaire du coude droit Descriptif : MFKA001-02 Changement partiel ou total d'une prothèse articulaire du coude gauche	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	619,67	550	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	205,59	216	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
13.03.03.08 Résection de l'articulation du coude						
MFFA001	Résection "en bloc" du coude [Arthrectomie monobloc du coude]	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	I,J,K,M,T,X	473,61	466	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
13.03.03.09 Reconstruction de l'articulation du coude						
MFMA001	Reconstruction osseuse du coude avec arthrodèse, après résection segmentaire	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,I,J,K,M,T	489,92	396	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
MFMA003	Reconstruction de l'articulation du coude par prothèse massive ou sur mesure, après résection segmentaire Descriptif : MFMA003-01 Reconstruction de l'articulation du coude droit par prothèse massive ou sur mesure, après résection segmentaire Descriptif : MFMA003-02 Reconstruction de l'articulation du coude gauche par prothèse massive ou sur mesure, après résection segmentaire	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	370,81	253	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	146,30	102	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
13.03.03.10 Libération mobilisatrice de l'articulation [Arthrolyse] du coude						
MFPC001	Libération mobilisatrice de l'articulation du coude, par arthroscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	J,K,M,O,T,X	338,19	331	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
MFPA002	Libération mobilisatrice de l'articulation du coude, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T,X	309,12	235	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	89,08	101	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
MFPA003	Libération mobilisatrice de l'articulation du coude avec libération du nerf ulnaire, par abord direct	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	342,45	264	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	101,72	110	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
MFPA001	Libération mobilisatrice de l'articulation du coude avec résection d'ostéome synostotique, par abord direct <i>Traitement de la paraarthropathie ostéogénique neurogène [PAON]</i>	0 1 Y	I,J,K,M,T	348,83	310	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	112,90	131	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
13.03.03.11 Synovectomie de l'articulation du coude						
Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex						

MFFA003	Exérèse de kyste synovial du coude, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	85,08	96	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	76,24	36	1
MFFC001	Synovectomie totale du coude, par arthroscopie	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	321,18	274	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	111,07	109	1
MFFA002	Synovectomie totale du coude, par arthrotomie antérieure et par arthrotomie postérieure	0 1 Y	J,K,M,T,X	306,29	254	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	107,41	100	1
13.03.03.12 Actes thérapeutiques sur l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation du coude						
MFCA001	Suture ou plastie de l'appareil capsuloligamentaire collatéral de l'articulation du coude, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	J,K,M,T	209,00	189	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	89,80	78	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
13.03.04 Actes thérapeutiques sur les articulations du poignet						
<i>Comprend : actes thérapeutiques sur :</i>						
<i>- l'articulation radio-ulnaire distale</i>						
<i>- l'articulation radiocarpienne</i>						
<i>- les articulations intracarpiennes</i>						
13.03.04.01 Mobilisation du poignet						
MGRP001	Mobilisation d'articulation du poignet et/ou de la main à visée thérapeutique, sous anesthésie générale ou locorégionale	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1	I,M,X	56,01	40	1
		0 4	7,A,M	48,00	15	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
13.03.04.02 Réduction de luxation du poignet par arthrotomie						
MGEA002	Réduction d'une luxation du poignet, par arthrotomie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	238,22	306	1
		0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	78,81	100	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MGEA001	Réduction d'une luxation du poignet avec ostéosynthèse de fracture d'un os du carpe, par arthrotomie	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	298,49	303	1
		0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	93,66	99	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
13.03.04.03 Nettoyage articulaire [Debridement] du poignet						
MGJC001	Nettoyage des articulations du poignet, par arthroscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	192,14	187	1
		0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	92,38	88	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MGJA001	Nettoyage des articulations du poignet, par arthrotomie	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	134,71	140	1
		0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	69,65	69	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
13.03.04.04 Arthrodèse et arthrorise du poignet						
MGDA002	Arthrodèse radiocarpienne, par arthrotomie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	I,J,K,M,T,X	309,12	343	1
		0 4 Y	4,7,A,M	75,51	104	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MGDA001	Arthrodèse intracarpienne, par arthrotomie	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	250,99	271	1
	<i>Avec ou sans : résection osseuse partielle du carpe</i>	0 4 Y	7,A,M	72,94	95	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MGMA005	Création d'une butée ulnaire au poignet, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,M,T	173,71	208	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	78,49	79	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
13.03.04.05 Arthroplastie du poignet						
MGMA003	Arthroplastie du poignet sans prothèse, pour radialisation	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	<i>Avec ou sans : ostéotomie de la diaphyse de l'ulna</i>	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	336,78	396	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	130,40	151	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MGKA003	Remplacement de l'articulation du poignet par prothèse partielle, par abord direct	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	287,85	260	1
	Descriptif : MGKA003-01 Remplacement de l'articulation du poignet droit par prothèse partielle, par abord direct	0 4 Y	4,5,7,A,M	94,21	107	1
	Descriptif : MGKA003-02 Remplacement de l'articulation du poignet gauche par prothèse partielle, par abord direct					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MGKA002	Remplacement de l'articulation radiocarpienne par prothèse totale, par abord direct	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	370,81	573	1
	Descriptif : MGKA002-01 Remplacement de l'articulation radiocarpienne droite par prothèse totale, par abord direct	0 4 Y	4,5,7,A,M	125,63	136	1
	Descriptif : MGKA002-02 Remplacement de l'articulation radiocarpienne gauche par prothèse totale, par abord direct					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
13.03.04.06 Ablation et changement de prothèse du poignet						
MGGA002	Ablation d'une prothèse articulaire du poignet	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Descriptif : MGGA002-01 Ablation d'une prothèse articulaire du poignet droit	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	197,69	213	1
	Descriptif : MGGA002-02 Ablation d'une prothèse articulaire du poignet gauche	0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	93,08	73	1
	<i>À l'exclusion de : ablation d'une prothèse totale radiocarpienne (MGGA001)</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MGGA001	Ablation d'une prothèse totale radiocarpienne	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	219,08	257	1
	Descriptif : MGGA001-01 Ablation d'une prothèse totale radiocarpienne droite	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	91,25	68	1
	Descriptif : MGGA001-02 Ablation d'une prothèse totale radiocarpienne gauche					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MGKA001	Changement partiel ou total d'une prothèse articulaire du poignet	0 1 Y	9,J,K,M,T	428,24	616	1
	Descriptif : MGKA001-01 Changement partiel ou total d'une prothèse articulaire du poignet droit	0 4 Y	4,5,7,A,M	144,33	132	1
	Descriptif : MGKA001-02 Changement partiel ou total d'une prothèse articulaire du poignet gauche					
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
13.03.04.07 Résection de l'articulation du poignet						
MGFA001	Résection "en bloc" du poignet [Arthrectomie monobloc du poignet]	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	I,J,K,M,T	370,81	383	1
		0 4 Y	4,7,A,M	126,83	136	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
13.03.04.08 Reconstruction du poignet						
		Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex

MGMA002 Reconstruction osseuse du poignet avec arthrodèse, après résection segmentaire	0 1 Y	9,J,K,M,T	304,16	514	1
<i>Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par lambeau libre avec anastomoses vasculaires (cf 16.03.10.03)</i>	0 4 Y	4,5,7,A,M	97,32	105	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MGMA006 Reconstruction de l'articulation du poignet par prothèse massive ou sur mesure, après résection segmentaire	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	370,81	501	1
<i>Descriptif : MGMA006-01 Reconstruction de l'articulation du poignet droit par prothèse massive ou sur mesure, après résection segmentaire</i>	0 4 Y	4,5,7,A,M	112,07	102	1
<i>Descriptif : MGMA006-02 Reconstruction de l'articulation du poignet gauche par prothèse massive ou sur mesure, après résection segmentaire</i>					
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
13.03.04.09 Libération mobilisatrice de l'articulation [Artholyse] du poignet	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MGPA001 Libération mobilisatrice des articulations du poignet, par abord direct	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	197,10	174	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	4,5,7,A,M	91,64	86	1
13.03.04.10 Synovectomie articulaire du poignet	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MGFA007 Exérèse de kyste synovial du poignet, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	81,54	82	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	7,A,M	51,69	33	1
MGFA004 Exérèse de kyste synovial avec ténosynovectomie des extenseurs au poignet, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	229,90	135	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	4,7,A,M	81,60	59	1
MGFC001 Synovectomie radio-ulnaire distale, par arthroscopie	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	188,59	185	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	7,A,M	69,28	75	1
MGFA002 Synovectomie radio-ulnaire distale, par arthrotomie	0 1 Y	J,K,M,T	125,40	135	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	7,A,M	61,95	59	1
MGFC002 Synovectomie radiocarpienne et/ou intracarpienne, par arthroscopie	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	239,64	228	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	7,A,M	60,48	94	1
MGFA005 Synovectomie radiocarpienne et/ou intracarpienne, par arthrotomie	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	153,85	165	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	7,A,M	53,15	68	1
MGFC003 Synovectomie totale des articulations du poignet, par arthroscopie	0 1 Y	9,J,K,M,T	253,82	263	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	7,A,M	72,76	106	1
MGFA003 Synovectomie totale des articulations du poignet, par arthrotomie	0 1 Y	9,J,K,M,T	205,61	204	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	7,A,M	72,00	87	1
13.03.04.11 Actes thérapeutiques sur l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation du poignet	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MGCC001 Suture et/ou réinsertion de ligament articulaire du poignet, par arthroscopie	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	194,27	188	1
<i>Avec ou sans : plastie ligamentaire</i>	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	64,51	93	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>					
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>					
MGCA001 Suture et/ou réinsertion de ligament articulaire du poignet, par arthrotomie	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	205,61	198	1
<i>Avec ou sans : plastie ligamentaire</i>	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	65,25	98	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>					
MGMA004 Capsuloplastie d'une articulation du poignet, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,M,T	165,91	156	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	7,A,M	59,38	77	1
13.03.05 Actes thérapeutiques sur les articulations de la main					
<i>Comprend : actes thérapeutiques sur les articulations :</i>					
<i>- carpométacarpiennes</i>					
<i>- métacarpophalangiennes</i>					
<i>- interphalangiennes des doigts</i>					
13.03.05.01 Évacuation de collection articulaire de la main	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MHJA001 Évacuation de collection articulaire de la main, par arthrotomie	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	106,35	119	1
<i>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	56,08	48	1
13.03.05.02 Réduction orthopédique de luxation de la main	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MHEP004 Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture carpométacarpienne	0 1	9,F,I,L,M,P,S,U	71,61	67	1
<i>À l'exclusion de : réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture trapézométacarpienne (MHEP003)</i>					
<i>Coder éventuellement 1 : (YYYY012, ZZLP025)</i>					
MHEP003 Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture trapézométacarpienne	0 1	9,F,I,L,M,P,S,U	71,61	67	1
<i>Coder éventuellement 1 : (YYYY012, ZZLP025)</i>					
MHEP002 Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt	0 1	F,L,M,P,S,U	33,44	61	1
<i>Coder éventuellement 1 : (YYYY012, ZZLP025)</i>					
MHEP001 Réduction orthopédique de plusieurs luxations et/ou luxations-fractures métacarpophalangiennes et/ou interphalangiennes de doigt	0 1	9,F,L,M,P,S,U	68,77	62	1
	0 4	4,7,A,F,L,M,P,S,U	83,60	37	1
<i>Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>					
13.03.05.03 Réduction de luxation de la main par arthrotomie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MHEA004 Réduction d'une luxation ou luxation-fracture carpométacarpienne, par arthrotomie	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	133,29	171	1
<i>À l'exclusion de : réduction d'une luxation ou d'une luxation-fracture trapézométacarpienne, par arthrotomie (MHEA002)</i>	0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	82,10	80	1
<i>Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>					
MHEA002 Réduction d'une luxation ou luxation-fracture trapézométacarpienne, par arthrotomie	0 1 Y	F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	168,03	180	1
<i>Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)</i>	0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	90,17	93	1

MHEA003	Réduction d'une luxation de l'articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt, par arthrotomie	0 1 Y 9,F,J,K,L,M,O,P,S,T,U 0 4 Y 7,A,F,L,M,O,P,S,U	107,77 65,98	174 63	1 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MHEA001	Réduction de luxation de plusieurs articulations métacarpophalangiennes et/ou interphalangiennes de doigt, par arthrotomie	0 1 Y F,J,K,L,M,O,P,S,T,U 0 4 Y 7,A,F,L,M,O,P,S,U	146,30 71,11	185 77	1 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
13.03.05.04 Arthrodèse et arthrorise de la main					
MHDA002	Arthrodèse intermétacarpienne du premier espace interosseux, par arthrotomie	Ph A Cl 0 1 Y 9,I,J,K,M,T 0 4 Y 7,A,M	211,99 67,44	173 82	1 1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MHDA004	Arthrodèse carpométacarpienne, par arthrotomie <i>À l'exclusion de : arthrodèse trapézométacarpienne, par arthrotomie (MHDA003)</i>	0 1 Y I,J,K,M,O,T 0 4 Y 7,A,M	184,34 67,08	166 72	1 1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MHDA003	Arthrodèse trapézométacarpienne, par arthrotomie	0 1 Y J,K,M,T,X 0 4 Y 7,A,M	224,04 70,75	180 85	1 1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MHDA005	Arthrodèse d'une articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt, par arthrotomie	0 1 Y J,K,M,T,X 0 4 Y 7,A,M	153,85 58,65	135 57	1 1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MHDA001	Arthrodèse de plusieurs articulations métacarpophalangiennes et/ou interphalangiennes de doigt, par arthrotomie	0 1 Y I,J,K,M,O,T 0 4 Y 7,A,M	190,72 63,78	171 74	1 1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MHDB001	Arthrorise temporaire d'une articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt par broche, par voie transcutanée	0 1 Y J,K,M,T	83,60	82	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012, ZZLP025)					
13.03.05.05 Arthroplastie de la main					
<i>Avec ou sans : plastie cutanée</i>					
MHMA005	Arthroplastie trapézométacarpienne <i>Avec ou sans : pose d'une prothèse trapézométacarpienne</i>	0 1 Y J,K,M,O,T,X 0 4 Y 4,5,7,A,M	236,81 85,04	173 92	1 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MHMA002	Arthroplastie d'une articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt	0 1 Y I,J,K,M,O,T 0 4 Y 7,A,M	154,56 74,78	149 81	1 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MHMA001	Arthroplastie de plusieurs articulations métacarpophalangiennes et/ou interphalangiennes de doigt	0 1 Y 9,I,J,K,M,T 0 4 Y 4,7,A,M	220,50 88,71	222 116	1 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
13.03.05.06 Reconstruction d'articulation de la main					
MHMA004	Reconstruction d'une articulation de la main par transfert pédiculé	Ph A Cl 0 1 Y 9,J,K,M,O,T 0 4 Y 4,7,A,M	378,61 98,42	460 136	1 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MHMA003	Reconstruction d'une articulation de la main par transfert libre avec anastomoses vasculaires	0 1 Y 9,J,K,M,O,T 0 4 Y 4,7,A,M	748,70 266,48	668 312	1 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
13.03.05.07 Libération mobilisatrice d'articulation [Artholyse] de la main					
<i>Avec ou sans : plastie cutanée</i>					
MHPA002	Libération mobilisatrice d'une articulation de la main, par abord direct	0 1 Y 9,J,K,M,T 0 4 Y 7,A,M	141,09 55,35	112 45	1 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MHPA001	Libération mobilisatrice de plusieurs articulations de la main, par abord direct	0 1 Y I,J,K,M,O,T 0 4 Y 7,A,M	186,47 61,58	155 66	1 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MHPA004	Libération mobilisatrice d'une articulation de la main avec libération de tendon, par abord direct	0 1 Y J,K,M,T 0 4 Y 7,A,M	219,45 72,00	136 56	1 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MHPA003	Libération mobilisatrice de plusieurs articulations de la main avec libération de tendon, par abord direct	0 1 Y J,K,M,T 0 4 Y 4,7,A,M	250,80 81,60	187 82	1 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
13.03.05.08 Synovectomie articulaire de la main					
<i>Avec ou sans : plastie cutanée</i>					
MHFA002	Exérèse de kyste synovial ou mucoïde d'une articulation ou d'une gaine fibreuse de la main <i>Avec ou sans : - lavage articulaire - résection d'ostéophyte - synovectomie Exérèse de kyste d'une poulie de réflexion des tendons des muscles fléchisseurs</i>	0 1 Y I,J,K,M,T 0 4 Y 7,A,M	92,88 52,41	112 50	1 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MHFA001	Synovectomie d'une articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt, par abord direct	0 1 Y 9,J,K,M,T 0 4 Y 7,A,M	129,75 57,60	108 47	1 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MHFA003	Synovectomie de plusieurs articulations métacarpophalangiennes et/ou interphalangiennes de doigt, par abord direct	0 1 Y 9,J,K,M,O,T 0 4 Y 7,A,M	167,32 48,00	149 68	1 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
13.03.05.09 Actes thérapeutiques sur l'appareil capsuloligamentaire d'articulation de la main					
<i>Avec ou sans : ostéosynthèse</i>					
MHCA003	Suture ou plastie de l'appareil capsuloligamentaire d'une articulation métacarpophalangienne <i>À l'exclusion de : suture ou plastie de l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation métacarpophalangienne du pouce, par abord direct (MHCA002)</i>	0 1 Y F,I,J,K,M,O,P,S,T,U 0 4 Y 7,A,F,M,O,P,S,U	138,26 63,78	136 59	1 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

MHCA002	Suture ou plastie de l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation métacarpophalangienne du pouce, par abord direct	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	166,62	150	1
		0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	65,61	66	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
MHCA001	Suture ou plastie de l'appareil capsuloligamentaire de plusieurs articulations métacarpophalangiennes	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	183,63	174	1
		0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	70,74	81	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

13.03.06 Autres actes thérapeutiques sur les articulations du membre supérieur

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MZJB001	0	1		F,J,K,O,P,S,T,U	83,60	54	1
Évacuation de collection articulaire du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage							
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
MZLB001	0	1			26,13	28	1
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage							
À l'exclusion de : synoviorrhèse							
- chimique d'un membre (PBLB002)							
- isotopique d'un membre (PBL001)							
facturation : ne peut pas être facturé pour l'injection d'acide hyaluronique							
MZLH002	0	1		X	18,76	116	1
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique							
À l'exclusion de : synoviorrhèse							
- chimique d'un membre (PBLB002)							
- isotopique d'un membre (PBL001)							
facturation : ne peut pas être facturé pour l'injection d'acide hyaluronique							
MZLH001	0	1		X	23,52	164	1
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée avec guidage scanographique							
À l'exclusion de : synoviorrhèse							
- chimique d'un membre (PBLB002)							
- isotopique d'un membre (PBL001)							
facturation : ne peut pas être facturé pour l'injection d'acide hyaluronique							

13.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES MUSCLES, TENDONS ET TISSUS MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

13.04.01 Actes thérapeutiques sur la ceinture scapulaire et le bras

13.04.01.01 Suture et réinsertion de muscle et de tendon à la ceinture scapulaire et au bras

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MJEC001	0	1	Y	9,J,K,M,O,T	367,97	294	1
Réinsertion ou suture d'un tendon de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
MJEA010	0	1	Y	J,K,M,T	302,19	236	1
Réinsertion ou suture d'un tendon de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par abord direct							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
MJEC002	0	1	Y	9,J,K,M,T	425,40	364	1
Réinsertion et/ou suture de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
MJEA006	0	1	Y	J,K,M,O,T	355,92	299	1
Réinsertion et/ou suture de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par abord direct							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
MJMA003	0	1	Y	9,J,K,M,T	384,99	295	1
Réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule par autoplastie et/ou matériel prothétique, par abord direct							
Avec ou sans :							
- acromioplastie							
- réinsertion tendineuse							
Réparation de la coiffe des rotateurs par lambeau deltoïdien, plastie du muscle subscapulaire et/ou infraépineux							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
MJEA019	0	1	Y	9,J,K,M,O,T	192,14	170	1
Réinsertion du muscle biceps brachial sur le radius							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

13.04.01.02 Désinsertion de tendon à la ceinture scapulaire et au bras

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MJPA006	0	1	Y	I,J,K,M,T	219,08	124	1
Désinsertion du muscle subscapulaire sans transfert musculaire							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
MJPA004	0	1	Y	9,J,K,M,T,X	322,60	303	1
Désinsertion du muscle subscapulaire avec transfert musculaire							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
MJPA001	0	1	Y	9,J,K,M,T	376,48	394	1
Désinsertion musculo-tendino-cutanée étendue pour surélévation congénitale de la scapula							
Avec ou sans : résection osseuse							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
MJPA012	0	1	Y	J,K,M,T	281,29	124	1
Désinsertion ou allongement des muscles épicondyliens latéraux au coude, par abord direct							
Avec ou sans :							
- exploration de l'articulation du coude							
- libération du nerf radial							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

MJPC800	Acte CCAM descriptif sans code père						
Descriptif : MJPC800-01 Désinsertion ou allongement des muscles épicondyliens latéraux au coude, par arthroscopie							

13.04.01.03 Transfert de muscle et de tendon à la ceinture scapulaire et au bras

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MJEA017	0	1	Y	I,J,K,M,O,T	225,46	181	1
Transfert ostéomusculaire du processus coracoïde ou transfert du ligament coracoacromial pour stabilisation de la clavicule							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
MJEA016	0	1	Y	9,J,K,M,T	332,52	303	1
Transposition musculotendineuse et/ou fixation de la scapula pour stabilisation							
Traitement de l'omoplate paralytique							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

MJEA021	Transfert musculotendineux pour rétablissement de l'extension active du coude	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	434,62	340	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	88,63	176	1
MJEA012	Transfert musculotendineux pour rétablissement de la flexion active du coude	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	505,52	329	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	87,53	170	1
13.04.01.04 Exérèse de corps étranger des tissus mous de la ceinture scapulaire et du bras						
MJFC001	Exérèse de calcification intratendineuse de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	J,K,M,T,X	288,56	220	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	105,54	87	1
MJFA001	Exérèse de calcification intratendineuse de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par abord direct	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	222,63	183	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	97,12	74	1
MJGA001	Ablation de corps étranger de la coulisse bicipitale, par abord direct	0 1 Y	I,J,K,M,T,X	143,93	146	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	78,07	56	1
13.04.01.05 Autres actes thérapeutiques sur les muscles et tissus mous de la ceinture scapulaire et du bras						
MJDC001	Ténodèse et/ou résection de la portion articulaire du muscle long biceps brachial, par arthroscopie	0 1 Y	J,K,O,T	345,28	0	1
	<i>Indication : Traitement, en deuxième intention, des tendinopathies symptomatiques, isolées ou non de la longue portion du biceps brachial chez l'adulte</i>	0 4 Y	4,7,A	159,52	0	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MJDA001	Ténodèse et/ou résection de la portion articulaire du muscle long biceps brachial, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,O,T	164,49	159	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	86,85	68	1
MJFA005	Exérèse d'un hygroma du coude, par abord direct	0 1 Y	I,J,K,M,T,X	85,79	107	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,M	48,02	38	1
13.04.02 Actes thérapeutiques sur l'avant-bras et la main						
13.04.02.01 Réparation de tendon au poignet et à la main						
<i>À l'exclusion de : réparation de tendon à la main avec suture de nerf et/ou d'artère (cf 13.04.03.02, 13.04.03.03)</i>						
MJCA012	Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt par suture sur un rayon de la main, par abord direct	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	106,35	142	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	56,82	57	1
MJMA010	Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt par greffe ou plastie d'allongement ou de retournement sur un rayon de la main, par abord direct	0 1 Y	9,F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	146,76	155	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	57,55	60	1
MJCA001	Suture de plaie d'un tendon d'un muscle fléchisseur des doigts sur un rayon de la main, par abord direct	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U,X	192,85	162	1
	<i>Avec ou sans : réfection de la partie cruciforme de la gaine fibreuse digitale [poulie de réflexion]</i>	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	58,28	63	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MJCA002	Suture de plaies des 2 tendons des muscles fléchisseurs des doigts sur un rayon de la main, par abord direct	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	236,81	256	1
	<i>Avec ou sans : réfection de la partie cruciforme de la gaine fibreuse digitale [poulie de réflexion]</i>	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	72,94	102	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MJMA013	Reconstruction d'un tendon de la main par transplant libre, en un temps	0 1 Y	I,J,K,M,T	229,72	193	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,M	65,24	85	1
MJMA006	Reconstruction d'un tendon de la main par transplant libre, en deux temps	1 1 Y	I,J,K,M,O,T	167,32	193	1
	<i>Phase 1 : reconstruction de la gaine fibreuse digitale avec pose de prothèse provisoire, par abord direct</i>	1 4 Y	7,A,M	65,24	85	1
	<i>Avec ou sans : réfection de la partie cruciforme de la gaine fibreuse digitale [poulie de réflexion]</i>	2 1 Y	I,J,K,M,O,T	229,72	193	1
	<i>Phase 2 : transplant libre de tendon de la main</i>	2 4 Y	7,A,M	65,24	85	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MJMA009	Reconstruction d'un tendon de la main par transplant pédiculé, en un temps	0 1 Y	I,J,K,M,T,X	462,98	302	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	78,81	136	1
MJMA014	Reconstruction d'un tendon de la main par transplant pédiculé, en deux temps	1 1 Y	I,J,K,M,O,T,X	167,32	193	1
	<i>Phase 1 : reconstruction de la gaine fibreuse digitale avec pose de prothèse provisoire, par abord direct</i>	1 4 Y	4,7,A,M	65,24	85	1
	<i>Avec ou sans : réfection de la partie cruciforme de la gaine fibreuse digitale [poulie de réflexion]</i>	2 1 Y	I,J,K,M,O,T,X	462,98	302	1
	<i>Phase 2 : transplant pédiculé de tendon de la main</i>	2 4 Y	4,7,A,M	78,81	136	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MJEA004	Réinsertion transosseuse de tendon sur une phalange d'un doigt, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,M,T	154,56	142	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,M	56,82	57	1
13.04.02.02 Allongement de tendon à l'avant-bras et à la main						
MJAA002	Allongement des tendons et/ou désinsertion des muscles fléchisseurs de la main ou des doigts, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	<i>Traitement du syndrome de Volkmann</i>	0 1 Y	J,K,M,O,T	266,58	244	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	104,50	108	1
MJAA001	Allongement des tendons et/ou des muscles extenseurs de la main ou des doigts, par abord direct	0 1 Y	J,K,O,T	253,11	219	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	104,50	97	1
13.04.02.03 Libération de tendon [Ténolyse] et ténosynovectomie à l'avant-bras et à la main						
MJPA011	Libération de tendon au poignet avec ténosynovectomie, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	<i>Traitement de la ténosynovite de de Quervain ou de la ténopathie du muscle long palmaire</i>	0 1 Y	J,K,M,T	209,00	124	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	77,71	54	1
MJPA002	Libération des tendons des muscles fléchisseurs des doigts sur un rayon de la main, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	167,20	142	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	77,71	63	1
MJPA009	Libération du tendon d'un muscle extenseur d'un doigt sur un rayon de la main, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	146,76	142	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	77,71	63	1

MJFA004	Ténosynovectomie des muscles extenseurs au poignet, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	209,00	128	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,M	62,31	57	1
MJFA014	Ténosynovectomie des muscles extenseurs au poignet avec synovectomie articulaire du poignet, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	250,80	186	1
	<i>Avec ou sans :</i> - résection de l'extrémité distale de l'ulna - résection partielle du carpe	0 4 Y	7,A,M	73,59	82	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MJFA007	Ténosynovectomie des muscles extenseurs au poignet avec synovectomie articulaire du poignet, résection de l'extrémité distale de l'ulna et transfert tendineux, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	292,60	320	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	87,97	100	1
MJFA002	Ténosynovectomie des muscles extenseurs au poignet avec synovectomie articulaire du poignet, arthrodèse radio-ulnaire distale et ostéotomie de l'ulna, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	355,30	380	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	154,20	101	1
MJFA016	Ténosynovectomie des muscles extenseurs au poignet avec synovectomie articulaire du poignet et arthrodèse ou arthroplastie d'un doigt ou de 2 doigts, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,O,T	288,56	523	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	103,36	136	1
MJFA013	Ténosynovectomie des muscles extenseurs au poignet avec synovectomie articulaire du poignet et arthrodèse ou arthroplastie de 3 doigts ou plus, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	339,61	633	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	112,53	170	1
MJFA018	Ténosynovectomie des muscles fléchisseurs au poignet ou à la paume de la main, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	209,00	145	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,M	70,01	64	1
MJFA015	Ténosynovectomie des muscles fléchisseurs des doigts sur un rayon de la main, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	209,00	128	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,M	66,35	53	1
MJFA012	Ténosynovectomie des muscles fléchisseurs des doigts sur plusieurs rayons de la main, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	209,00	163	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,M	72,21	71	1

13.04.02.04 Transfert de muscle et de tendon à l'avant-bras et à la main

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MJEA005	Transfert musculotendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de l'extension active du poignet	0 1 Y	J,K,M,T		281,29	276	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M		134,99	92	1
MJEA008	Transfert musculotendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de l'extension active du poignet et de l'ouverture des doigts longs et du pouce	0 1 Y	9,J,K,M,T		321,18	497	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M		134,99	170	1
MJEA007	Transfert musculotendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de l'ouverture du pouce	0 1 Y	J,K,M,T,X		218,37	273	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M		76,98	100	1
MJEA002	Transfert musculotendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de l'ouverture des doigts longs	0 1 Y	9,J,K,M,T		246,73	273	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M		80,64	105	1
MJEA001	Transfert musculotendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de l'ouverture des doigts longs et du pouce	0 1 Y	9,J,K,M,O,T		305,58	353	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M		95,23	125	1
MJEA009	Transfert tendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de la fermeture du pouce	0 1 Y	J,K,M,O,T		218,37	282	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M		78,44	96	1
MJEA018	Transfert musculotendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de la fermeture des doigts longs	0 1 Y	J,K,M,T		250,80	288	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M		90,10	99	1
MJEA015	Transfert musculotendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de la fermeture des doigts longs et du pouce	0 1 Y	J,K,M,T		313,50	377	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M		108,77	127	1
MJEA020	Transfert musculotendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de la fermeture des doigts longs et du pouce et des fonctions intrinsèques des doigts	0 1 Y	9,J,K,M,O,T		385,70	541	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M		126,00	189	1
MJEA011	Transfert musculotendineux, ténodèse et/ou capsulodèse pour rétablissement des fonctions intrinsèques du pouce	0 1 Y	9,J,K,M,T		217,66	268	1
	<i>Avec ou sans : arthrodèse digitale</i>	0 4 Y	4,7,A,M		84,98	131	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
MJEA013	Transfert musculotendineux, ténodèse et/ou capsulodèse pour rétablissement des fonctions intrinsèques des doigts longs	0 1 Y	9,J,K,M,T		275,80	416	1
	<i>Avec ou sans : arthrodèse digitale</i>	0 4 Y	4,7,A,M		91,57	164	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
MJEA003	Transfert musculotendineux pour rétablissement des fonctions intrinsèques des doigts longs et du pouce	0 1 Y	I,J,K,M,T		385,70	538	1
	<i>Avec ou sans :</i> - ténodèse - capsulodèse - arthrodèse digitale	0 4 Y	4,7,A,M		109,88	210	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
MJEA014	Transfert musculotendineux avec plastie du premier espace interosseux métacarpien pour hypoplasie du pouce	0 1 Y	9,I,J,K,M,T		256,66	225	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,M		73,31	125	1

13.04.03 Autres actes thérapeutiques sur les muscles, les tendons et les tissus mous de la main

13.04.03.01 Actes thérapeutiques pour infection de la main

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MJPA010 Incision ou excision d'un panaris superficiel	0	1		F,M,P,S,U,X	38,29	53	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4		A,F,M,P,S,U	57,91	25	1
MJFA003 Excision d'un panaris profond de la pulpe des doigts [phlegmon pulpaire]	0	1		F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	72,32	78	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4		7,A,F,M,O,P,S,U	59,74	36	1
MJJA001 Évacuation d'un phlegmon de gaine synoviale digitale ou digitocarpienne, par abord direct	0	1	Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	141,09	108	1
<i>Avec ou sans : drainage</i>	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	59,74	50	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
MJJA002 Évacuation d'un phlegmon de gaine synoviale digitale ou digitocarpienne avec ténosynovectomie, par abord direct	0	1	Y	9,F,J,K,M,O,P,S,T,U	115,57	127	1
<i>Avec ou sans : drainage</i>	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	63,41	61	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
MJJA004 Évacuation d'un phlegmon de gaine synoviale digitale ou digitocarpienne étendu à la main et/ou à l'avant-bras, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	224,75	180	1
Descriptif : MJJA004-01 Évacuation d'un phlegmon de gaine synoviale digitale ou digitocarpienne étendu à la main, par abord direct	0	4	Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	84,13	84	1
Descriptif : MJJA004-02 Évacuation d'un phlegmon de gaine synoviale digitale ou digitocarpienne étendu à la main et à l'avant-bras, par abord direct							
<i>Avec ou sans :</i>							
- excision de tendon							
- lavage articulaire par arthrotomie							
- synovectomie articulaire par arthrotomie							
- arthrodèse							
- drainage							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
MJJA003 Évacuation de suppuration profonde de la main et/ou de l'avant-bras n'atteignant pas les gaines synoviales, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	82,95	91	1
Descriptif : MJJA003-01 Évacuation de suppuration profonde de l'avant-bras n'atteignant pas les gaines synoviales, par abord direct	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	64,15	46	1
Descriptif : MJJA003-02 Évacuation de suppuration profonde de la main n'atteignant pas les gaines synoviales, par abord direct							
Descriptif : MJJA003-03 Évacuation de suppuration profonde de la main et de l'avant-bras n'atteignant pas les gaines synoviales, par abord direct							
<i>Avec ou sans : drainage</i>							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
MJFA009 Excision de fasciite nécrosante de l'avant-bras et/ou de la main	0	1	Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	160,94	126	1
Descriptif : MJFA009-01 Excision de fasciite nécrosante de l'avant-bras	0	4	Y	7,A,F,M,O,P,S,U	60,85	47	1
Descriptif : MJFA009-02 Excision de fasciite nécrosante de la main							
Descriptif : MJFA009-03 Excision de fasciite nécrosante de l'avant-bras et de la main							
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

13.04.03.02 Réparation de lésion traumatique multitissulaire palmaire du poignet et de la main

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MZMA004 Suture de plaie de tendon avec suture de plaie du nerf médian, à la face antérieure du poignet	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	387,11	388	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,5,7,A,F,O,P,S,U	122,95	100	1
MZMA001 Réparation d'une hémisection antérieure du poignet avec ischémie complète de la main	0	1	Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	737,77	680	1
<i>Avec ou sans : ostéosynthèse</i>	0	4	Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	292,60	237	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
MJCA006 Suture de plaies d'un tendon d'un muscle fléchisseur des doigts et d'un nerf digital palmaire, sur un rayon de la main	0	1	Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	265,88	226	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	114,49	90	1
MJCA005 Suture de plaies d'un tendon d'un muscle fléchisseur des doigts et de 2 nerfs digitaux palmaires, sur un rayon de la main	0	1	Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	312,64	272	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	138,49	106	1
MJCA008 Suture de plaies des 2 tendons des muscles fléchisseurs des doigts et d'un nerf digital palmaire, sur un rayon de la main	0	1	Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	303,45	336	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	124,09	108	1
MJCA007 Suture de plaies des 2 tendons des muscles fléchisseurs des doigts et des 2 nerfs digitaux palmaires, sur un rayon de la main	0	1	Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	354,44	363	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	148,09	118	1
MJCA003 Suture de plaies de tendon des muscles fléchisseurs des doigts, d'un nerf et d'une artère digitaux palmaires, sur un rayon de la main	0	1	Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	411,93	427	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	194,99	141	1
MJCA010 Suture de plaies de tendon des muscles fléchisseurs des doigts, des 2 nerfs et d'une ou deux artères digitaux palmaires, sur un rayon de la main	0	1	Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	446,67	478	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	217,77	161	1

13.04.03.03 Réparation de lésion traumatique multitissulaire dorsale du poignet et de la main

Par réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt, on entend : suture, greffe ou plastie d'allongement ou de retournement de tendon de muscle extenseur des doigts et des expansions, sur un rayon de la main.

MJMA002 Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt avec suture de plaie d'une articulation, sur un rayon de la main	0	1	Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	190,72	142	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	84,00	68	1
MJMA016 Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt avec suture de plaie d'un nerf ou d'une artère digital palmaire, sur un rayon de la main	0	1	Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	276,07	243	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	144,87	86	1

MJMA015 Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt avec suture de plaies d'un nerf et d'une artère digitaux palmaires, sur un rayon de la main	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	385,79	478	1
	0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	194,99	122	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

13.04.03.04 Libération des tissus mous du premier espace interosseux métacarpien de la main

Avec ou sans : réparation cutanée immédiate par lambeau local ou régional

MJPA007 Libération des tissus mous du premier espace interosseux métacarpien, par abord direct <i>Facturation : le tarif prend en compte la réalisation de lambeau</i>	0 1 Y	J,K,M,O,T	165,91	134	1
	0 4 Y	4,7,A,M	83,39	79	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

MJPA008 Libération des tissus mous du premier espace interosseux métacarpien avec arthroplastie ou libération articulaire mobilisatrice, par abord direct <i>Facturation : le tarif prend en compte la réalisation de lambeau</i>	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	254,53	213	1
	0 4 Y	4,7,A,M	112,89	121	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

MJPA003 Libération des tissus mous du premier espace interosseux métacarpien avec arthrodèse de la colonne du pouce, par abord direct <i>Facturation : le tarif prend en compte la réalisation de lambeau</i>	0 1 Y	9,J,K,M,T	269,42	241	1
	0 4 Y	4,7,A,M	108,50	117	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)

13.04.03.05 Fasciotomie et fasciectomy palmaire

Comprend : traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire [maladie de Dupuytren]

MJPB001 Fasciotomie [Aponévrotomie] palmaire, par voie transcutanée	0 1 Y	9,I,M	48,92	48	1
	0 4 Y	A,M	48,39	18	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

MJPA005 Fasciotomie [Aponévrotomie] palmaire, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	125,40	116	1
	0 4 Y	7,A,M	64,15	49	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

MJFA006 Fasciectomy [Aponévrectomie] palmodigitale sur un rayon de la main, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	376,20	155	1
	0 4 Y	4,7,A,M	125,40	81	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

MJFA010 Fasciectomy [Aponévrectomie] palmodigitale sur plusieurs rayons de la main, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	376,20	255	1
	0 4 Y	4,7,A,M	125,40	92	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

13.04.03.06 Actes thérapeutiques sur les gaines fibreuses digitales

MJPA013 Section ou plastie d'agrandissement de la partie cruciforme de la gaine fibreuse digitale [poulie de réflexion de tendon de muscle fléchisseur des doigts] sur un rayon de la main, par abord direct <i>Traitement chirurgical du doigt à ressaut</i>	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	0 1 Y	J,K,M,T	62,70	100	1
	0 4 Y	7,A,M	56,45	45	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

MJMA012 Reconstruction de la partie cruciforme de la gaine fibreuse digitale [poulie de réflexion de tendon de muscle fléchisseur des doigts] par autogreffe sur un rayon de la main, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	167,20	129	1
	0 4 Y	7,A,M	68,55	68	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

13.04.03.07 Reconstruction et translocation de doigt

MZMA003 Reconstruction d'un doigt par transfert libre partiel vascularisé de doigt ou d'orteil	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	940,84	925	1
	0 4 Y	4,5,7,A,M	307,42	287	1

Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

MZMA002 Reconstruction d'un doigt par transfert libre total de doigt ou d'orteil	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	940,84	108	1
	0 4 Y	4,5,7,A,M	307,42	340	1

Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

MDEA004 Reconstruction d'un doigt par transfert non vascularisé de phalange d'orteil, pour agénésie digitale	0 1 Y	J,K,M,O,T	216,25	329	1
	0 4 Y	4,A,M	89,46	109	1

Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

MZEAO05 Translocation digitale et/ou carpo-métacarpo-digitale d'un rayon de la main	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	401,29	428	1
	0 4 Y	4,5,7,A,M	92,37	122	1

Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

MZEAO09 Translocation digitale et/ou carpo-métacarpo-digitale de deux rayons de la main	0 1 Y	J,K,M,T	394,86	512	1
	0 4 Y	4,5,7,A,M	114,00	151	1

Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

MZEAO04 Pollicisation d'un moignon de doigt	0 1 Y	9,J,K,M,T	421,15	527	1
	0 4 Y	4,5,7,A,M	122,34	153	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

MZEAO08 Pollicisation d'un doigt complet	0 1 Y	I,J,K,M,T	511,90	581	1
	0 4 Y	4,5,7,A,M	128,20	171	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

13.04.03.08 Correction des malformations congénitales de la main

MZFA014 Amputation d'un pouce surnuméraire	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	0 1 Y	J,K,M,T,X	116,99	118	1
	0 4 Y	A,M	59,41	48	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

MZFA015 Amputation d'un pouce surnuméraire, avec ostéotomie ou capsuloplastie	0 1 Y	J,K,M,T	253,94	236	1
	0 4 Y	4,5,A,M	115,20	80	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

MZFA008 Amputation d'un doigt surnuméraire autre que le pouce	0 1 Y	J,K,M,T,X	101,39	121	1
	0 4 Y	A,M	61,24	51	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

MZFA012 Amputation d'un doigt surnuméraire autre que le pouce avec résection osseuse	0 1 Y	J,K,M,O,T	115,57	140	1
	0 4 Y	4,5,A,M	77,55	61	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

MJPA014 Séparation d'une syndactylie des doigts à squelette normal avec autoplastie cutanée locale et/ou greffe de peau	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	245,31	231	1
	0 4 Y	4,A,M	104,49	105	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

MZPA002 Séparation d'une syndactylie complexe des doigts avec ostéotomie ou résection osseuse, et autoplastie cutanée locale et/ou greffe de peau <i>Avec ou sans : plastie unguéopulpaire</i>	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	304,87	350	1
	0 4 Y	4,5,A,M	123,55	121	1

Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)

MJFA017 Résection des tissus mous de la main avec plastie cutanée, sans résection nerveuse, pour mégadactylie	0 1 Y	9,J,K,M,T	220,50	240	1
	0 4 Y	4,7,A,M	80,46	85	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

MJFA011	Résection des tissus mous de la main avec plastie cutanée et résection nerveuse, pour mégadactylie	0 1 Y	9,J,K,M,T	265,17	315 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	98,60	108 1

13.05 AUTRES ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE MEMBRE SUPÉRIEUR

13.05.01 Confection d'appareillage du membre supérieur

À l'exclusion de : immobilisation initiale de fracture sans réduction (13.02.07.03)

- adaptation d'un appareil rigide d'immobilisation par gypsotomie

Par appareil d'immobilisation, on entend : appareil d'immobilisation externe non amovible et ne permettant pas de réglage.

MZMP001	Confection d'une contention souple d'une articulation du membre supérieur	0 1	F,M,P,S,T,U	31,35	29 1
	Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.				
MZMP015	Confection d'un appareil rigide thoracobrahial d'immobilisation du membre supérieur	0 1	F,M,P,S,U	63,30	86 1
	Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.				
MZMP011	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation du membre supérieur prenant le coude	0 1	F,M,P,S,U	34,57	61 1
	À l'exclusion de : confection d'un appareil thoracobrahial d'immobilisation du membre supérieur (MZMP015)				
	Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.				
MZMP006	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de l'avant-bras, du poignet et/ou de la main ne prenant pas le coude	0 1	9,F,M,P,S,U	26,23	52 1
	Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.				
ZDMP013	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation thoracobrahial	0 1	F,M,P,S,T,U	63,30	86 1
	Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.				
ZDMP017	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation brachio-antébrachio-palmaire	0 1	F,M,P,S,T,U	34,57	57 1
	Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.				
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
ZDMP014	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation antébrachiopalmaire	0 1	F,M,P,S,T,U	25,23	52 1
	Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.				
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
MGMP002	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation du poignet et/ou de la main	0 1	F,M,P,S,T,U	23,36	29 1
	À l'exclusion de : confection d'un appareil rigide d'immobilisation des doigts (MHMP005)				
	Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.				
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
MHMP005	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation des doigts	0 1	F,M,P,S,T,U	23,60	27 1
	Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.				
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
MEMP001	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation de l'épaule	0 1	F,P,S,T,U	41,80	61 1
	Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.				
MFMP001	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du coude	0 1	9,F,O,P,S,T,U	38,19	47 1
	Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.				
MGMP001	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du poignet et/ou de la main	0 1	9,F,P,S,T,U,X	44,89	47 1
	Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.				

13.05.02 Confection d'une orthèse du membre supérieur

Par orthèse, on entend : appareil externe amovible dont le port peut être intermittent, permettant des adaptations, des soins locaux et des actes de rééducation.

À l'exclusion de : utilisation ou pose d'orthèse et d'orthoprothèse inscrites à la liste des produits et prestations remboursables par la Sécurité Sociale [LPP] - Titre II -

ZDMP015	Confection unilatérale ou bilatérale de coussin d'abduction thoracobrahial	0 1	T	62,70	20 1
ZDMP007	Confection d'une orthèse statique de posture antébrachiométacarpienne	0 1	F,P,S,T,U	38,40	22 1
ZDMP001	Confection d'une orthèse statique antébrachiophalangienne	0 1	F,P,S,T,U	38,40	23 1
ZDMP016	Confection d'une orthèse statique carpométacarpienne et/ou métacarpophalangienne	0 1	F,P,S,T,U	38,40	18 1
MHMP007	Confection d'une orthèse statique d'un doigt	0 1	F,P,S,T,U	38,40	9 1
MHMP002	Confection d'une orthèse statique de 2 doigts	0 1	F,P,S,T,U	38,40	13 1
MHMP003	Confection d'une orthèse statique de 3 doigts ou plus	0 1	F,P,S,T,U	38,40	17 1
ZDMP002	Confection d'une orthèse non articulée brachioantébrachiale	0 1	F,O,P,S,T,U	32,83	22 1
ZDMP004	Confection d'une orthèse articulée brachioantébrachiale	0 1	I,T	44,22	34 1
ZDMP008	Confection d'une orthèse dynamique antébrachiométacarpienne avec 1 élément moteur	0 1	T	76,80	34 1
ZDMP009	Confection d'une orthèse dynamique antébrachiométacarpienne avec 2 éléments moteurs	0 1	T	76,80	38 1
ZDMP012	Confection d'une orthèse dynamique antébrachiométacarpienne avec 3 éléments moteurs ou plus	0 1	T	76,80	43 1
ZDMP010	Confection d'une orthèse dynamique antébrachiophalangienne avec 1 élément moteur	0 1	T	76,80	34 1
ZDMP011	Confection d'une orthèse dynamique antébrachiophalangienne avec 2 éléments moteurs	0 1	T	83,60	38 1
ZDMP018	Confection d'une orthèse dynamique antébrachiophalangienne avec 3 éléments moteurs ou plus	0 1	T	76,80	43 1
ZDMP006	Confection d'une orthèse dynamique carpométacarpienne et/ou métacarpophalangienne avec 1 élément moteur	0 1	T	76,80	31 1
ZDMP003	Confection d'une orthèse dynamique carpométacarpienne et/ou métacarpophalangienne avec 2 éléments moteurs	0 1	T	76,80	33 1
ZDMP005	Confection d'une orthèse dynamique carpométacarpienne et/ou métacarpophalangienne avec 3 éléments moteurs ou plus	0 1	T	76,80	37 1
MHMP004	Confection d'une orthèse dynamique d'un doigt avec un élément moteur	0 1	T	76,80	21 1
MHMP001	Confection d'une orthèse dynamique de 2 doigts avec 2 éléments moteurs	0 1	T	76,80	28 1
MHMP006	Confection d'une orthèse dynamique de 3 doigts ou plus avec 3 éléments moteurs	0 1	T	76,80	34 1

13.05.03 Amputation et désarticulation au membre supérieur

À l'exclusion de : amputation de doigt surnuméraire (cf 13.04.03.08)

MZFA009	Désarticulation interscapulothoracique	0 1 Y	F,J,K,M,P,S,T,U	448,72	246 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,F,M,P,S,U	139,18	159 1
MZFA010	Désarticulation scapulohumérale [Désarticulation de l'épaule]	0 1 Y	9,F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	658,66	298 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	160,80	236 1
MZFA002	Amputation transhumérale	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U,X	389,95	179 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	82,84	136 1

MZFA011	Désarticulation du coude	0 1 Y	F,I,J,K,M,P,S,T,U,X	309,83	144	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,F,M,P,S,U	76,24	106	1
MZFA005	Amputation transradio-ulnaire	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U,X	411,22	209	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	83,94	145	1
MZFA004	Désarticulation du poignet	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U,X	349,54	173	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	82,11	132	1
MZFA001	Amputation complète d'un rayon de la main	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	246,73	146	1
	<i>Désarticulation carpométacarpienne sur un rayon</i>	0 4 Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	76,98	109	1
	<i>Amputation transmétacarpienne sur un rayon</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MZFA003	Amputation complète de plusieurs rayons de la main	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U,X	328,98	167	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	81,38	127	1
MZFA013	Amputation ou désarticulation d'un doigt, sans résection du métacarpien	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	131,87	84	1
	<i>Désarticulation métacarpophalangienne ou interphalangienne</i>	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	67,44	80	1
	<i>Facturation : le tarif prend en compte la réalisation de lambeau</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
MZFA007	Amputation et/ou désarticulation de plusieurs doigts, sans résection des métacarpiens	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	151,73	84	1
	<i>Facturation : le tarif prend en compte la réalisation de lambeau</i>	0 4 Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	77,52	81	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

13.05.04 Réimplantation au membre supérieur

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
MZEA007	Réimplantation du membre supérieur sectionné au dessus du poignet	0	1	Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	1018,8	704	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					3		
		0	4	Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	345,02	392	1
MZEA011	Réimplantation de la main sectionnée au poignet	0	1	Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	1018,8	745	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					3		
		0	4	Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	307,42	418	1
MZEA002	Réimplantation de la main sectionnée au niveau du métacarpe	0	1	Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	1144,3	887	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					3		
		0	4	Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	307,42	504	1
MZEA010	Réimplantation d'un doigt	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	736,73	490	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					3		
		0	4	Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	276,93	261	1
MZEA001	Réimplantation de 2 doigts	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	1321,5	833	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					9		
		0	4	Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	515,11	472	1
MZEA012	Réimplantation de 3 doigts	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	1690,4	108	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					7	4	
		0	4	Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	653,57	626	1
MZEA003	Réimplantation de 4 ou 5 doigts	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	1690,4	133	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					7	4	
		0	4	Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	653,57	705	1

14 APPAREIL OSTÉOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DU MEMBRE INFÉRIEUR

Par fracture complexe, on entend : fracture osseuse

- comportant au moins 3 fragments principaux,

- incoercible après réduction,

- avec enfoncement ostéochondral nécessitant un geste de relèvement.

Par rayon du pied, on entend : le squelette métatarsophalangien formant l'axe d'un orteil et les articulations adjacentes, et l'ensemble des tissus mous et des paquets vasculonerveux correspondants.

Par ostéotomie simple, on entend : ostéotomie unidirectionnelle ou rotatoire isolée, pour réaxation ou raccourcissement.

Par ostéotomie complexe, on entend : ostéotomie multidirectionnelle.

Par ostéosynthèse d'une fracture à foyer fermé, on entend : réduction et fixation osseuse par voie transcutanée ou avec abord à distance, sans exposition du foyer de fracture.

Par ostéosynthèse d'une fracture à foyer ouvert, on entend : réduction et fixation osseuse avec exposition du foyer de fracture.

Par changement de matériel, on entend : ablation de matériel avec pose simultanée d'un matériel de type identique ou analogue sur le même site.

Par repose de matériel, on entend : pose de matériel après ablation d'un précédent au cours d'une intervention préalable.

Par évidement d'un os, on entend :

- cratérisation [sautierisation] osseuse

- séquestrectomie osseuse

- curetage de lésion osseuse infectieuse, kystique ou tumorale.

Par exérèse partielle d'un os, on entend :

- exérèse de fragment osseux, sans interruption de la continuité osseuse

- exérèse de lésion osseuse de surface : résection d'exostose ostéogénique, d'apophysite...

- résection osseuse unicorticale : résection d'ostéome ostéoïde...

Par nettoyage d'une articulation [debridement], on entend :

- résection localisée de synoviale, de replis synoviaux et/ou d'ostéophytes

- ablation de corps étrangers intraarticulaires, de fragments fibrocartilagineux et/ou d'autres chondropathies localisées.

Toute arthrotomie inclut l'arthroscopie peropératoire éventuelle.

Tout acte thérapeutique, par arthroscopie inclut le nettoyage de l'articulation traitée.

Tout acte thérapeutique, par arthrotomie inclut le nettoyage de l'articulation traitée.

La réduction orthopédique extemporanée d'une fracture inclut la contention par confection d'un appareillage rigide externe.

Comprend : réduction orthopédique itérative de fracture, avec gypsotomie de réaxation

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

L'ostéosynthèse d'une fracture inclut sa réduction simultanée et sa contention par appareillage externe.

L'ostéotomie inclut l'ostéosynthèse et/ou la contention par appareillage externe.

La réduction d'une luxation, par abord direct inclut la réparation de l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation par suture ou plastie, la stabilisation de l'articulation [arthrorise] par matériel et/ou la contention par appareillage rigide externe.

La reconstruction osseuse ou articulaire par greffe, transplant ou matériau inerte non prothétique inclut l'ostéosynthèse.

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

L'arthroplastie inclut la réparation de l'appareil capsuloligamentaire par suture ou plastie, la stabilisation de l'articulation [arthrorise] par matériel et/ou contention par appareillage rigide externe.

La libération mobilisatrice d'une articulation [arthrolyse] inclut la capsulotomie articulaire, la libération de tendon périarticulaire et la résection d'ostéophyte et de butoir osseux.

L'arthrodèse inclut l'ostéosynthèse, le prélèvement in situ d'autogreffe osseuse, et/ou la contention par appareillage externe.

La suture de muscle ou de tendon inclut l'immobilisation par appareillage externe ou par arthrorise.

14.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR LES OS, LES ARTICULATIONS ET LES TISSUS MOUS DU MEMBRE INFÉRIEUR

14.01.01 Échographie du membre inférieur

A l'exclusion de : échographie et/ou échographie-doppler de contrôle ou surveillance de pathologie (chapitre 19)

NEQM001	Échographie unilatérale ou bilatérale de la hanche du nouveau-né	0	1			37,80	35	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY187)							
NDQM900	Ostéodensitométrie du calcaneus par échographie	0	1			0,00	50	2

14.01.02 Radiographie du membre inférieur

Par segment du membre inférieur, on entend : bassin, hanche, cuisse, genou, jambe, cheville ou pied.

La radiographie d'un segment du membre inférieur inclut la radiographie des articulations adjacentes.

La radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] inclut la radiographie du sacrum, du coccyx et/ou d'articulation sacro-iliaque.

Facturation : l'association d'une radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon plusieurs incidences (NAQK007, NAQK023) avec une radiographie de l'articulation coxofémorale (NEQK010, NEQK035, NEQK012) ne peut pas être facturée

NAQK015	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence	0	1	B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	19,95	17	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY030)						
NAQK007	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 2 incidences	0	1	B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	33,25	22	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY030)						
NAQK023	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 3 incidences ou plus	0	1	B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	46,55	26	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY030)						
NAQK071	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence et radiographie unilatérale de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidence	0	1	B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	23,47	26	2
NAQK049	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence et radiographie bilatérale de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences par côté	0	1	B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	31,29	32	2
NEQK010	Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidence	0	1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	19,95	21	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY030)						
NEQK035	Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 3 incidences	0	1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	31,81	26	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY030)						
NEQK012	Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 4 incidences ou plus	0	1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	34,44	30	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY030)						
NBQK001	Radiographie de la cuisse	0	1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	19,95	19	2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
NFQK001	Radiographie unilatérale du genou selon 1 ou 2 incidences	0	1	B,C,D,E,F,P,S,U,Y,Z	19,95	20	2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						

NFQK002	Radiographie bilatérale du genou selon 1 ou 2 incidences par côté Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	25,86	24	2
NFQK003	Radiographie du genou selon 3 ou 4 incidences Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	22,61	27	2
NFQK004	Radiographie du genou selon 5 incidences ou plus Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	33,88	34	2
NCQK001	Radiographie de la jambe Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	19,95	19	2
NGQK001	Radiographie de la cheville selon 1 à 3 incidences Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	19,95	21	2
NGQK002	Radiographie de la cheville selon 4 incidences ou plus Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	28,83	32	2
NDQK001	Radiographie unilatérale du pied selon 1 à 3 incidences Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	B,C,D,E,F,P,S,U,Y,Z	19,95	22	2
NDQK002	Radiographie bilatérale du pied selon 1 à 3 incidences par côté Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	B,D,E,F,P,S,U,Y,Z	23,94	26	2
NDQK003	Radiographie du pied selon 4 incidences ou plus <i>À l'exclusion de : radiographie du pied selon 4 incidences ou plus, pour étude podométrique (NDQK004)</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	19,95	32	2
NDQK004	Radiographie du pied selon 4 incidences ou plus, pour étude podométrique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	B,C,D,E,R,Y,Z	29,26	36	2
NZQK005	Radiographie de 2 segments du membre inférieur <i>Facturation : ne comprend pas les radiographies de la ceinture pelvienne et/ou de l'articulation coxofémorale si radiographie de deux segments du membre inférieur selon 1 ou 2 incidences par segment</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	29,26	33	2
NZQK006	Radiographie de 3 segments du membre inférieur ou plus <i>Facturation : ne comprend pas les radiographies de la ceinture pelvienne et/ou de l'articulation coxofémorale si radiographie de trois segments du membre inférieur selon 1 ou 2 incidences par segment</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	B,C,D,E,F,P,R,S,U,Y,Z	39,90	45	2
NZQK001	Téléradiographie unilatérale ou bilatérale du membre inférieur en totalité, de face en appui bipodal Coder éventuellement 1 : (YYYY030)	0 1	E,Y,Z	39,90	23	2
NZQK003	Téléradiographie bilatérale du membre inférieur en totalité, de face en appui monopodal l'un après l'autre Coder éventuellement 1 : (YYYY030)	0 1	E,Y,Z	45,22	25	2
NEQH002	Arthrographie de la hanche Coder éventuellement 1 : (YYYY019, YYYY420, ZZLP025)	0 1	E,Y,Z	69,16	164	2
NFQH001	Arthrographie du genou Coder éventuellement 1 : (YYYY420, ZZLP025)	0 1	E,Y,Z	106,40	156	2
NGQH001	Arthrographie de la cheville Coder éventuellement 1 : (YYYY420, ZZLP025)	0 1	E,Y,Z	57,19	139	2
NHQH001	Arthrographie du pied et/ou des orteils Coder éventuellement 1 : (YYYY420, ZZLP025)	0 1	E,Y,Z	39,90	131	2
NZQH002	Arthrographie du membre inférieur avec scanographie [Arthros scanner du membre inférieur] Coder éventuellement 1 : (YYYY420, YYYY600, ZZLP025)	0 1	E,Y,Z	93,10	236	2
14.01.03	Scanographie du membre inférieur <i>Avec ou sans : étude angulaire des segments du membre inférieur</i> <i>Par segment du membre inférieur, on entend : bassin, hanche, cuisse, genou, jambe, cheville ou pied.</i>					
NZQK002	Scanographie unilatérale ou bilatérale de segment du membre inférieur, sans injection de produit de contraste Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)	0 1	E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	60	2
NZQH001	Scanographie unilatérale ou bilatérale de segment du membre inférieur, avec injection de produit de contraste Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	61	2
NZQH005	Scanographie de la hanche et du membre inférieur pour conception intégrée par ordinateur d'une prothèse ostéoarticulaire sur mesure Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	E,Y,Z	25,27	66	2
NZQK004	Téléométrie des membres inférieurs par scanographie Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZQP004)	0 1	E,Y,Z	25,27	64	2
14.01.04	Remnographie [IRM] du membre inférieur <i>Par segment du membre inférieur, on entend : bassin, hanche, cuisse, genou, jambe, cheville ou pied.</i>					
NZQN001	Remnographie [IRM] unilatérale ou bilatérale de segment du membre inférieur, sans injection de produit de contraste <i>Facturation : quel que soit le nombre de séquences</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)	0 1	F,P,S,U	55,00	107	2
NZQJ001	Remnographie [IRM] unilatérale ou bilatérale de segment du membre inférieur, avec injection de produit de contraste <i>Facturation : quel que soit le nombre de séquences</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0 1	F,P,S,U	55,00	112	2
14.01.05	Bilan fonctionnel d'une articulation du membre inférieur					

NEQP002	Bilan fonctionnel de l'articulation coxofémorale, sous anesthésie générale ou locorégionale <i>À l'exclusion de : bilan fonctionnel de hanche instable non traumatique (NEQP001, NEQH001)</i> <i>Avec ou sans : confection d'un appareillage rigide d'immobilisation externe</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 0 4	X A	56,72 48,00	76 1 25 1
NEQP001	Bilan fonctionnel de hanche instable non traumatique avec confection d'un appareillage rigide d'immobilisation externe, sous anesthésie générale Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 0 4	X A	124,78 72,24	178 1 63 1
NEQH001	Bilan fonctionnel de hanche instable non traumatique avec arthrographie et confection d'un appareillage rigide d'immobilisation externe, sous anesthésie générale Coder éventuellement 1 : (YYYY420) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 0 4	X,Y,Z 4,A	153,85 86,53	150 1 80 1
NFQP001	Bilan fonctionnel de l'articulation du genou, sous anesthésie générale ou locorégionale <i>Avec ou sans : ponction articulaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 0 4	X 7,A	61,68 48,00	73 1 42 1
NFQP002	Bilan fonctionnel de l'articulation du genou avec confection d'un appareillage rigide d'immobilisation externe, sous anesthésie générale ou locorégionale <i>Avec ou sans : ponction articulaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 0 4	X 7,A	85,79 48,00	74 1 43 1
NGQP001	Bilan fonctionnel de l'articulation de la cheville, sous anesthésie générale ou locorégionale <i>Avec ou sans : confection d'un appareillage rigide d'immobilisation externe</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 0 4	X A	43,96 49,85	51 1 23 1

14.01.06 Ponction et biopsie d'un os et d'une articulation du membre inférieur

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NZHB002		0	1	O,T,X	28,81	53	2
NZHB002		0	1				
NZHH004		0	1	F,P,S,T,U,X	24,79	125	2
NZHH001		0	1	T,X	27,36	172	2
NZHB001		0	1	I,T,X	52,93	61	2
NAHB001		0	1	J,K,O,T	64,32	56	2
NAHB002		0	1	9,J,K,O,T	75,04	65	2
NZHH003		0	1	T	76,80	152	2
NZHH002		0	1	T	76,80	178	2
NZHA001		0 1 Y 0 4 Y		J,K,M,O,T,X 7,A,M,T	167,32 49,85	160 1 58 1	
NAHA002		0 1 Y 0 4 Y		9,I,J,K,M,T 7,A,M,T	170,87 51,32	183 1 64 1	
NAHA001		0 1 Y 0 4 Y		I,J,K,M,T 7,A,M,T	250,99 56,45	247 1 92 1	
NEHA001		0 1 Y 0 4 Y		9,J,K,M,T,X 4,7,A,M,T	221,92 78,07	215 1 78 1	
NEHA002		0 1 Y 0 4 Y		9,I,J,K,M,T 4,7,A,M	171,58 77,35	210 1 75 1	

14.01.07 Arthroscopie du membre inférieur à visée diagnostique

Avec ou sans : biopsie et/ou prélèvement

NEQC001	Exploration de l'articulation coxofémorale, par arthroscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	M,X 4,7,A,M	224,75 96,40	220 1 87 1
NFQC001	Exploration de l'articulation du genou, par arthroscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	M 7,A,M	125,40 69,28	150 1 53 1
NGQC001	Exploration de l'articulation de la cheville, par arthroscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,M 4,7,A,M	160,94 85,77	100 1 38 1

14.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES OS DU MEMBRE INFÉRIEUR

14.02.01 Actes thérapeutiques sur l'os coxal

14.02.01.01 Réduction orthopédique de fracture de l'os coxal

Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex

NAEP002	Réduction orthopédique extemporanée de fracture et/ou de luxation de la ceinture pelvienne [du bassin]	0 1	F,L,M,P,S,U,X	134,71	181	1		
		0 4	7,A,F,L,M,P,S,U	49,48	63	1		
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NAEP001	Réduction orthopédique progressive de fracture et/ou de luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], par traction continue ou suspension	0 1	9,F,I,L,M,P,S,U	112,73	318	1		
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012, ZZLP025)							
	14.02.01.02 Ostéosynthèse de l'os coxal	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NACB001	Ostéosynthèse de fracture ou de fracture-luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], à foyer fermé	0 1	Y		9,F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	211,99	223	1
		0 4	Y		4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	86,88	85	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NACA001	Ostéosynthèse unifocale de fracture ou de fracture-luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], à foyer ouvert	0 1	Y		9,F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	336,78	474	1
		0 4	Y		4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	134,82	131	1
	À l'exclusion de : ostéosynthèse de fracture de l'acétabulum (NACA005, NACA003, NACA004) Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NACA002	Ostéosynthèse plurifocale de fracture ou de fracture-luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], à foyer ouvert	0 1	Y		F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	397,04	704	1
		0 4	Y		4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	186,50	208	1
	À l'exclusion de : ostéosynthèse de fracture de l'acétabulum (NACA005, NACA003, NACA004) Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NACA005	Ostéosynthèse de fracture de l'acétabulum, par abord postérieur	0 1	Y		F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	383,57	519	1
		0 4	Y		4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	152,00	156	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NACA003	Ostéosynthèse de fracture de l'acétabulum, par abord antérieur	0 1	Y		F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	404,84	584	1
		0 4	Y		4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	186,38	178	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NACA004	Ostéosynthèse de fracture des colonnes antérieure et postérieure de l'acétabulum, par un ou deux abords	0 1	Y		9,F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	812,51	111	1
		0 4	Y		4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	300,71	347	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
	14.02.01.03 Ostéotomie de l'os coxal	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NAPA004	Ostéotomie supraacétabulaire de l'os coxal par une section	0 1	Y		I,J,K,M,T	440,29	475	1
		0 4	Y		4,7,A,M	141,74	132	1
	Ostéotomie pelvienne d'agrandissement selon Chiari Ostéotomie de réorientation de l'acétabulum selon Saiter Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NAPA003	Ostéotomie supraacétabulaire de l'os coxal par une section, avec ostéoplastie supraacétabulaire par butée	0 1	Y		9,J,K,M,O,T	497,01	589	1
		0 4	Y		4,7,A,M	187,51	171	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NAPA005	Ostéotomie supraacétabulaire de l'os coxal par une section, avec capsuloplastie	0 1	Y		9,J,K,M,O,T	511,19	630	1
		0 4	Y		4,7,A,M	195,58	185	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NAPA001	Ostéotomie supraacétabulaire de l'os coxal par une section, avec ostéotomie du fémur	0 1	Y		9,J,K,M,O,T	554,44	650	1
		0 4	Y		4,7,A,M	188,10	191	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NAPA007	Ostéotomie extraacétabulaire de l'os coxal par plusieurs sections	0 1	Y		9,I,J,K,M,T	484,96	598	1
		0 4	Y		4,7,A,M	154,94	173	1
	Double ostéotomie du bassin selon Sutherland Ostéotomie pelvienne triple selon Pol Le Coeur, selon Steel Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NAPA002	Ostéotomie extraacétabulaire de l'os coxal par plusieurs sections, avec capsuloplastie	0 1	Y		9,J,K,M,O,T	527,50	657	1
		0 4	Y		4,7,A,M	187,51	194	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NAPA008	Ostéotomie extraacétabulaire de l'os coxal par plusieurs sections, avec ostéotomie du fémur	0 1	Y		I,J,K,M,T	665,04	746	1
		0 4	Y		4,7,A,M	208,03	224	1
	Avec ou sans : capsuloplastie Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NAPA006	Ostéotomie périacétabulaire de l'os coxal	0 1	Y		J,K,M,O,T,X	606,90	704	1
		0 4	Y		4,7,A,M	173,26	208	1
	Ostéotomie du bassin selon Ganz, Wagner ou Carliz Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
	14.02.01.04 Excision de l'os coxal	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NAFA002	Exérèse partielle de l'os coxal sans interruption de la continuité, par abord direct	0 1	Y		9,J,K,M,O,T	203,48	208	1
		0 4	Y		4,7,A,M	96,77	90	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
NAGA003	Évidement de l'os coxal sans comblement, par abord direct	0 1	Y		J,K,M,O,T,X	211,28	201	1
		0 4	Y		4,7,A,M	90,54	87	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
NAGA002	Évidement de l'os coxal avec comblement, par abord direct	0 1	Y		9,J,K,M,O,T	258,79	232	1
		0 4	Y		4,7,A,M	115,28	102	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NAFA004	Résection partielle de l'aile iliaque ou du cadre obturateur n'interrompant pas la continuité de l'anneau pelvien	0 1	Y		9,I,J,K,M,T	286,44	270	1
		0 4	Y		4,7,A,M	138,19	116	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
NAFA006	Résection complète "en bloc" de l'aile iliaque ou du cadre obturateur interrompant la continuité de l'anneau pelvien	0 1	Y		9,I,J,K,M,T	514,73	559	1
		0 4	Y		4,7,A,M	249,15	223	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
NAFA003	Résection complète "en bloc" partielle ou totale d'un os coxal [hémibassin] emportant l'acétabulum	0 1	Y		9,J,K,M,T,X	1029,4	810	1
		0 4	Y		4,7,A,M	376,63	327	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
NAFA001	Résection "en bloc" de l'os coxal ou du fémur avec arthrectomie monobloc de hanche	0 1	Y		J,K,M,T,X	823,15	596	1
		0 4	Y		4,7,A,M	348,77	293	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
NAFA005	Prélèvement d'un os coxal [hémibassin], sur un sujet décédé	0 1				0,00	271	1
	14.02.01.05 Reconstruction de l'os coxal	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex

NAMA002 Reconstruction de l'os coxal [hémibassin] après résection de la zone acétabulaire, sans prothèse coxale	0 1 Y	9,J,K,T	606,90	698	1
	0 4 Y	4,7,A	348,02	275	1

Avec ou sans : prothèse totale de hanche

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

14.02.01.06 Ablation de matériel de l'os coxal

Facturation : les actes d'ablation de matériel sur un os ne peuvent pas être facturés avec les actes d'exérèse, ou de résection partielle d'un os, d'ostéophytes ou d'exostose sur le même os

NAGA001 Ablation de matériel d'ostéosynthèse de l'acétabulum ou de l'os coxal, par abord direct	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	200,65	266	1
	0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	97,87	83	1

Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

14.02.02 Actes thérapeutiques sur le fémur

14.02.02.01 Réduction orthopédique de fracture du fémur

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NBEP002 Réduction orthopédique extemporanée de fracture-décollement de l'épiphyse distale du fémur	0 1			F,L,M,P,S,U	167,20	180	1
	0 4			7,A,F,L,M,P,S,U	70,75	57	1

Facturation : lors de l'association d'une réduction de luxation et d'une réduction de fracture de l'épiphyse adjacente un seul acte peut être facturé

Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

NBEP001 Réduction orthopédique progressive de fracture du fémur, par traction continue collée	0 1 Y			F,L,M,P,S,U	167,20	148	1
---	-------	--	--	-------------	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY012, ZZLP030)

NBEB001 Réduction orthopédique progressive de fracture du fémur, par traction continue transosseuse	0 1 Y			F,L,M,P,S,U	167,20	270	1
---	-------	--	--	-------------	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY012, ZZLP030)

14.02.02.02 Ostéosynthèse du fémur

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NBCA012 Ostéosynthèse de fracture parcellaire de la tête du fémur, par arthrotomie	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	374,48	343	1
	0 4 Y			4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	186,38	119	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

NBCA005 Ostéosynthèse de fracture intracapsulaire du col [transcervicale] du fémur, de décollement épiphysaire ou d'épiphysiolyse de l'extrémité proximale du fémur	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	374,48	396	1
	0 4 Y			4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	186,38	103	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

NBCA010 Ostéosynthèse de fracture extracapsulaire du col du fémur	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	374,48	355	1
	0 4 Y			4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	186,38	116	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

NBCA008 Ostéosynthèse de fracture du grand trochanter	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	197,69	231	1
	0 4 Y			4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	155,89	99	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

NBCA004 Ostéosynthèse du grand trochanter pour pseudarthrose	0 1 Y			J,K,T	281,29	256	1
	0 4 Y			4,7,A	218,59	109	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

NBCA009 Ostéosynthèse de fractures homolatérales du col et de la diaphyse du fémur	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	499,88	636	1
	0 4 Y			4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	249,08	181	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

NBCA006 Ostéosynthèse de fracture infratrochantérienne ou trochantérodiaphysaire du fémur	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	374,48	417	1
	0 4 Y			4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	186,38	113	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

NBCB001 Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur par fixateur externe ou broche, à foyer fermé	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	281,29	355	1
	0 4 Y			4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	155,89	103	1

Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

NBCB002 Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur par matériel centromédullaire sans verrouillage distal, à foyer fermé	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	281,29	420	1
	0 4 Y			4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	155,89	115	1

Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

NBCB004 Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur par matériel centromédullaire avec verrouillage distal, à foyer fermé	0 1 Y			9,F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	322,60	496	1
	0 4 Y			4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	156,38	136	1

Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

NBCA007 Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur, à foyer ouvert	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	292,82	471	1
	0 4 Y			4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	162,61	127	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

NBCB006 Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité distale du fémur, à foyer fermé	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	374,48	293	1
	0 4 Y			4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	186,38	83	1

Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

NBCA014 Ostéosynthèse de fracture supracondyloire extraarticulaire du fémur, à foyer ouvert	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	374,48	443	1
	0 4 Y			4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	186,38	118	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

NBCA015 Ostéosynthèse de fracture simple supracondyloire et intercondyloire du fémur, à foyer ouvert	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	374,48	515	1
	0 4 Y			4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	186,38	141	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

NBCA003 Ostéosynthèse de fracture complexe supracondyloire et intercondyloire du fémur, à foyer ouvert	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	442,42	543	1
	0 4 Y			4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	190,44	151	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

NBCA013 Ostéosynthèse de fracture d'un condyle fémoral, à foyer ouvert	0 1 Y			F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	374,48	310	1
	0 4 Y			4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	186,38	102	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

NFDC001 Fixation de fragment ostéochondral intraarticulaire du genou, par arthroscopie	0 1 Y			F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	267,29	229	1
	0 4 Y			4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	110,70	93	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

NFDA009 Fixation de fragment ostéochondral intraarticulaire du genou, par arthrotomie	0 1 Y			F,J,K,M,O,P,S,T,U	216,95	234	1
	0 4 Y			4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	101,17	77	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

NBCB005 Ostéosynthèse préventive du fémur pour lésion ostéolytique, à foyer fermé	0 1 Y			J,K,M,T	281,29	417	1
	0 4 Y			4,7,A,M	155,89	115	1

Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

NBCA011 Ostéosynthèse préventive du fémur pour lésion ostéolytique, à foyer ouvert	0 1 Y			9,J,K,M,O,T	333,23	400	1
	0 4 Y			4,7,A,M	172,15	141	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)

14.02.02.03 Ostéotomie du fémur

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NBPA019 Ostéotomie intraarticulaire du col du fémur	0 1 Y			J,K,M,O,T,X	606,90	704	1
	0 4 Y			4,7,A,M	181,70	210	1

Ostéotomie du fémur selon Dunn

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

NBPA014	Ostéotomie du grand trochanter	0 1 Y	J,K,M,T	313,50	265	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	125,40	74	1
NBPA020	Ostéotomie intertrochantérienne ou infratrochantérienne du fémur	0 1 Y	J,K,M,T	313,50	455	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	150,90	129	1
NBPA013	Ostéotomie basicervicale du fémur	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	504,10	599	1
	<i>Ostéotomie du fémur selon Sujjoka</i>	0 4 Y	4,7,A,M	168,50	176	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBPA018	Ostéotomie unilatérale de valgisation-translation du col du fémur pour dysplasie congénitale	0 1 Y	9,J,K,T	392,79	493	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	153,10	136	1
NBPA006	Ostéotomie bilatérale de valgisation-translation du col du fémur pour dysplasie congénitale	0 1 Y	J,K,O,T	581,38	614	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	219,45	209	1
NBPA003	Ostéotomie simple unilatérale de la diaphyse du fémur	0 1 Y	J,K,O,T	321,18	437	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	144,31	127	1
NBPA002	Ostéotomie simple unilatérale de la diaphyse du fémur, avec arthrodèse du couple de torsion du pied [talocalcanéenne et médiotarsienne] et correction de vices architecturaux du pied	0 1 Y	9,J,K,O,T	508,35	747	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	203,65	230	1
NBPA007	Ostéotomie simple bilatérale de la diaphyse du fémur	0 1 Y	J,K,T	548,63	723	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	222,67	222	1
NBPA012	Ostéotomie simple bilatérale de la diaphyse du fémur, avec arthrodèse du couple de torsion du pied [talocalcanéenne et médiotarsienne] et correction de vices architecturaux du pied	0 1 Y	J,K,T	794,20	123	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	284,62	392	1
NBPA011	Ostéotomie complexe de la diaphyse du fémur	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	458,01	522	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	153,84	154	1
NBPA004	Ostéotomie simple unilatérale de la diaphyse du fémur et du tibia	0 1 Y	J,K,O,T	453,76	702	1
	<i>Avec ou sans : ostéotomie de la fibula</i>	0 4 Y	4,7,A	201,80	215	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBPA015	Ostéotomie simple unilatérale de la diaphyse du fémur et du tibia, avec arthrodèse du couple de torsion du pied [talocalcanéenne et médiotarsienne] et correction de vices architecturaux	0 1 Y	I,J,K,O,T	663,62	911	1
	<i>Avec ou sans : ostéotomie de la fibula</i>	0 4 Y	4,7,A	231,86	285	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBPA001	Ostéotomie simple bilatérale de la diaphyse du fémur et du tibia	0 1 Y	9,J,K,T	728,14	111	1
	<i>Avec ou sans : ostéotomie de la fibula</i>	0 4 Y	4,7,A	269,58	352	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBPA008	Ostéotomie simple bilatérale de la diaphyse du fémur et du tibia, avec arthrodèse du couple de torsion du pied [talocalcanéenne et médiotarsienne] et correction de vices architecturaux	0 1 Y	J,K,T	925,39	148	1
	<i>Avec ou sans : ostéotomie de la fibula</i>	0 4 Y	4,7,A	315,04	473	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBPA017	Ostéotomie simple de l'extrémité distale du fémur	0 1 Y	9,J,K,M,T	355,21	429	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	139,18	113	1
NBPA010	Ostéotomie complexe de l'extrémité distale du fémur	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	446,67	526	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	154,57	153	1
NBPA009	Ostéotomie de dérotation de l'extrémité distale du fémur ou de l'extrémité proximale du tibia, avec abord vasculaire ou nerveux préalable	0 1 Y	I,J,K,M,T	455,89	519	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	163,92	151	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
	14.02.02.04 Excision du fémur					
NBFA001	Exérèse partielle du fémur sans interruption de la continuité, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,M,O,T	174,41	236	1
		0 4 Y	4,7,A,M	77,34	65	1
NBGA002	Évidement du fémur sans comblement, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T,X	194,98	284	1
	<i>À l'exclusion de : évidement</i>	0 4 Y	4,7,A,M	79,91	83	1
	<i>- de l'extrémité proximale du fémur en présence d'un cartilage épiphysaire actif sans comblement, par abord direct (NBGA003)</i>					
	<i>- de l'extrémité distale du fémur et/ou de l'extrémité proximale du tibia en présence d'un cartilage épiphysaire actif sans comblement, par abord direct (NBGA004)</i>					
	Coder éventuellement 14 : (ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBGA006	Évidement du fémur avec comblement, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,M,T	241,77	304	1
	<i>À l'exclusion de : évidement</i>	0 4 Y	4,7,A,M	97,68	90	1
	<i>- de l'extrémité proximale du fémur en présence d'un cartilage épiphysaire actif avec comblement, par abord direct (NBGA005)</i>					
	<i>- de l'extrémité distale du fémur et/ou de l'extrémité proximale du tibia en présence d'un cartilage épiphysaire actif avec comblement, par abord direct (NBGA001)</i>					
	Coder éventuellement 14 : (PAFA004, PAFA010, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBGA003	Évidement de l'extrémité proximale du fémur en présence d'un cartilage épiphysaire actif sans comblement, par abord direct	0 1 Y	I,J,K,M,T,X	307,71	395	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	93,84	116	1
NBGA005	Évidement de l'extrémité proximale du fémur en présence d'un cartilage épiphysaire actif avec comblement, par abord direct	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	347,41	459	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA004, PAFA010, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	116,38	136	1
NBGA004	Évidement de l'extrémité distale du fémur et/ou de l'extrémité proximale du tibia en présence d'un cartilage épiphysaire actif sans comblement, par abord direct	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	250,28	315	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	103,55	100	1
NBGA001	Évidement de l'extrémité distale du fémur et/ou de l'extrémité proximale du tibia en présence d'un cartilage épiphysaire actif avec comblement, par abord direct	0 1 Y	I,J,K,M,T	299,91	376	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA004, PAFA010, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	111,99	118	1

NBFA003	Résection partielle d'une extrémité et/ou de la diaphyse du fémur sans interruption de la continuité osseuse	0 1 Y	9,J,K,M,T	246,73	346	1
		0 4 Y	4,7,A,M	100,37	102	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBFA004	Résection de la tête et du col du fémur sans interposition capsulaire ou aponévrotique	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	205,61	323	1
	<i>Avec ou sans : ostéotomie du fémur</i>	0 4 Y	4,7,A,M	92,01	95	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBFA008	Résection de la tête et du col du fémur avec interposition capsulaire et/ou aponévrotique	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	403,42	448	1
		0 4 Y	4,7,A,M	137,73	132	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBFA002	Résection segmentaire du fémur avec ostéosynthèse, pour pseudarthrose congénitale	0 1 Y	J,K,M,O,T	476,45	489	1
		0 4 Y	4,7,A,M	188,10	144	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBFA006	Résection segmentaire du fémur avec ostéosynthèse et transfert axial progressif d'un fragment osseux, pour pseudarthrose congénitale	0 1 Y	J,K,M,O,T	493,46	599	1
		0 4 Y	4,7,A,M	188,10	178	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBFA007	Résection "en bloc" d'une extrémité et/ou de la diaphyse du fémur	0 1 Y	I,J,K,M,T,X	411,93	459	1
		0 4 Y	4,7,A,M	164,58	151	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBFA807	Acte CCAM descriptif sans code père					
	Descriptif : NBFA807-01 Résection "en bloc" de la totalité du fémur					
14.02.02.05 Reconstruction du fémur						
NBMA003	Reconstruction du fémur par greffe ou matériau inerte non prothétique, après résection partielle d'une extrémité et/ou de la diaphyse	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	J,K,M,T	313,50	265	1
		0 4 Y	4,7,A,M	163,73	93	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA004, PAFA009, PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBMA001	Reconstruction du fémur par greffe ou matériau inerte non prothétique, après résection "en bloc" d'une extrémité et/ou de la diaphyse	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	504,10	498	1
		0 4 Y	4,7,A,M	197,46	162	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA004, PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBMA811	Acte CCAM descriptif sans code père					
	Descriptif : NBMA811-01 Reconstruction du fémur par prothèse, après résection "en bloc" de la totalité du fémur					
14.02.02.06 Épiphysiodèse et désépiphysiodèse du fémur et du tibia						
NBDA004	Épiphysiodèse au genou, par un abord direct	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	170,16	195	1
	<i>Indication : déviation axiale du genou</i>	0 4 Y	4,7,A,M	80,27	65	1
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBDA002	Épiphysiodèse temporaire du genou, par 2 abords	0 1	J,K,M	161,64	220	±
		0 4	7,A,M	94,02	70	±
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBDA003	Épiphysiodèse temporaire du genou, par 3 abords ou plus	0 1	J,K,M	171,92	250	±
		0 4	7,A,M	102,46	80	±
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBDA013	Épiphysiodèse au genou, par plusieurs abords directs	0 1 Y	9,I,J,K,T	192,14	218	1
	<i>Indication : - épiphysiodèse temporaire : déformation axiale du genou, inégalité de longueur évolutive des membres inférieurs de 2,5 cm et plus</i>	0 4 Y	4,7,A	95,85	70	1
	<i>- épiphysiodèse définitive : inégalité de longueur évolutive des membres inférieurs de 2,5 cm et plus</i>					
	<i>Formation : nécessité d'une formation en orthopédie pédiatrique en plus de la formation en chirurgie orthopédique</i>					
	<i>Environnement : bloc opératoire standard de chirurgie orthopédique, réalisation de l'acte après concertation médicochirurgicale ; nécessité d'un suivi régulier jusqu'à maturation osseuse</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBGA009	Désépiphysiodèse périphérique au fémur ou au tibia	0 1	J,K,M	300,02	326	±
		0 4	7,A,M	134,99	102	±
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBGA008	Désépiphysiodèse centrale au fémur ou au tibia	0 1	J,K,M	322,64	476	±
		0 4	7,A,M	152,37	142	±
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBGA015	Désépiphysiodèse au fémur ou au tibia	0 1 Y	I,J,K,O,T	354,50	365	1
	<i>Indication : épiphysiodèse du genou avec déformation axiale du genou et/ou inégalité de longueur évolutive des membres inférieurs sans possibilité de correction spontanée chez un enfant présentant au moins 2 ans de croissance résiduelle</i>	0 4 Y	4,7,A	138,81	115	1
	<i>Formation : nécessité d'une formation en orthopédie pédiatrique en plus de la formation en chirurgie orthopédique</i>					
	<i>Environnement : bloc opératoire standard de chirurgie orthopédique ; nécessité d'un suivi régulier jusqu'à maturation osseuse</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBGA010	Désépiphysiodèse centrale ou périphérique au fémur ou au tibia, avec ostéotomie	0 1 Y	J,K,M,T	333,16	551	1
		0 4 Y	4,7,A,M	158,60	168	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
14.02.02.07 Autres actes thérapeutiques sur le fémur						
	<i>Facturation : les actes d'ablation de matériel sur un os ne peuvent pas être facturés avec les actes d'exérèse, ou de résection partielle d'un os, d'ostéophytes ou d'exostose sur le même os</i>					
NBGA007	Ablation de matériel d'ostéosynthèse du fémur, par abord direct	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	104,22	143	1
		0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	59,02	57	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBPA016	Décortication du fémur pour pseudarthrose	0 1 Y	J,K,M,T	406,69	208	1
		0 4 Y	4,7,A,M	218,59	93	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBPA005	Décortication du fémur avec ostéosynthèse pour pseudarthrose	0 1 Y	J,K,M,T	406,69	322	1
		0 4 Y	4,7,A,M	218,59	141	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBCB003	Perforation, forage, ou injection intraosseuse au niveau de la tête du fémur, par voie transcutanée	0 1 Y	9,I,J,K,T	164,49	230	1
		0 4 Y	4,7,A,T	81,01	74	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
14.02.03 Actes thérapeutiques sur la patelle [rotule]						
NBCA002	Ostéosynthèse de fracture simple de la patelle, à foyer ouvert	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	140,38	157	1
		0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	103,71	79	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBCA001	Ostéosynthèse de fracture complexe de la patelle, à foyer ouvert	0 1 Y	F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	194,98	206	1
		0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	117,28	102	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

NCCA005	Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de la malléole médiale [tibiale], à foyer ouvert	0 1 Y F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	182,21	272	1
		0 4 Y 4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	90,48	80	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
NCCA008	Ostéosynthèse de fracture simple du pilon tibial, à foyer ouvert	0 1 Y F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	267,29	443	1
		0 4 Y 4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	109,90	127	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
NCCA013	Ostéosynthèse de fracture complexe du pilon tibial par fixateur externe	0 1 Y 9,F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	251,70	392	1
		0 4 Y 4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	102,20	110	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
NCCA004	Ostéosynthèse de fracture complexe du pilon tibial, à foyer ouvert	0 1 Y F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	323,30	508	1
	<i>À l'exclusion de : ostéosynthèse de fracture complexe du pilon tibial par fixateur externe (NCCA013)</i>				
		0 4 Y 4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	143,99	150	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
NCCA015	Ostéosynthèse de fracture triplane de l'extrémité distale du tibia, à foyer ouvert	0 1 Y F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	260,91	357	1
		0 4 Y 4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	123,82	109	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
NCCA012	Ostéosynthèse de fracture de l'extrémité distale de la fibula, à foyer ouvert	0 1 Y F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	160,23	212	1
		0 4 Y 4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	79,91	80	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
NCCA016	Ostéosynthèse de fracture bimalléolaire simple, à foyer ouvert	0 1 Y F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	199,23	248	1
		0 4 Y 4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	110,61	94	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
NCCA017	Ostéosynthèse de fracture bimalléolaire complexe, à foyer ouvert	0 1 Y F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	260,91	343	1
	<i>À l'exclusion de : ostéosynthèse de fracture de l'extrémité distale des 2 os de la jambe par fixateur externe (NCCA001)</i>				
	<i>Avec ou sans : ostéosynthèse de fragment marginal postérieur</i>				
		0 4 Y 4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	122,71	127	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
NCCB003	Ostéosynthèse préventive d'un os ou des 2 os de la jambe pour lésion ostéolytique, à foyer fermé	0 1 Y F,J,K,M,O,P,S,T,U	211,99	239	1
		0 4 Y 4,7,A,F,M,O,P,S,U	118,31	89	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
NCCA009	Ostéosynthèse préventive d'un os ou des 2 os de la jambe pour lésion ostéolytique, à foyer ouvert	0 1 Y F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	257,37	324	1
		0 4 Y 4,7,A,F,M,O,P,S,U	115,38	113	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)				

14.02.04.03 Ostéotomie des os de la jambe

Avec ou sans : patelloplastie modelante ostéochondrale

NCPA001	Ostéotomie de la tubérosité du tibia [tubérosité tibiale antérieure] ou mobilisation du ligament patellaire [tendon rotulien] pour recentrage de la patelle, par arthrotomie	0 1 Y J,K,M,T	250,80	243	1
		0 4 Y 4,7,A,M	125,40	84	1
	<i>Avec ou sans : section du rétinaculum patellaire latéral [aileron rotulien externe]</i>				
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
NCPA002	Ostéotomie de la tubérosité du tibia [tubérosité tibiale antérieure] ou mobilisation du ligament patellaire [tendon rotulien] avec capsulo-myo-ténoplastie pour recentrage de la patelle, par arthrotomie	0 1 Y J,K,M,T	250,80	256	1
		0 4 Y 4,7,A,M	125,40	90	1
	<i>Avec ou sans : section du rétinaculum patellaire latéral [aileron rotulien externe]</i>				
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
NCPA003	Ostéotomie de la tubérosité du tibia [tubérosité tibiale antérieure] ou mobilisation du ligament patellaire [tendon rotulien] avec ostéotomie de la surface patellaire [trochlée] du fémur pour recentrage de la patelle, par arthrotomie	0 1 Y 9,J,K,M,T	334,65	347	1
		0 4 Y 4,7,A,M	125,40	118	1
	<i>Avec ou sans :</i>				
	<i>- section du rétinaculum patellaire latéral [aileron rotulien externe]</i>				
	<i>- capsulo-myo-ténoplastie</i>				
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
NCPA015	Ostéotomie simple de l'extrémité proximale du tibia	0 1 Y J,K,M,O,T	314,80	362	1
		0 4 Y 4,7,A,M	139,80	104	1
	<i>Avec ou sans : ostéotomie de la fibula</i>				
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
NCPA005	Ostéotomie simple de l'extrémité proximale du tibia avec reconstruction du ligament croisé antérieur	0 1 Y 9,J,K,M,T	477,87	581	1
		0 4 Y 4,7,A,M	198,55	168	1
	<i>Avec ou sans : ostéotomie de la fibula</i>				
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
NCPA014	Ostéotomie complexe de l'extrémité proximale du tibia	0 1 Y I,J,K,M,O,T	418,31	505	1
		0 4 Y 4,7,A,M	148,52	142	1
	<i>Avec ou sans : ostéotomie de la fibula</i>				
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
NCPA013	Ostéotomie simple unilatérale de la diaphyse du tibia	0 1 Y J,K,T	292,60	393	1
		0 4 Y 4,7,A	139,80	102	1
	<i>Avec ou sans : ostéotomie de la fibula</i>				
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
NCPA004	Ostéotomie simple unilatérale de la diaphyse du tibia, avec arthrodèse du couple de torsion du pied [talocalcanéenne et médiotarsienne] et correction de vices architecturaux	0 1 Y I,J,K,T	483,54	699	1
		0 4 Y 4,7,A	167,73	204	1
	<i>Avec ou sans : ostéotomie de la fibula</i>				
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
NCPA011	Ostéotomie simple bilatérale de la diaphyse du tibia	0 1 Y J,K,T	438,90	606	1
		0 4 Y 4,7,A	219,45	174	1
	<i>Avec ou sans : ostéotomie de la fibula</i>				
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
NCPA012	Ostéotomie simple bilatérale de la diaphyse du tibia, avec arthrodèse du couple de torsion du pied [talocalcanéenne et médiotarsienne] et correction de vices architecturaux	0 1 Y J,K,O,T,X	863,56	117	1
		0 4 Y 4,7,A	243,56	360	2
	<i>Avec ou sans : ostéotomie de la fibula</i>				
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				
NCPA016	Ostéotomie complexe de la diaphyse du tibia	0 1 Y 9,J,K,M,T	387,11	464	1
		0 4 Y 4,7,A,M	139,80	124	1
	<i>Avec ou sans : ostéotomie de la fibula</i>				
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)				

NCPA009 Ostéotomie supramalléolaire du tibia <i>Avec ou sans : ostéotomie de la fibula</i> Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,M,T	292,60	337	1
	0 4 Y	4,7,A,M	142,66	105	1
NCPA006 Ostéotomie supramalléolaire du tibia ou de l'arrière-pied, avec allongement et/ou transfert de tendon <i>Avec ou sans : ostéotomie de la fibula</i> Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,M,O,T	365,84	478	1
	0 4 Y	4,7,A,M	182,02	141	1
NCPA007 Ostéotomie de la fibula Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,M,T	167,20	162	1
	0 4 Y	7,A,M	74,77	35	1
14.02.04.04 Excision des os de la jambe					
NCFA006 Exérèse partielle du tibia et/ou de la fibula sans interruption de la continuité, par abord unique <i>À l'exclusion de : exérèse d'exostose intertibiobulaire proximale, par abord direct (NCFA003)</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	0 1 Y	J,K,M,T	188,10	189	1
	0 4 Y	4,7,A,M	79,84	54	1
NCFA002 Exérèse partielle du tibia et/ou de la fibula sans interruption de la continuité, par abords multiples <i>À l'exclusion de : exérèse d'exostose intertibiobulaire proximale (NCFA003)</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,M,T	250,80	333	1
	0 4 Y	4,7,A,M	103,01	93	1
NCFA003 Exérèse d'exostose intertibiobulaire proximale, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	322,60	397	1
	0 4 Y	4,7,A,M	95,67	104	1
NCGA001 Évidement du tibia et/ou de la fibula sans comblement, par abord direct Coder éventuellement 14 : (ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	192,14	251	1
	0 4 Y	4,7,A,M	78,44	71	1
NCGA002 Évidement du tibia et/ou de la fibula avec comblement, par abord direct Coder éventuellement 14 : (PAFA010, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,M,T	250,80	315	1
	0 4 Y	4,7,A,M	99,16	93	1
NCFA005 Résection partielle d'une extrémité et/ou de la diaphyse du tibia sans interruption de la continuité osseuse Coder éventuellement 14 : (ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	246,73	333	1
	0 4 Y	4,7,A,M	91,64	102	1
NCFA004 Résection segmentaire du tibia et/ou de la fibula avec ostéosynthèse, pour pseudarthrose congénitale Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	462,98	517	1
	0 4 Y	4,7,A,M	138,09	144	1
NCFA007 Résection segmentaire du tibia et/ou de la fibula avec ostéosynthèse et transfert axial progressif d'un fragment osseux, pour pseudarthrose congénitale Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	454,47	520	1
	0 4 Y	4,7,A,M	138,83	144	1
NCFA008 Résection "en bloc" d'une extrémité et/ou de la diaphyse du tibia Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	391,37	410	1
	0 4 Y	4,7,A,M	172,63	145	1
NCFA009 Résection "en bloc" d'une extrémité et/ou de la diaphyse de la fibula Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,M,T	197,69	272	1
	0 4 Y	4,7,A,M	131,20	100	1
NCFA001 Résection "en bloc" de l'extrémité proximale des 2 os de la jambe Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	476,45	470	1
	0 4 Y	4,7,A,M	190,61	167	1
14.02.04.05 Reconstruction des os de la jambe					
NCMA002 Reconstruction du tibia par greffe ou matériau inerte non prothétique, après résection partielle d'une extrémité et/ou de la diaphyse Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	226,17	262	1
	0 4 Y	4,7,A,M	125,36	84	1
NCMA001 Reconstruction du tibia par greffe ou matériau inerte non prothétique, après résection "en bloc" d'une extrémité et/ou de la diaphyse Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,M,T	452,34	498	1
	0 4 Y	4,7,A,M	164,58	154	1
14.02.04.06 Autres actes thérapeutiques sur les os de la jambe					
NCPA010 Décortication de la diaphyse du tibia et/ou de la fibula pour pseudarthrose Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	0 1 Y	J,K,M,T	281,29	170	1
	0 4 Y	4,7,A,M	140,22	74	1
NCPA008 Décortication de la diaphyse du tibia et/ou de la fibula avec ostéosynthèse, pour pseudarthrose Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,M,T	343,99	321	1
	0 4 Y	4,7,A,M	138,49	113	1
NCEA001 Greffe osseuse intertibiobulaire, par abord direct <i>Avec ou sans : ostéosynthèse des os de la jambe</i> Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,J,K,M,T	322,60	279	1
	0 4 Y	4,7,A,M	132,05	122	1
14.02.05 Actes thérapeutiques sur les os du tarse <i>Comprend : actes thérapeutiques sur les os de l'arrière-pied : - talus - calcaneus actes thérapeutiques sur les os du médiopied : - os naviculaire - os cunéiformes - os cuboïde</i>					
14.02.05.01 Ostéosynthèse de fracture du tarse					
NDCB001 Ostéosynthèse de fracture du talus ou des os du médiopied, à foyer fermé Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	170,16	241	1
	0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	116,54	81	1
NDDC001 Fixation de fragment ostéocondral de la trochlée du talus, par arthroscopie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	235,39	229	1
	0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	112,17	101	1
NDDA001 Fixation de fragment ostéocondral de la trochlée du talus, par arthrotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	214,12	192	1
	0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	129,67	86	1

NDCA005	Ostéosynthèse de fracture du corps ou du col du talus, à foyer ouvert	0 1 Y	9,F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	231,13	220	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	135,54	101	1
NDCB004	Ostéosynthèse de fracture du calcaneus, à foyer fermé	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	197,69	241	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	123,43	82	1
NDCA001	Ostéosynthèse de fracture simple ou de fracture-luxation du calcaneus, à foyer ouvert	0 1 Y	9,F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	236,10	246	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	138,83	109	1
NDCA004	Ostéosynthèse de fracture complexe du calcaneus, à foyer ouvert	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	328,98	386	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	172,92	177	1
NDCA006	Ostéosynthèse de fracture des os du médiopied, à foyer ouvert	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	187,18	199	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	107,40	90	1

14.02.05.02 Ostéotomie du tarse

À l'exclusion de :

- ostéotomie extraarticulaire de l'arrière-pied ou du médiopied (NDFFA010)
- ostéotomie de l'arrière-pied, avec ostéotomie supramalléolaire (NDFFA008, NDFFA009)

NDPA010	Ostéotomie tibiotalienne intraarticulaire	0 1 Y	9,J,K,M,T	280,76	396	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	125,40	104	1
NDPA003	Ostéotomie du calcaneus ou du talus	0 1 Y	9,J,K,M,T	268,71	341	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	102,55	95	1
NDPA006	Ostéotomie du calcaneus avec désinsertion des muscles de la plante du pied	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	283,60	390	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	89,44	102	1
NDPA012	Ostéotomie de l'os cunéiforme médial, avec libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil	0 1 Y	J,K,M,T	188,10	207	1
	Avec ou sans : - transfert tendineux - résection d'exostose	0 4 Y	4,7,A,M	80,09	61	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NDPA007	Ostéotomie de l'os cunéiforme médial et du premier métatarsien, avec libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil	0 1 Y	J,K,M,O,T	189,30	234	1
	Avec ou sans : - transfert tendineux - résection d'exostose	0 4 Y	4,7,A,M	83,02	71	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NDPA005	Ostéotomie de l'os cunéiforme médial, du métatarsien et de la phalange proximale du premier rayon du pied, avec libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	226,88	269	1
	Avec ou sans : - transfert tendineux - résection d'exostose	0 4 Y	4,7,A,M	89,99	85	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

14.02.05.03 Exérèse osseuse du tarse

NDFA001	Talectomie avec arthrodèse tibiotarsienne	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,M,T,X	405,55	578	1
		0 4 Y	4,7,A,M	158,53	168	1
NDFA003	Talectomie avec création de néarthrose tibiopédieuse	0 1 Y	I,J,K,M,T,X	280,76	338	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	107,40	98	1
NDFA004	Résection de synostose de l'arrière-pied ou du médiopied, par abord direct	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	212,70	254	1
	Avec ou sans : interposition de matériau inerte ou vivant	0 4 Y	4,7,A,M	93,10	76	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NDFA008	Tarsectomie postérieure ou ostéotomie de l'arrière-pied, avec ostéotomie supramalléolaire	0 1 Y	J,K,M,O,T	380,02	502	1
	Avec ou sans : ostéotomie de la fibula	0 4 Y	4,7,A,M	190,81	142	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NDFA009	Tarsectomie postérieure ou ostéotomie de l'arrière-pied, avec ostéotomie supramalléolaire, avec allongement et/ou transfert de tendon	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	454,47	585	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	204,73	170	1
NDFA010	Tarsectomie antérieure ou ostéotomie extraarticulaire de l'arrière-pied ou du médiopied	0 1 Y	I,J,K,M,T	285,02	347	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	108,04	98	1

14.02.06 Actes thérapeutiques sur les os de l'avant-pied

Comprend : actes thérapeutiques sur les :

- os métatarsiens
- phalanges des orteils

14.02.06.01 Réduction orthopédique de fracture de l'avant-pied

NDEP001	Réduction orthopédique de fracture et/ou de luxation de l'avant-pied	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,I,L,M,O,P,S,U	71,61	116	1
		0 4	7,A,F,L,M,P,S,U	65,61	42	1

14.02.06.02 Ostéosynthèse de l'avant-pied

NDCB003	Ostéosynthèse de fracture d'un métatarsien ou d'une phalange d'orteil, à foyer fermé	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,I,L,M,O,P,S,T,U	74,45	179	1
		0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	83,57	57	1
NDCA002	Ostéosynthèse de fracture d'un métatarsien ou d'une phalange d'orteil, à foyer ouvert	0 1 Y	F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	92,17	189	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,L,M,O,P,S,U	69,28	64	1
NDCB002	Ostéosynthèse de fractures de plusieurs os de l'avant-pied, à foyer fermé	0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	96,42	230	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	81,56	64	1

NDCA003	Ostéosynthèse de fractures de plusieurs os de l'avant-pied, à foyer ouvert	0 1 Y	F,I,J,K,L,M,O,P,S,T,U	142,51	256	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	83,76	85	1

14.02.06.03 Ostéotomie de l'avant-pied

Avec ou sans :

- transfert ou allongement de tendon
- résection d'exostose

NDPA001	Ostéotomie du premier métatarsien	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	160,94	228	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,M	71,11	68	1
NDPA008	Ostéotomie du premier métatarsien, avec libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil	0 1 Y	9,J,K,M,T	187,18	257	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	91,09	88	1
NDPA011	Ostéotomie du métatarsien et de la phalange proximale du premier rayon du pied, avec libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil	0 1 Y	J,K,M,T	209,00	267	1
	Avec ou sans : résection arthroplastique	0 4 Y	4,7,A,M	105,32	92	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NDPA002	Ostéotomie du métatarsien et de la phalange proximale du premier rayon du pied, avec libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil et ostéotomie d'un métatarsien latéral	0 1 Y	J,K,M,T	250,80	305	1
	Avec ou sans :	0 4 Y	4,7,A,M	128,50	105	1
	- résection arthroplastique					
	- arthrodèse interphalangienne					
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NDPA013	Ostéotomie du métatarsien et de la phalange proximale du premier rayon du pied, avec libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil et ostéotomie de plusieurs métatarsiens latéraux	0 1 Y	J,K,M,T	292,60	315	1
	Avec ou sans :	0 4 Y	4,7,A,M	154,63	105	1
	- résection arthroplastique					
	- arthrodèse interphalangienne					
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NDPA009	Ostéotomie de la phalange proximale et libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil	0 1 Y	J,K,M,T	167,20	222	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	83,39	83	1
NDPA004	Ostéotomie d'un métatarsien latéral ou d'une phalange d'orteil, sur un rayon du pied	0 1 Y	9,J,K,M,T	111,31	183	1
	Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,M	68,91	68	1
NDPA014	Ostéotomie d'un métatarsien latéral, avec libération de l'articulation métatarsophalangienne	0 1 Y	J,K,M,T	167,20	222	1
	Avec ou sans :	0 4 Y	4,7,A,M	83,39	83	1
	- résection arthroplastique					
	- arthrodèse interphalangienne					
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

14.02.06.04 Reconstruction osseuse de l'avant-pied

NDMA001	Reconstruction osseuse du métatarse ou des orteils par greffe ou matériau inerte non prothétique, après résection segmentaire	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,M,T	265,17	333	1
		0 4 Y	4,7,A,M	127,01	102	1

14.02.07 Autres actes thérapeutiques sur les os du membre inférieur

14.02.07.01 Allongement osseux au membre inférieur

Facturation : l'allongement bilatéral des membres inférieurs ne peut être facturé que dans les cas d'achondroplasie et de nanisme

NBAA006	Allongement osseux extemporané du fémur, avec autogreffe osseuse	0 1 Y	9,J,K,O,T	412,64	513	1
	Indication : inégalité de longueur des membres inférieurs de moins de 4 cm avec handicap fonctionnel	0 4 Y	4,7,A	175,54	180	1
	Formation : chirurgien compétent en chirurgie orthopédique, et/ou chirurgie infantile					
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBAA002	Allongement osseux extemporané du fémur ou du tibia, avec autogreffe osseuse	0 1	J,K,M	377,72	513	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	7,A,M	171,12	180	1
NDAA001	Allongement osseux extemporané à l'avant-pied, avec autogreffe osseuse	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	309,12	400	1
	Indication : métatarsien ou phalange proximale court d'origine congénitale entraînant un handicap fonctionnel	0 4 Y	4,7,A,M	125,40	150	1
	Formation : chirurgien compétent en chirurgie orthopédique, et/ou chirurgie infantile					
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBAA003	Allongement osseux progressif du fémur ou du tibia par système interne, sans allongement tendineux	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	406,97	496	1
	Indication : inégalité de longueur des membres inférieurs existante ou prévisionnelle de 3 cm et plus	0 4 Y	4,7,A,M	161,17	174	1
	Formation : chirurgien compétent en chirurgie orthopédique et/ou chirurgie infantile					
	Environnement : centre spécialisé ; équipe entraînée					
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NBAA001	Allongement osseux progressif du fémur ou du tibia par système interne, avec allongement tendineux	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	444,54	579	1
	Indication : inégalité de longueur des membres inférieurs responsable d'un handicap fonctionnel	0 4 Y	4,7,A,M	193,22	202	1
	Formation : chirurgien compétent en chirurgie orthopédique et/ou chirurgie infantile					
	Environnement : centre spécialisé ; équipe entraînée					
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

NBAA005	Allongement osseux progressif du fémur ou du tibia par système externe, sans allongement tendineux	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	423,98	479	1
		0 4 Y	4,7,A,M	155,67	139	1
<i>Indication : inégalité de longueur des membres inférieurs en cas d' inégalité existante ou prévisionnelle de 3 cm ou plus</i>						
<i>Formation : chirurgien compétent en chirurgie orthopédique et/ou chirurgie infantile</i>						
<i>Environnement : centre spécialisé ; équipe entraînée</i>						
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
NBAA004	Allongement osseux progressif du fémur ou du tibia par système externe, avec allongement tendineux	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	449,51	568	1
		0 4 Y	4,7,A,M	156,04	174	1
<i>Indication : inégalité de longueur des membres inférieurs en cas d' inégalité existante ou prévisionnelle de 3 cm ou plus</i>						
<i>Formation : chirurgien compétent en chirurgie orthopédique et/ou chirurgie infantile</i>						
<i>Environnement : centre spécialisé ; équipe entraînée</i>						
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
NDAA002	Allongement osseux progressif au pied, par système externe	0 1 Y	I,J,K,M,T	345,28	428	1
		0 4 Y	4,7,A,M	149,44	121	1
<i>Indication : métatarsien court d'origine congénitale entraînant un handicap fonctionnel</i>						
<i>Formation : chirurgien compétent en chirurgie orthopédique, chirurgie infantile</i>						
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
14.02.07.02 Exérèse osseuse du pied						
NDFA005	Résection d'une exostose infra-unguéale d'un orteil	0 1 Y	J,K,M,T,X	76,57	89	1
		0 4 Y	7,A,M	59,39	35	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NDFA002	Exérèse partielle d'os du pied sans interruption de la continuité, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,M,T,X	129,75	152	1
		0 4 Y	7,A,M	72,22	51	1
<i>À l'exclusion de : exérèse d'exostose infra-unguéale d'un orteil (NDFA005)</i>						
<i>Exérèse du tubercule des péroniers, d'os sumuméraire du pied, du tarse bossu, de maladie de Haglund</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NDGA001	Évidement d'un os du pied sans comblement, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,O,T	113,44	180	1
		0 4 Y	7,A,M	72,94	52	1
Coder éventuellement 14 : (ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
NDGA002	Évidement d'un os du pied avec comblement, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	188,10	195	1
		0 4 Y	4,7,A,M	85,59	58	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
NDFA006	Résection "en bloc" d'un ou plusieurs os du tarse et/ou du métatarse	0 1 Y	9,J,K,M,T	213,41	269	1
		0 4 Y	4,7,A,M	112,90	85	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
14.02.07.03 Autres actes thérapeutiques sur les os du pied						
NDGA003	Ablation de matériel d'ostéosynthèse du pied, à foyer ouvert	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	82,95	126	1
		0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	49,48	50	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
14.02.07.04 Immobilisation initiale de fracture du membre inférieur sans réduction						
<i>À l'exclusion de : immobilisation provisoire d'une fracture, préalable à un traitement sanglant</i>						
<i>- réfection d'appareillage rigide d'immobilisation du membre inférieur (14.05.01)</i>						
<i>Par appareil d'immobilisation, on entend : appareil d'immobilisation externe non amovible et ne permettant pas de réglage</i>						
NZMP008	Confection d'un appareil rigide pelvicrural [pelvijambier] ou pelvipédieux pour immobilisation initiale de fracture du membre inférieur, sans réduction	0 1	F,M,O,P,S,U	68,06	93	1
		<i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i>				
NZMP006	Confection d'un appareil rigide fémorocrural [fémorojambier] ou fémoropédieux pour immobilisation initiale de fracture du membre inférieur, sans réduction	0 1	F,M,O,P,S,U	42,54	69	1
		<i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i>				
NZMP014	Confection d'un appareil rigide cruropédieux [jambopédieux] pour immobilisation initiale de fracture du membre inférieur, sans réduction	0 1	F,I,M,P,S,U	31,20	69	1
		<i>Confection d'une botte plâtrée pour fracture du membre inférieur, sans réduction</i>				
14.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES ARTICULATIONS DU MEMBRE INFÉRIEUR						
14.03.01 Actes thérapeutiques sur les articulations de la ceinture pelvienne [du bassin]						
14.03.01.01 Évacuation de collection articulaire de la ceinture pelvienne [du bassin]						
NEJA003	Évacuation de collection ou synovectomie de l'articulation sacro-iliaque, par arthrotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	199,23	182	1
		0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	94,94	75	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
14.03.01.02 Arthrodèse et arthrorise de la ceinture pelvienne [du bassin]						
NEDB454	Arthrodèse de l'articulation sacro-iliaque par voie transpariétale, avec guidage radiologique	0 1	J,K,T		0	1
		0 4	7,A		0	1
<i>Indication :</i>						
<i>les indications doivent être conformes aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</i>						
<i>Environnement : les conditions d'exécution doivent être conformes aux conditions d'utilisation figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale</i>						
<i>Facturation : le tarif prend en compte le guidage radiologique</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001)						
NEDA003	Arthrodèse de l'articulation sacro-iliaque, par arthrotomie	0 1 Y	9,F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	328,98	270	1
		0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	97,80	103	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
14.03.01.03 Résection d'articulation de la ceinture pelvienne [du bassin]						
NEFA002	Résection étendue de l'articulation sacro-iliaque	0 1 Y	I,J,K,M,T,X	1029,4	887	1
		<i>Résection emportant au minimum le tiers latéral du sacrum et le quart postérieur de l'aile de l'ilium</i>				
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NEMA019	Reconstruction d'articulation de la ceinture pelvienne [du bassin]	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	343,87	500	1
		0 4 Y	4,7,A,M	127,11	200	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
14.03.02 Actes thérapeutiques sur l'articulation coxofémorale						

14.03.02.01 Évacuation de collection de l'articulation coxofémorale

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NEJB001 Évacuation de collection de l'articulation coxofémorale, par voie transcutanée <i>Avec ou sans : guidage radiologique</i>	0	1		F,P,S,T,U,X	81,07	106	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY105, YYYY300, ZZLP025)							
NEJA002 Évacuation de collection de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie <i>À l'exclusion de : évacuation de collection périprothétique de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie (NEJA004)</i>	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	239,49	185	1
	0	4	Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	125,63	78	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
NEJA004 Évacuation de collection périprothétique de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie <i>Avec ou sans : synovectomie</i>	0	1	Y	9,F,J,K,M,O,P,S,T,U	255,24	244	1
	0	4	Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	128,58	102	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

14.03.02.02 Réduction orthopédique de luxation coxofémorale

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NEEP003 Réduction orthopédique progressive d'une hanche instable non traumatique par traction, avant l'âge de 12 mois	0	1		O,T,X	403,42	451	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
NEEP001 Réduction orthopédique progressive d'une hanche instable non traumatique par traction, après l'âge de 12 mois	0	1		I,T	484,25	451	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
NEEP006 Réduction orthopédique progressive d'une hanche instable non traumatique par harnais	0	1		T,X	382,15	371	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
NEEP007 Réduction orthopédique d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale, avec pose de traction continue	0	1	Y	F,L,M,P,S,U	83,60	164	1
	0	4	Y	7,A,F,L,M,P,S,U	65,98	37	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NEEP004 Réduction orthopédique d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale, avec contention par appareillage rigide pelvipédieux	0	1		F,L,M,P,S,U	114,95	198	1
	0	4		4,7,A,F,L,M,P,S,U	77,35	59	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NEEP005 Réduction orthopédique d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale, avec fracture ou décollement épiphysaire de la tête du fémur	0	1		F,L,M,P,S,U	209,00	133	1
	0	4		4,7,A,F,L,M,P,S,U	86,33	41	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NEEP002 Réduction orthopédique d'une luxation de prothèse de l'articulation coxofémorale Descriptif : NEEP002-01 Réduction orthopédique d'une luxation de prothèse de l'articulation coxofémorale droite Descriptif : NEEP002-02 Réduction orthopédique d'une luxation de prothèse de l'articulation coxofémorale gauche	0	1		F,L,M,P,S,U	83,60	97	1
	0	4		7,A,F,L,M,P,S,U	65,24	29	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							

14.03.02.03 Réduction de luxation coxofémorale par arthrotomie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NEEA004 Réduction d'une hanche instable non traumatique, par arthrotomie	0	1	Y	I,J,K,M,O,T	451,63	416	1
	0	4	Y	4,7,A,M	170,68	149	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NEEA001 Réduction d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie	0	1	Y	9,F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	236,10	281	1
	0	4	Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	117,22	89	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NEEA003 Réduction d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale avec ostéosynthèse de fracture de la tête du fémur, par arthrotomie	0	1	Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	478,98	478	1
	0	4	Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	228,18	131	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NEEA002 Réduction d'une luxation de prothèse de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie Descriptif : NEEA002-01 Réduction d'une luxation de prothèse de l'articulation coxofémorale droite, par arthrotomie Descriptif : NEEA002-02 Réduction d'une luxation de prothèse de l'articulation coxofémorale gauche, par arthrotomie <i>Avec ou sans : changement de la tête de la pièce fémorale</i>	0	1	Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U	209,00	202	1
	0	4	Y	4,7,A,F,L,M,O,P,S,U	111,72	83	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							

14.03.02.04 Nettoyage de l'articulation [Debridement] coxofémorale

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NEJC001 Nettoyage de l'articulation coxofémorale, par arthroscopie	0	1	Y	9,F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	205,61	203	1
	0	4	Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	94,57	93	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
NEJA001 Nettoyage de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	260,20	239	1
	0	4	Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	127,46	107	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

14.03.02.05 Arthrodèse et arthrorise coxofémorale

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NEDA001 Arthrodèse coxofémorale, par arthrotomie	0	1	Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U	575,00	615	1
	0	4	Y	4,7,A,F,O,P,S,U	176,53	181	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA004, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NEMA021 Ostéoplastie supraacétabulaire de l'os coxal par butée, ou acétabuloplastie <i>À l'exclusion de : stabilisation d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale par pose de butée supraacétabulaire en matériau inerte (NEDA002)</i> <i>Opération selon Dega, selon Pemberton ou selon Salmo</i>	0	1	Y	9,I,J,K,M,T	377,19	434	1
	0	4	Y	4,7,A,M	149,46	123	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NEMA003 Ostéoplastie supraacétabulaire de l'os coxal par butée, avec ostéotomie extraarticulaire de l'extrémité proximale du fémur <i>À l'exclusion de : ostéoplastie supraacétabulaire de l'os coxal par butée, avec ostéotomie du grand trochanter (NEMA017)</i>	0	1	Y	9,J,K,M,O,T	494,17	592	1
	0	4	Y	4,7,A,M	187,14	168	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NEMA017 Ostéoplastie supraacétabulaire de l'os coxal par butée, avec ostéotomie du grand trochanter	0	1	Y	J,K,M,T	418,00	481	1
	0	4	Y	4,7,A,M	177,65	131	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							

NEDA002	Stabilisation d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale par pose de butée supraacétabulaire en matériau inerte, abaissement du grand trochanter et/ou changement de la tête ou du col amovible	0 1 Y	J,K,M,T	418,00	285	1
		0 4 Y	4,7,A,M	183,85	116	1
Descriptif : NEDA002-01 Stabilisation d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale droite par pose de butée supraacétabulaire en matériau inerte, abaissement du grand trochanter et/ou changement de la tête ou du col amovible Descriptif : NEDA002-02 Stabilisation d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale gauche par pose de butée supraacétabulaire en matériau inerte, abaissement du grand trochanter et/ou changement de la tête ou du col amovible Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

14.03.02.06 Arthroplastie coxofémorale

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NEMA020 Acétabuloplastie avec ostéotomie du fémur	0 1 Y			I,J,K,M,O,T	607,61	592	1
	0 4 Y			4,7,A,M	219,41	177	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NEMA018 Arthroplastie coxofémorale par cupule fémorale	0 1 Y			9,J,K,M,O,T	385,70	379	1
	0 4 Y			4,7,A,M	167,75	136	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
NEKA018 Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse fémorale cervicocéphalique	0 1 Y			F,J,K,M,O,P,S,T,U	313,50	258	1
	0 4 Y			4,7,A,F,M,O,P,S,U	161,15	104	1
Descriptif : NEKA018-01 Remplacement de l'articulation coxofémorale droite par prothèse fémorale cervicocéphalique Descriptif : NEKA018-02 Remplacement de l'articulation coxofémorale gauche par prothèse fémorale cervicocéphalique Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
NEKA011 Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse fémorale cervicocéphalique et cupule mobile	0 1 Y			F,J,K,M,O,P,S,T,U	459,80	285	1
	0 4 Y			4,7,A,F,M,O,P,S,U	229,90	116	1
Descriptif : NEKA011-01 Remplacement de l'articulation coxofémorale droite par prothèse fémorale cervicocéphalique et cupule mobile Descriptif : NEKA011-02 Remplacement de l'articulation coxofémorale gauche par prothèse fémorale cervicocéphalique et cupule mobile Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
NELA003 Pose d'une pièce acétabulaire chez un patient porteur d'une prothèse fémorale cervicocéphalique homolatérale	0 1 Y			9,J,K,M,O,T	385,70	410	1
	0 4 Y			4,7,A,M	146,30	166	1
Descriptif : NELA003-01 Pose d'une pièce acétabulaire droite chez un patient porteur d'une prothèse fémorale cervicocéphalique homolatérale Descriptif : NELA003-02 Pose d'une pièce acétabulaire gauche chez un patient porteur d'une prothèse fémorale cervicocéphalique homolatérale <i>Totalisation d'une prothèse unipolaire de hanche</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
NEKA020 Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale	0 1 Y			F,J,K,M,O,P,S,T,U	459,80	414	1
	0 4 Y			4,7,A,F,M,O,P,S,U	229,90	145	1
Descriptif : NEKA020-01 Remplacement de l'articulation coxofémorale droite par prothèse totale Descriptif : NEKA020-02 Remplacement de l'articulation coxofémorale gauche par prothèse totale <i>Pose de prothèse totale de hanche</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
NEKA012 Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec reconstruction acétabulaire ou fémorale par greffe	0 1 Y			9,F,J,K,M,O,P,S,T,U	602,65	503	1
	0 4 Y			4,7,A,F,M,O,P,S,U	253,90	182	1
Descriptif : NEKA012-01 Remplacement de l'articulation coxofémorale droite par prothèse totale, avec reconstruction acétabulaire ou fémorale par greffe Descriptif : NEKA012-02 Remplacement de l'articulation coxofémorale gauche par prothèse totale, avec reconstruction acétabulaire ou fémorale par greffe Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NEKA014 Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire	0 1 Y			F,J,K,M,O,P,S,T,U	543,40	439	1
	0 4 Y			4,7,A,F,M,O,P,S,U	253,90	157	1
Descriptif : NEKA014-01 Remplacement de l'articulation coxofémorale droite par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire Descriptif : NEKA014-02 Remplacement de l'articulation coxofémorale gauche par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire <i>À l'exclusion de : avec utilisation de vis pilotis</i> Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NEKA010 Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire et reconstruction fémorale par greffe	0 1 Y			9,F,J,K,M,O,P,S,T,U	624,63	500	1
	0 4 Y			4,7,A,F,M,O,P,S,U	253,90	181	1
Descriptif : NEKA010-01 Remplacement de l'articulation coxofémorale droite par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire et reconstruction fémorale par greffe Descriptif : NEKA010-02 Remplacement de l'articulation coxofémorale gauche par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire et reconstruction fémorale par greffe Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
NEKA016 Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec ostéotomie de la diaphyse du fémur	0 1 Y			F,J,K,M,O,P,S,T,U	616,55	531	1
	0 4 Y			4,7,A,F,M,O,P,S,U	292,60	193	1
Descriptif : NEKA016-01 Remplacement de l'articulation coxofémorale droite par prothèse totale, avec ostéotomie de la diaphyse du fémur droit Descriptif : NEKA016-02 Remplacement de l'articulation coxofémorale gauche par prothèse totale, avec ostéotomie de la diaphyse du fémur gauche Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)							

NEKA017	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec abaissement de la tête du fémur dans le paléoacétabulum [paléocotyle]	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	693,40	670	1
		0 4 Y	4,7,A,M	292,60	193	1
Descriptif : NEKA017-01 Remplacement de l'articulation coxofémorale droite par prothèse totale, avec abaissement de la tête du fémur dans le paléoacétabulum [paléocotyle] Descriptif : NEKA017-02 Remplacement de l'articulation coxofémorale gauche par prothèse totale, avec abaissement de la tête du fémur dans le paléoacétabulum [paléocotyle] <i>Avec ou sans : reconstruction acétabulaire par greffe ou renfort prothétique</i> <i>Pose de prothèse totale pour luxation congénitale haute ou intermédiaire de la hanche</i> Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

NEKA021	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec abaissement de la tête du fémur dans le paléoacétabulum [paléocotyle] et ostéotomie de réaxation ou d'alignement du fémur	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	738,78	777	1
		0 4 Y	4,7,A,M	292,60	228	1
Descriptif : NEKA021-01 Remplacement de l'articulation coxofémorale droite par prothèse totale, avec abaissement de la tête du fémur dans le paléoacétabulum [paléocotyle] et ostéotomie de réaxation ou d'alignement du fémur Descriptif : NEKA021-02 Remplacement de l'articulation coxofémorale gauche par prothèse totale, avec abaissement de la tête du fémur dans le paléoacétabulum [paléocotyle] et ostéotomie de réaxation ou d'alignement du fémur <i>Avec ou sans : reconstruction acétabulaire par greffe ou renfort prothétique</i> <i>Pose de prothèse totale pour luxation congénitale haute ou intermédiaire de la hanche avec ostéotomie du fémur</i> Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

NEKA015	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale après ostéosynthèse, ostéotomie ou prothèse cervicocéphalique du fémur	0 1 Y	J,K,M,T	667,08	467	1
		0 4 Y	4,7,A,M	353,58	168	1
Descriptif : NEKA015-01 Remplacement de l'articulation coxofémorale droite par prothèse totale après ostéosynthèse, ostéotomie ou prothèse cervicocéphalique du fémur Descriptif : NEKA015-02 Remplacement de l'articulation coxofémorale gauche par prothèse totale après ostéosynthèse, ostéotomie ou prothèse cervicocéphalique du fémur <i>Avec ou sans : ablation de matériel prothétique</i> Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

NEKA013	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale après arthrodèse coxofémorale	0 1 Y	J,K,M,O,T	635,97	520	1
		0 4 Y	4,7,A,M	282,15	189	1
Descriptif : NEKA013-01 Remplacement de l'articulation coxofémorale droite par prothèse totale après arthrodèse coxofémorale Descriptif : NEKA013-02 Remplacement de l'articulation coxofémorale gauche par prothèse totale après arthrodèse coxofémorale Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

NEKA019	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale après arthrodèse coxofémorale, avec renfort métallique acétabulaire	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	694,11	604	1
		0 4 Y	4,7,A,M	283,82	223	1
Descriptif : NEKA019-01 Remplacement de l'articulation coxofémorale droite par prothèse totale après arthrodèse coxofémorale, avec renfort métallique acétabulaire Descriptif : NEKA019-02 Remplacement de l'articulation coxofémorale gauche par prothèse totale après arthrodèse coxofémorale, avec renfort métallique acétabulaire <i>À l'exclusion de : avec utilisation de vis pilotés</i> Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

14.03.02.07 Ablation, changement et repose de prothèse coxofémorale

Avec ou sans : synovectomie articulaire

NEGA004	Ablation de l'insert intermédiaire d'une prothèse de l'articulation coxofémorale, avec pose d'une pièce acétabulaire	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	389,95	300	1
		0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	146,30	124	1
Descriptif : NEGA004-01 Ablation de l'insert intermédiaire d'une prothèse de l'articulation coxofémorale droite, avec pose d'une pièce acétabulaire Descriptif : NEGA004-02 Ablation de l'insert intermédiaire d'une prothèse de l'articulation coxofémorale gauche, avec pose d'une pièce acétabulaire Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

NEGA005	Ablation d'une prothèse fémorale cervicocéphalique	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	353,58	350	1
		0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	186,38	144	1
Descriptif : NEGA005-01 Ablation d'une prothèse fémorale droite cervicocéphalique Descriptif : NEGA005-02 Ablation d'une prothèse fémorale gauche cervicocéphalique <i>Avec ou sans : interposition temporaire [spacer]</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

NEGA002	Ablation d'une prothèse totale de hanche	0 1 Y	9,F,J,K,M,O,P,S,T,U	408,38	383	1
		0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	186,38	144	1
Descriptif : NEGA002-01 Ablation d'une prothèse totale de hanche droite Descriptif : NEGA002-02 Ablation d'une prothèse totale de hanche gauche <i>Avec ou sans : interposition temporaire [spacer]</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

NEGA003	Ablation d'une prothèse totale de hanche avec coaptation trochantéro-iliaque	0 1 Y	9,F,J,K,M,O,P,S,T,U	623,92	581	1
		0 4 Y	4,A,F,M,O,P,S,U	276,54	224	1
Descriptif : NEGA003-01 Ablation d'une prothèse totale de hanche droite avec coaptation trochantéro-iliaque Descriptif : NEGA003-02 Ablation d'une prothèse totale de hanche gauche avec coaptation trochantéro-iliaque Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

NEGA001	Ablation d'une prothèse totale de hanche avec reconstruction osseuse de l'acétabulum et/ou du fémur	0 1 Y	9,F,J,K,M,O,P,S,T,U	537,42	503	1
		0 4 Y	4,A,F,M,O,P,S,U	251,98	193	1
Descriptif : NEGA001-01 Ablation d'une prothèse totale de hanche droite avec reconstruction osseuse de l'acétabulum et/ou du fémur Descriptif : NEGA001-02 Ablation d'une prothèse totale de hanche gauche avec reconstruction osseuse de l'acétabulum et/ou du fémur Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA004, PAFA009, PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

NEKA022	Changement d'une prothèse fémorale cervicocéphalique pour une prothèse totale de hanche	0 1 Y	J,K,M,T	667,08	500	1
		0 4 Y	4,7,A,M	353,58	200	1
Descriptif : NEKA022-01 Changement d'une prothèse fémorale droite cervicocéphalique pour une prothèse totale de hanche Descriptif : NEKA022-02 Changement d'une prothèse fémorale gauche cervicocéphalique pour une prothèse totale de hanche Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

NEKA004	Changement de l'insert acétabulaire d'une prothèse totale de hanche	0 1 Y	J,K,M,T	667,08	322	1
	Descriptif : NEKA004-01 Changement de l'insert acétabulaire d'une prothèse totale de hanche droite	0 4 Y	4,A,M	269,98	119	1
	Descriptif : NEKA004-02 Changement de l'insert acétabulaire d'une prothèse totale de hanche gauche					
	<i>Avec ou sans : changement de la tête et/ou du col fémoral amovible</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NEKA009	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche, sans reconstruction osseuse	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	551,60	456	1
	Descriptif : NEKA009-01 Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche droite, sans reconstruction osseuse	0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	269,98	173	1
	Descriptif : NEKA009-02 Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche gauche, sans reconstruction osseuse					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NEKA002	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction osseuse de l'acétabulum ou du fémur	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	545,22	537	1
	Descriptif : NEKA002-01 Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche droite, avec reconstruction osseuse de l'acétabulum ou du fémur	0 4 Y	4,A,F,M,O,P,S,U	331,13	203	1
	Descriptif : NEKA002-02 Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche gauche, avec reconstruction osseuse de l'acétabulum ou du fémur					
	Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA004, PAFA009, PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NEKA007	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction osseuse par greffes compactées sans ostéosynthèse	0 1 Y	I,J,K,M,T	734,52	579	1
	Descriptif : NEKA007-01 Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche droite, avec reconstruction osseuse par greffes compactées sans ostéosynthèse	0 4 Y	4,A,M	348,72	219	1
	Descriptif : NEKA007-02 Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche gauche, avec reconstruction osseuse par greffes compactées sans ostéosynthèse					
	Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA004, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NEKA005	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec ostéosynthèse de l'acétabulum ou du fémur	0 1 Y	9,J,K,M,T	672,84	559	1
	Descriptif : NEKA005-01 Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche droite, avec ostéosynthèse de l'acétabulum ou du fémur	0 4 Y	4,7,A,M	287,14	212	1
	Descriptif : NEKA005-02 Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche gauche, avec ostéosynthèse de l'acétabulum ou du fémur					
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NEKA003	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche, sans reconstruction osseuse	0 1 Y	9,J,K,M,T	740,91	559	1
	Descriptif : NEKA003-01 Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche droite, sans reconstruction osseuse	0 4 Y	4,7,A,M	353,58	205	1
	Descriptif : NEKA003-02 Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche gauche, sans reconstruction osseuse					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NEKA008	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction ou ostéosynthèse de l'acétabulum ou du fémur	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	802,59	665	1
	Descriptif : NEKA008-01 Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche droite, avec reconstruction ou ostéosynthèse de l'acétabulum ou du fémur	0 4 Y	4,A,M	402,53	248	1
	Descriptif : NEKA008-02 Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche gauche, avec reconstruction ou ostéosynthèse de l'acétabulum ou du fémur					
	Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA004, PAFA009, PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NEKA006	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction et ostéosynthèse de l'acétabulum et/ou du fémur	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	1001,1	796	1
	Descriptif : NEKA006-01 Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche droite, avec reconstruction et ostéosynthèse de l'acétabulum et/ou du fémur droit	0 4 Y	4,A,M	408,03	308	1
	Descriptif : NEKA006-02 Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche gauche, avec reconstruction et ostéosynthèse de l'acétabulum et/ou du fémur gauche					
	Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA004, PAFA009, PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NEKA001	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction par greffes compactées sans ostéosynthèse	0 1 Y	I,J,K,M,T	908,94	754	1
	Descriptif : NEKA001-01 Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche droite, avec reconstruction par greffes compactées sans ostéosynthèse	0 4 Y	4,A,M	394,10	292	1
	Descriptif : NEKA001-02 Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche gauche, avec reconstruction par greffes compactées sans ostéosynthèse					
	Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA004, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NELA002	Repose d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale, sans reconstruction osseuse	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	544,51	453	1
	Descriptif : NELA002-01 Repose d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale droite, sans reconstruction osseuse	0 4 Y	4,7,A,M	229,90	161	1
	Descriptif : NELA002-02 Repose d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale gauche, sans reconstruction osseuse					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NELA001	Repose d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale, avec reconstruction osseuse	0 1 Y	9,J,K,M,T	687,73	548	1
	Descriptif : NELA001-01 Repose d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale droite, avec reconstruction osseuse	0 4 Y	4,A,M	302,38	199	1
	Descriptif : NELA001-02 Repose d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale gauche, avec reconstruction osseuse					
	<i>Avec ou sans : ostéosynthèse</i>					
	Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA004, PAFA009, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

14.03.02.08 Résection de l'articulation coxofémorale

NEFA001	Résection de l'articulation coxofémorale avec coaptation trochantéro-iliaque ou fémoro-iliaque	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Descriptif : NEFA001-01 Résection de l'articulation coxofémorale avec coaptation trochantéro-iliaque ou fémoro-iliaque	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	482,83	584	1
	Descriptif : NEFA001-02 Résection de l'articulation coxofémorale avec coaptation trochantéro-iliaque ou fémoro-iliaque	0 4 Y	4,A,M	191,22	180	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

14.03.02.09 Reconstruction de l'articulation coxofémorale

Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
---------	--------------	-------	-----	----

NEMA013	Reconstruction osseuse de la hanche après résection "en bloc" de l'os coxal [hémibassin], avec fixation du fémur à l'os coxal	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	617,54	876	1
	<i>Avec ou sans : interposition de greffon</i>	0 4 Y	4,A,M	267,11	278	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA004, PAFA009, PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NEMA011	Reconstruction de l'articulation coxofémorale par prothèse massive ou sur mesure, après perte de substance segmentaire au niveau de la hanche ou de l'os coxal	0 1 Y	9,J,K,M,T	514,73	392	1
	Descriptif : NEMA011-01 Reconstruction de l'articulation coxofémorale droite par prothèse massive ou sur mesure, après perte de substance segmentaire au niveau de la hanche ou de l'os coxal	0 4 Y	4,A,M	229,90	151	1
	Descriptif : NEMA011-02 Reconstruction de l'articulation coxofémorale gauche par prothèse massive ou sur mesure, après perte de substance segmentaire au niveau de la hanche ou de l'os coxal					
	Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA004, PAFA009, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
14.03.02.10	Libération mobilisatrice de l'articulation [Artholyse] coxofémorale	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NEPA001	Libération mobilisatrice de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie	0 1 Y	I,J,K,M,T	289,98	257	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	117,96	104	1
14.03.02.11	Synovectomie de l'articulation coxofémorale	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NEFC001	Synovectomie coxofémorale, par arthroscopie	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	347,41	301	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	130,05	127	1
NEFA004	Synovectomie coxofémorale, par arthrotomie par un abord	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	255,95	228	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	115,02	97	1
NEFA003	Synovectomie coxofémorale, par arthrotomie par 2 abords dont un abord postérieur	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	404,84	362	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	141,78	156	1
14.03.03	Actes thérapeutiques sur l'articulation du genou					
14.03.03.01	Mobilisation du genou	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NFRP001	Mobilisation de l'articulation du genou à visée thérapeutique, sous anesthésie générale ou locorégionale	0 1	I,M,X	57,43	49	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	A,M	48,00	23	1
14.03.03.02	Évacuation de collection de l'articulation du genou	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NFJC002	Évacuation de collection de l'articulation du genou, par arthroscopie	0 1 Y	9,F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	192,14	168	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	76,24	69	1
NFJA002	Évacuation de collection de l'articulation du genou, par arthrotomie	0 1 Y	9,F,J,K,M,O,P,S,T,U	187,18	158	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	88,68	68	1
14.03.03.03	Réduction orthopédique de luxation du genou	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NFEPO01	Réduction orthopédique d'une luxation de la patelle	0 1	F,I,L,M,O,P,S,U	44,67	80	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012, ZZLP025)					
NFEPO02	Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture de l'articulation fémorotibiale	0 1	F,I,L,M,P,S,U,X	104,93	121	1
	Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	7,A,F,L,M,P,S,U	61,22	42	1
14.03.03.04	Nettoyage articulaire [Debridement] du genou	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NFJC001	Nettoyage de l'articulation du genou, par arthroscopie	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	175,12	190	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	86,88	82	1
NFJA001	Nettoyage de l'articulation du genou, par arthrotomie	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	165,20	165	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	99,68	82	1
14.03.03.05	Arthrodèse et arthrorise du genou	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NFDA002	Arthrodèse fémorotibiale, par arthrotomie	0 1 Y	I,J,K,M,T	482,12	431	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	135,18	163	1
NFDA003	Arthrodèse fibulotibiale proximale, par arthrotomie	0 1 Y	9,J,K,M,T	164,49	166	1
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	90,91	82	1
14.03.03.06	Arthroplastie du genou					
	<i>Avec ou sans : ostéotomie de la tubérosité du tibia</i>					
NFKA009	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse à charnière fixe ou rotatoire	0 1 Y	J,K,M,O,T	560,11	550	1
	Descriptif : NFKA009-01 Remplacement de l'articulation du genou droit par prothèse à charnière fixe ou rotatoire	0 4 Y	4,5,7,A,M	210,25	168	1
	Descriptif : NFKA009-02 Remplacement de l'articulation du genou gauche par prothèse à charnière fixe ou rotatoire					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NFKA006	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse unicompartimentaire fémorotibiale ou fémoropatellaire	0 1 Y	J,K,M,O,T	446,67	454	1
	Descriptif : NFKA006-01 Remplacement de l'articulation du genou droit par prothèse unicompartimentaire fémorotibiale ou fémoropatellaire	0 4 Y	4,5,7,A,M	188,10	126	1
	Descriptif : NFKA006-02 Remplacement de l'articulation du genou gauche par prothèse unicompartimentaire fémorotibiale ou fémoropatellaire					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NFKA007	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartmentaire sur une déformation inférieure ou égale à 10° dans le plan frontal	0 1 Y	9,J,K,M,T	578,54	546	1
	Descriptif : NFKA007-01 Remplacement de l'articulation du genou droit par prothèse tricompartmentaire sur une déformation inférieure ou égale à 10° dans le plan frontal	0 4 Y	4,5,7,A,M	218,66	168	1
	Descriptif : NFKA007-02 Remplacement de l'articulation du genou gauche par prothèse tricompartmentaire sur une déformation inférieure ou égale à 10° dans le plan frontal					
	Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

NFKA008	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartmentaire sur une déformation supérieure à 10° dans le plan frontal	0 1 Y	9,J,K,M,T	659,37	629	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	217,92	181	1
Descriptif : NFKA008-01 Remplacement de l'articulation du genou droit par prothèse tricompartmentaire sur une déformation supérieure à 10° dans le plan frontal Descriptif : NFKA008-02 Remplacement de l'articulation du genou gauche par prothèse tricompartmentaire sur une déformation supérieure à 10° dans le plan frontal <i>Avec ou sans : reconstruction osseuse</i> Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

14.03.03.07 Ablation, changement et repose de prothèse du genou

Avec ou sans :

- synovectomie articulaire
- ostéotomie de la tubérosité tibiale

NFGA002	Ablation d'une prothèse du genou	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	450,22	394	1
		0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	140,73	148	1
Descriptif : NFGA002-01 Ablation d'une prothèse du genou droit Descriptif : NFGA002-02 Ablation d'une prothèse du genou gauche <i>Avec ou sans : interposition temporaire [spacer]</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

NFGA001	Ablation d'une prothèse du genou avec arthrodèse	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U,X	568,62	629	1
		0 4 Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	176,58	190	1
Descriptif : NFGA001-01 Ablation d'une prothèse du genou droit avec arthrodèse Descriptif : NFGA001-02 Ablation d'une prothèse du genou gauche avec arthrodèse Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

NFKA004	Changement de l'insert d'une prothèse unicompartimentaire ou tricompartmentaire du genou	0 1 Y	J,K,M,T	323,09	227	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	124,24	91	1
Descriptif : NFKA004-01 Changement de l'insert d'une prothèse unicompartimentaire ou tricompartmentaire du genou droit Descriptif : NFKA004-02 Changement de l'insert d'une prothèse unicompartimentaire ou tricompartmentaire du genou gauche Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

NFKA003	Changement d'une prothèse unicompartimentaire du genou	0 1 Y	J,K,M,T	532,09	386	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	247,39	144	1
Descriptif : NFKA003-01 Changement d'une prothèse unicompartimentaire du genou droit Descriptif : NFKA003-02 Changement d'une prothèse unicompartimentaire du genou gauche Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

NFKA005	Changement d'une prothèse unicompartimentaire du genou pour une prothèse tricompartmentaire	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	617,54	601	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	234,06	181	1
Descriptif : NFKA005-01 Changement d'une prothèse unicompartimentaire du genou droit pour une prothèse tricompartmentaire Descriptif : NFKA005-02 Changement d'une prothèse unicompartimentaire du genou gauche pour une prothèse tricompartmentaire <i>Avec ou sans : reconstruction osseuse</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

NFKA001	Changement d'une prothèse tricompartmentaire du genou, sans reconstruction osseuse	0 1 Y	I,J,K,M,T	740,91	673	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	250,92	205	1
Descriptif : NFKA001-01 Changement d'une prothèse tricompartmentaire du genou droit, sans reconstruction osseuse Descriptif : NFKA001-02 Changement d'une prothèse tricompartmentaire du genou gauche, sans reconstruction osseuse Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

NFKA002	Changement d'une prothèse tricompartmentaire du genou, avec reconstruction osseuse	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	1029,4	101	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	324,25	306	1
Descriptif : NFKA002-01 Changement d'une prothèse tricompartmentaire du genou droit, avec reconstruction osseuse Descriptif : NFKA002-02 Changement d'une prothèse tricompartmentaire du genou gauche, avec reconstruction osseuse Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

NFLA002	Repose d'une prothèse articulaire du genou, sans reconstruction osseuse	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	617,54	601	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	221,97	181	1
Descriptif : NFLA002-01 Repose d'une prothèse articulaire du genou droit, sans reconstruction osseuse Descriptif : NFLA002-02 Repose d'une prothèse articulaire du genou gauche, sans reconstruction osseuse Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

NFLA001	Repose d'une prothèse articulaire du genou, avec reconstruction osseuse	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	717,51	670	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	242,31	193	1
Descriptif : NFLA001-01 Repose d'une prothèse articulaire du genou droit, avec reconstruction osseuse Descriptif : NFLA001-02 Repose d'une prothèse articulaire du genou gauche, avec reconstruction osseuse Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

14.03.03.08 Reconstruction de l'articulation du genou

NFMA013	Reconstruction osseuse du genou après perte de substance segmentaire, avec arthrodèse et ostéosynthèse	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	J,K,T,X	516,86	599	1
<i>Opération selon Juvvara</i> Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
0 4 Y		4,5,7,A	205,38	197	1	

NFMA006	Reconstruction de l'articulation du genou par prothèse massive ou sur mesure, après perte de substance segmentaire	0 1 Y	J,K,M,T	522,50	498	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	227,11	186	1
Descriptif : NFMA006-01 Reconstruction de l'articulation du genou droit par prothèse massive ou sur mesure, après perte de substance segmentaire Descriptif : NFMA006-02 Reconstruction de l'articulation du genou gauche par prothèse massive ou sur mesure, après perte de substance segmentaire <i>Avec ou sans : reconstruction de l'appareil extenseur</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

14.03.03.09 Libération mobilisatrice de l'articulation [Arthrolyse] du genou

Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex

NFPC002	Libération mobilisatrice de l'articulation du genou, par arthroscopie	0 1 Y	J,K,M,T,X	299,20	258	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	80,64	103	1
NFPA001	Libération mobilisatrice de l'articulation du genou, par arthrotomie	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	272,97	219	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	78,44	93	1
NFPA003	Libération mobilisatrice de l'articulation du genou par arthroscopie ou arthrotomie, avec libération complète du quadriceps	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	441,00	342	1
	<i>Opération mobilisatrice selon Judet</i>	0 4 Y	4,5,7,A,M	103,01	140	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
	14.03.03.10 Synovectomie de l'articulation du genou					
NFFC002	Synovectomie antérieure du genou, par arthroscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,M,T	230,43	211	1
		0 4 Y	4,7,A,M	76,97	86	1
NFFA004	Synovectomie antérieure du genou, par arthrotomie	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	205,61	195	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,M	73,68	83	1
NFFA005	Synovectomie antérieure du genou par arthroscopie avec synovectomie postérieure par arthrotomie, sans changement de position	0 1 Y	9,J,K,M,T,X	341,03	327	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	89,80	133	1
NFFC001	Synovectomie du genou, par arthroscopie antérieure et par arthroscopie postérieure	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	328,27	319	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	89,08	131	1
NFFA002	Synovectomie du genou, par arthrotomie antérieure et par arthrotomie postérieure sans changement de position du patient	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	288,56	286	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	83,58	117	1
NFFA006	Synovectomie du genou, par arthrotomie antérieure et par arthrotomie postérieure avec changement de position du patient	0 1 Y	I,J,K,M,T,X	453,05	459	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	106,30	204	1
	14.03.03.11 Actes thérapeutiques sur l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation du genou					
NFCC002	Suture ou réinsertion du ligament croisé antérieur du genou, par arthroscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
	<i>Facturation : le tarif prend en compte les prélèvements de greffon tendineux ou ostéotendineux et les éventuels gestes associés intraarticulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux</i>	0 1 Y	J,K,M,T	311,41	291	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,M	135,85	116	1
NFCA001	Suture ou réinsertion du ligament croisé antérieur du genou, par arthrotomie	0 1 Y	J,K,M,T	311,41	255	1
	<i>Facturation : le tarif prend en compte les prélèvements de greffon tendineux ou ostéotendineux et les éventuels gestes associés intraarticulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux</i>	0 4 Y	4,5,7,A,M	135,85	104	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NFCA004	Suture ou réinsertion du ligament croisé antérieur et d'élément capsuloligamentaire périarticulaire du genou, par arthrotomie	0 1 Y	J,K,M,T	395,01	320	1
	<i>Facturation : le tarif prend en compte les prélèvements de greffon tendineux ou ostéotendineux et les éventuels gestes associés intraarticulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux</i>	0 4 Y	4,5,7,A,M	172,43	136	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NFCC001	Suture ou réinsertion du ligament croisé postérieur du genou, par arthroscopie	0 1 Y	9,J,K,M,T	397,75	294	1
	<i>Facturation : le tarif prend en compte les prélèvements de greffon tendineux ou ostéotendineux et les éventuels gestes associés intraarticulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux</i>	0 4 Y	4,5,7,A,M	135,85	117	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NFCA006	Suture ou réinsertion du ligament croisé postérieur du genou, par arthrotomie	0 1 Y	J,K,M,O,T	319,76	251	1
	<i>Facturation : le tarif prend en compte les prélèvements de greffon tendineux ou ostéotendineux et les éventuels gestes associés intraarticulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux</i>	0 4 Y	4,5,7,A,M	135,85	102	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NFCA005	Suture ou réinsertion du ligament croisé postérieur et d'élément capsuloligamentaire périarticulaire du genou, par arthrotomie	0 1 Y	J,K,M,T	395,01	329	1
	<i>Facturation : le tarif prend en compte les prélèvements de greffon tendineux ou ostéotendineux et les éventuels gestes associés intraarticulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux</i>	0 4 Y	4,5,7,A,M	172,43	141	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NFCA003	Suture ou réinsertion des ligaments croisés et d'élément capsuloligamentaire périarticulaire du genou, par arthrotomie	0 1 Y	9,J,K,M,T	453,05	355	1
	<i>Avec ou sans : section du rétinaculum patellaire latéral [aileron rotulien externe]</i>	0 4 Y	4,5,7,A,M	172,43	153	1
	<i>Facturation : le tarif prend en compte les prélèvements de greffon tendineux ou ostéotendineux et les éventuels gestes associés intraarticulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NFMC003	Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou par autogreffe, par arthroscopie	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	444,54	335	1
	<i>Avec ou sans : plastie ligamentaire selon Lemaire</i>	0 4 Y	4,5,7,A,M	135,85	143	1
	<i>Facturation : le tarif prend en compte les prélèvements de greffon tendineux ou ostéotendineux et les éventuels gestes associés intraarticulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NFMA004	Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou par autogreffe, par arthrotomie	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	368,68	314	1
	<i>Avec ou sans : plastie ligamentaire selon Lemaire</i>	0 4 Y	4,5,7,A,M	135,85	126	1
	<i>Facturation : le tarif prend en compte les prélèvements de greffon tendineux ou ostéotendineux et les éventuels gestes associés intraarticulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NFMC002	Reconstruction du ligament croisé postérieur du genou par autogreffe sans renforcement synthétique, par arthroscopie	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	523,95	391	1
	<i>Facturation : le tarif prend en compte les prélèvements de greffon tendineux ou ostéotendineux et les éventuels gestes associés intraarticulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux</i>	0 4 Y	4,5,7,A,M	141,74	169	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

NFMA010	Reconstruction du ligament croisé postérieur du genou par autogreffe sans renforcement synthétique, par arthrotomie	0 1 Y	I,J,K,M,T	439,58	409	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	135,85	136	1
<i>Facturation : le tarif prend en compte les prélèvements de greffon tendineux ou ostéotendineux et les éventuels gestes associés intraarticulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NFM004	Reconstruction du ligament croisé postérieur du genou par autogreffe avec renforcement synthétique, par arthroscopie	0 1 Y	J,K,M	434,69	499	1
		0 4 Y	7,A,M	141,74	169	1
<i>Facturation : le tarif prend en compte les prélèvements de greffon tendineux ou ostéotendineux et les éventuels gestes associés intraarticulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NFMA007	Reconstruction du ligament croisé postérieur du genou par autogreffe avec renforcement synthétique, par arthrotomie	0 1 Y	J,K,M	385,75	397	1
		0 4 Y	7,A,M	135,85	136	1
<i>Facturation : le tarif prend en compte les prélèvements de greffon tendineux ou ostéotendineux et les éventuels gestes associés intraarticulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NFM005	Reconstruction itérative du ligament croisé postérieur du genou par ligament synthétique, par arthroscopie	0 1 Y	9,J,K,M,T	411,93	318	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	135,85	135	1
<i>Facturation : le tarif prend en compte les prélèvements de greffon tendineux ou ostéotendineux et les éventuels gestes associés intraarticulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NFMA008	Reconstruction itérative du ligament croisé postérieur du genou par ligament synthétique, par arthrotomie	0 1 Y	9,J,K,M,T	350,25	338	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	135,85	109	1
<i>Facturation : le tarif prend en compte les prélèvements de greffon tendineux ou ostéotendineux et les éventuels gestes associés intraarticulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NFM001	Reconstruction des ligaments croisés du genou, par arthroscopie	0 1 Y	9,J,K,M,T,X	655,12	492	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	152,37	209	1
<i>Avec ou sans : plastie ligamentaire selon Lemaire</i>						
<i>Facturation : le tarif prend en compte les prélèvements de greffon tendineux ou ostéotendineux et les éventuels gestes associés intraarticulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NFMA011	Reconstruction des ligaments croisés du genou, par arthrotomie	0 1 Y	J,K,M,T,X	566,49	516	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	142,46	170	1
<i>Avec ou sans : plastie ligamentaire selon Lemaire</i>						
<i>Facturation : le tarif prend en compte les prélèvements de greffon tendineux ou ostéotendineux et les éventuels gestes associés intraarticulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NFCA002	Suture ou réinsertion de la capsule articulaire du genou, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	205,61	257	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	93,04	105	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NFMA005	Capsulo-myo-ténoplastie du genou pour recentrage de la patelle, par arthrotomie	0 1 Y	I,J,K,M,T	228,30	181	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	81,31	75	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NFMA002	Plastie ligamentaire extraarticulaire latérale du genou avec le fascia lata, par abord direct	0 1 Y	9,J,K,M,T	213,41	195	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	97,07	98	1
<i>Plastie ligamentaire selon Lemaire</i>						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NFPC001	Section du rétinaculum patellaire latéral [aileron rotulien externe], par arthroscopie	0 1 Y	J,K,M,O,T	134,00	151	1
		0 4 Y	7,A,M	65,24	58	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NFPA002	Section du rétinaculum patellaire latéral [aileron rotulien externe], par arthrotomie	0 1 Y	J,K,M,T	125,40	119	1
		0 4 Y	7,A,M	61,58	45	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NFPA004	Section du rétinaculum patellaire latéral [aileron rotulien externe] avec ostéotomie de la surface patellaire [trochlée] du fémur, par arthrotomie	0 1 Y	J,K,M,T	313,50	305	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	149,40	102	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
14.03.03.12 Ménisectomie du genou						
<i>La ménisectomie du genou inclut le nettoyage de l'articulation.</i>						
NFFC004	Ménisectomie latérale ou médiale du genou, par arthroscopie	0 1 Y	9,J,K,M,T	191,43	176	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	78,08	64	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NFFA003	Ménisectomie latérale ou médiale du genou, par arthrotomie	0 1 Y	J,K,M,T	167,20	141	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	81,75	63	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NFFC003	Ménisectomies latérale et médiale du genou, par arthroscopie	0 1 Y	J,K,M,O,T	270,13	209	1
		0 4 Y	4,7,A,M	101,90	87	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NFFA001	Ménisectomies latérale et médiale du genou, par arthrotomie	0 1 Y	J,K,M,T	250,80	195	1
		0 4 Y	4,7,A,M	108,50	88	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NFEC002	Réinsertion ou suture d'un ménisque du genou, par arthroscopie	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	283,60	207	1
		0 4 Y	4,7,A,M	85,05	85	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NFEA002	Réinsertion ou suture d'un ménisque du genou, par arthrotomie	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	257,37	184	1
		0 4 Y	4,7,A,M	84,31	85	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NFEC001	Réinsertion ou suture des 2 ménisques du genou, par arthroscopie	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	411,93	303	1
		0 4 Y	4,7,A,M	120,23	124	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NFEA001	Réinsertion ou suture des 2 ménisques du genou, par arthrotomie	0 1 Y	9,J,K,M,T	338,19	261	1
		0 4 Y	4,7,A,M	105,75	118	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

14.03.03.13 Autres actes thérapeutiques sur l'articulation du genou

Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex

NFCC408	Microperforations sous-chondrales du genou avec pose de membrane de collagène, par arthroscopie	0 1 Y	J,K,T		222	1
		0 4	7		132	1
<p>Indications : réparation par microfractures avec recouvrement des lésions traumatiques chondrales et ostéochondrales, symptomatiques, de grade III ou IV, selon la classification de l'International Cartilage Repair Society [ICRS] localisées, des surfaces articulaires du genou - condyles, trochlée, patella - et dont les dimensions sont comprises entre 2 et 8 cm²</p> <p>contre-indications et modalités de prescription et d'utilisation : cf. avis HAS du 4 octobre 2016 et du 14 décembre 2016</p> <p>Facturation : l'éventuelle greffe d'os spongieux est comprise dans l'acte</p> <p>Coder éventuellement 4 : (YYYY041)</p>						
NFCA132	Microperforations sous-chondrales du genou avec pose de membrane de collagène, par arthrotomie	0 1 Y	J,K,T		215	1
		0 4	7		128	1
<p>Indications : réparation par microfractures avec recouvrement des lésions traumatiques chondrales et ostéochondrales, symptomatiques, de grade III ou IV selon la classification de l'International Cartilage Repair Society ; [ICRS], localisées, des surfaces articulaires du genou - condyles, trochlée, patella - et dont les dimensions sont comprises entre 2 et 8 cm²</p> <p>contre-indications et modalités de prescription et d'utilisation : Cf. avis HAS du 4 octobre 2016 et du 14 décembre 2016</p> <p>Facturation : l'éventuelle greffe d'os spongieux est comprise dans l'acte</p> <p>Coder éventuellement 4 : (YYYY041)</p>						
14.03.04 Actes thérapeutiques sur l'articulation de la cheville						
14.03.04.01 Mobilisation de la cheville						
NGRP001	Mobilisation de l'articulation de la cheville à visée thérapeutique, sous anesthésie générale ou locorégionale	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1	I,M	43,96	51	1
		0 4	A,M	48,00	23	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
14.03.04.02 Évacuation de collection de l'articulation de la cheville						
NGJC002	Évacuation de collection de l'articulation tibiotaliennne ou d'une articulation du pied, par arthroscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	164,49	168	1
		0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	75,88	68	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NGJA002	Évacuation de collection de l'articulation tibiotaliennne ou d'une articulation du pied, par arthrotomie	0 1 Y	9,F,J,K,M,O,P,S,T,U	102,81	137	1
		0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	71,48	57	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
14.03.04.03 Réduction orthopédique de luxation de la cheville						
NGEP001	Réduction orthopédique d'une luxation tibiotaliennne ou d'une luxation-fracture du tarse	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1	F,I,L,M,P,S,U	69,48	114	1
		0 4	7,A,F,L,M,P,S,U	61,95	42	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
14.03.04.04 Réduction de luxation de la cheville par arthrotomie						
NGEA001	Réduction d'une luxation de l'articulation tibiotaliennne, talocalcanéenne et/ou médiotarsienne, par arthrotomie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,L,M,O,P,S,T,U,X	192,85	183	1
		0 4 Y	4,5,7,A,F,L,M,O,P,S,U	76,24	77	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
14.03.04.05 Nettoyage articulaire [Debridement] tibiotalien						
NGJC001	Nettoyage de l'articulation tibiotaliennne, par arthroscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	212,70	204	1
		0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	95,67	96	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NGJA001	Nettoyage de l'articulation tibiotaliennne, par arthrotomie	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	143,22	146	1
		0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	83,57	73	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
14.03.04.06 Arthrodèse et arthrorise de la cheville						
NGDC001	Arthrodèse tibiotaliennne, par arthroscopie	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	J,K,M,O,T,X	322,60	271	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	86,88	106	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
NGDA002	Arthrodèse tibiotaliennne, par arthrotomie	0 1 Y	I,J,K,M,T	379,32	334	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	98,60	145	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
NGDA001	Arthrodèse tibio-talo-calcanéenne, par arthrotomie	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	411,93	388	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	112,46	170	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
NGDA003	Arthrodèses tibio-talo-calcanéenne et médiotarsienne, par arthrotomie <i>Panarthrodèse de l'arrière-pied</i>	0 1 Y	I,J,K,M,T	484,96	376	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	112,83	163	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
NGDA004	Arthrorise tibiotaliennne ou talocalcanéenne, par abord direct <i>Avec ou sans : ostéosynthèse</i> <i>Opération type cavalier, anticavalier ou selon Grice</i>	0 1 Y	9,J,K,M,T	211,99	237	1
		0 4 Y	4,5,7,A,M	108,50	112	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
14.03.04.07 Arthroplastie de la cheville						
NGKA001	Remplacement de l'articulation tibiotaliennne par prothèse Descriptif : NGKA001-01 Remplacement de l'articulation tibiotaliennne droite par prothèse Descriptif : NGKA001-02 Remplacement de l'articulation tibiotaliennne gauche par prothèse	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	J,K,M,O,T,X	472,19	543	1
		0 4 Y	4,7,A,M	123,43	151	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
14.03.04.08 Ablation de prothèse de la cheville						
NGGA001	Ablation d'une prothèse tibiotaliennne Descriptif : NGGA001-01 Ablation d'une prothèse tibiotaliennne droite Descriptif : NGGA001-02 Ablation d'une prothèse tibiotaliennne gauche	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	295,65	313	1
		0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	102,61	116	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NGGA002	Ablation d'une prothèse tibiotaliennne avec arthrodèse Descriptif : NGGA002-01 Ablation d'une prothèse tibiotaliennne droite avec arthrodèse Descriptif : NGGA002-02 Ablation d'une prothèse tibiotaliennne gauche avec arthrodèse	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	492,05	489	1
		0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	149,09	187	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
14.03.04.09 Résection de l'articulation de la cheville						
NGFA001	Résection "en bloc" de l'articulation de la cheville [Arthrectomie monobloc de la cheville]	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	I,J,K,T	370,81	388	1
		0 4 Y	4,5,7,A	112,17	147	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

14.03.04.10 Reconstruction de l'articulation de la cheville

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NGMA001 Reconstruction de l'articulation de la cheville avec arthrodèse, après perte de substance segmentaire	0	1	Y	9,I,J,K,M,T	411,93	472	1
	0	4	Y	4,7,A,M	121,51	181	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA003, PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)

14.03.04.11 Libération mobilisatrice de l'articulation [Arthrolyse] de la cheville

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NGPC001 Libération mobilisatrice de l'articulation tibiotalienne et/ou synovectomie tibiotalienne, par arthroscopie	0	1	Y	I,J,K,M,T	287,85	221	1
	0	4	Y	4,7,A,M	92,73	93	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NGPA002 Libération mobilisatrice de l'articulation tibiotalienne et/ou synovectomie tibiotalienne, par arthrotomie	0	1	Y	9,J,K,M,T,X	258,79	193	1
	0	4	Y	4,7,A,M	89,07	84	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NGPA003 Libération mobilisatrice de l'articulation tibiotalienne et/ou synovectomie tibiotalienne avec allongement du tendon calcanéen [d'Achille], par abord direct	0	1	Y	I,J,K,M,T	309,12	250	1
	0	4	Y	4,7,A,M	120,39	106	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NGPA001 Libération mobilisatrice de l'articulation tibiotalienne et/ou synovectomie tibiotalienne avec allongement et/ou transfert de plusieurs tendons, par abord direct	0	1	Y	J,K,M,T	343,99	294	1
	0	4	Y	4,7,A,M	158,99	128	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

14.03.04.12 Actes thérapeutiques sur l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation de la cheville

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NGCA001 Suture ou reconstruction de l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation tibiotalienne et/ou de l'articulation talocalcanéenne, par abord direct	0	1	Y	J,K,M,T	188,10	179	1
	0	4	Y	4,5,7,A,M	95,60	77	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

14.03.05 Actes thérapeutiques sur les articulations du pied**14.03.05.01 Mobilisation et manipulation du pied**

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NHRP002 Mobilisation d'articulation du pied à visée thérapeutique, sous anesthésie générale ou locorégionale	0	1		I,M	43,96	51	1
	0	4		A,M	48,00	23	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NHRP001 Manipulation de pied pour déformation congénitale, avec confection d'un appareil rigide externe de réduction progressive	0	1		I,T,X	80,83	70	1

À l'exclusion de : manipulation de pied bot varus équin ou de pied convexe, avec confection d'un appareil rigide externe de réduction progressive (NHRP003)

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NHRP003 Manipulation de pied bot varus équin ou de pied convexe, avec confection d'un appareil rigide externe de réduction progressive	0	1		I,T,X	91,46	77	1

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

14.03.05.02 Arthrodèse et arthrorise du pied

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NHDA011 Arthrodèse talocalcanéenne [subtalienne], par arthrotomie	0	1	Y	J,K,M,O,T,X	317,63	343	1
	0	4	Y	4,7,A,M	98,24	107	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NHDA009 Arthrodèse du couple de torsion du pied [talocalcanéenne et médiotarsienne], par abord direct	0	1	Y	9,I,J,K,M,T	331,10	408	1
	0	4	Y	4,7,A,M	103,66	121	1

Avec ou sans : allongement tendineux

Double arthrodèse de l'arrière-pied et du médiopied

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NHDA003 Arthrodèse du couple de torsion du pied [talocalcanéenne et médiotarsienne] avec correction de vices architecturaux, par abord direct	0	1	Y	9,I,J,K,M,T	343,87	434	1
	0	4	Y	4,7,A,M	119,05	130	1

Avec ou sans : allongement tendineux

Opération selon Lambrinudi

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NHDA010 Arthrodèse du couple de torsion du pied [talocalcanéenne et médiotarsienne] avec transfert tendineux, par abord direct	0	1	Y	9,J,K,M,O,T	367,26	460	1
	0	4	Y	4,7,A,M	144,51	139	1

Avec ou sans :

- correction de vices architecturaux

- allongement tendineux

Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NHDA006 Arthrodèse d'un interligne du médiotarse, par arthrotomie	0	1	Y	I,J,K,M,O,T	252,40	278	1
	0	4	Y	4,7,A,M	93,10	90	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NHDA008 Arthrodèse complète du médiotarse, par arthrotomie	0	1	Y	9,J,K,M,T	267,29	361	1
	0	4	Y	4,7,A,M	111,35	114	1

Arthrodèse talocalcanéenne antérieure, talonaviculaire et calcanéocuboïdienne

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NHDA007 Arthrodèse d'une articulation tarsométatarsienne, par arthrotomie	0	1	Y	J,K,M,O,T	180,09	219	1
	0	4	Y	4,7,A,M	80,64	66	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NHDA005 Arthrodèse de plusieurs articulations tarsométatarsiennes, par arthrotomie	0	1	Y	I,J,K,M,T	295,65	284	1
	0	4	Y	4,7,A,M	105,13	91	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NHDA004 Arthrodèse de la première articulation métatarsophalangienne, par arthrotomie	0	1	Y	J,K,M,O,T	177,96	222	1
	0	4	Y	4,7,A,M	81,01	67	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NHDA001 Arthrodèse de la première articulation métatarsophalangienne, avec résection des têtes des métatarsiens latéraux	0	1	Y	I,J,K,M,T	260,91	284	1
	0	4	Y	4,7,A,M	99,89	90	1

Avec ou sans : résection arthroplastique d'orteil latéral

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NHDA002 Arthrodèse de l'articulation interphalangienne du premier orteil, par arthrotomie	0	1	Y	I,J,K,M,T,X	123,37	150	1
	0	4	Y	7,A,M	66,72	40	1

Coder éventuellement 14 : (PAFA010, YYYY188) - 4 : (GELE001, YYYY041)

14.03.05.03 Arthroplastie du pied

Avec ou sans : plastie cutanée

NHMA007 Arthroplastie métatarsophalangienne par résection d'un versant de l'articulation, sur le premier rayon du pied	0 1 Y	J,K,M,T	134,99	108	1
	0 4 Y	4,7,A,M	78,49	53	1
Avec ou sans : - transfert tendineux - résection de l'exostose Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NHMA006 Arthroplastie métatarsophalangienne par résection des deux versants de l'articulation avec résection d'ostéophytes, sur le premier rayon du pied	0 1 Y	9,J,K,M,T	149,60	143	1
	0 4 Y	4,7,A,M	83,92	71	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NHMA003 Arthroplastie métatarsophalangienne par résection de la tête métatarsienne sur un rayon latéral du pied	0 1 Y	J,K,M,T	134,99	117	1
	0 4 Y	4,7,A,M	79,52	58	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NHMA001 Arthroplastie métatarsophalangienne par résection de la tête métatarsienne sur plusieurs rayons latéraux du pied	0 1 Y	J,K,M,T	166,34	157	1
	0 4 Y	4,7,A,M	89,05	72	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NHMA002 Arthroplastie par résection de l'articulation ou arthrodèse interphalangienne d'un orteil latéral	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	83,66	108	1
	0 4 Y	7,A,M	64,15	48	1
Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NHKA001 Remplacement de l'articulation métatarsophalangienne par prothèse sur un rayon du pied	0 1 Y	9,J,K,M,T	173,71	152	1
	0 4 Y	4,7,A,M	83,92	69	1
Descriptif : NHKA001-01 Remplacement de l'articulation métatarsophalangienne par prothèse sur un rayon du pied droit Descriptif : NHKA001-02 Remplacement de l'articulation métatarsophalangienne par prothèse sur un rayon du pied gauche Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

14.03.05.04 Libération mobilisatrice des articulations [Arthrolyse] du pied

Avec ou sans : *plastie cutanée*

NHPA004 Libération mobilisatrice des articulations tarsométatarsiennes sur 5 rayons du pied	0 1 Y	9,J,K,M,T	215,54	265	1
	0 4 Y	4,7,A,M	109,79	120	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NHPA005 Libération mobilisatrice des articulations tarsométatarsiennes avec arthrorise talocalcanéenne	0 1 Y	J,K,M,T,X	342,45	353	1
	0 4 Y	4,7,A,M	120,42	147	1
Traitement chirurgical du pied en Z Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NHPA003 Libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil pour correction d'hallux varus	0 1 Y	I,J,K,M,T	170,87	142	1
	0 4 Y	4,7,A,M	79,18	81	1
Avec ou sans : <i>transfert tendineux</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NHPA002 Libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil avec transfert tendineux ou syndesmopexie	0 1 Y	J,K,M,T	188,10	130	1
	0 4 Y	4,7,A,M	87,06	75	1
À l'exclusion de : <i>libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil pour correction d'hallux varus (NHPA003)</i> <i>Opération selon Mac Bride, selon Petersen</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NHPA001 Libération mobilisatrice d'une articulation métatarsophalangienne, sur un rayon latéral du pied	0 1 Y	J,K,M,O,T	136,13	123	1
	0 4 Y	4,7,A,M	75,51	72	1
Avec ou sans : <i>allongement tendineux</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NHPA006 Libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du cinquième rayon, avec transfert et/ou allongement de tendon, ostéotomie du métatarsien et/ou syndactylisation	0 1 Y	J,K,M,T	188,10	173	1
	0 4 Y	4,7,A,M	97,69	95	1
Correction d'un quintus varus supraductus ou infraductus Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

14.03.05.05 Synovectomie des articulations du pied

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NHFA001 Synovectomie articulaire de l'avant-pied	0 1 Y			9,J,K,M,T	138,96	121	1
	0 4 Y			4,7,A,M	75,14	71	1
Avec ou sans : <i>allongement tendineux</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

14.03.05.06 Actes thérapeutiques sur l'appareil capsuloligamentaire des articulations du pied

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NHMA008 Reconstruction de l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation médiotarsienne	0 1 Y			J,K,M,T	188,10	179	1
	0 4 Y			4,7,A,M	105,20	99	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

14.03.06 Autres actes thérapeutiques sur les articulations du membre inférieur

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NZJB001 Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	0 1			9,F,P,S,U,X	60,30	62	1
	À l'exclusion de : <i>évacuation d'une collection de l'articulation coxofémorale, par voie transcutanée (NEJB001)</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
NZLB001 Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	0 1				30,82	32	1
	À l'exclusion de : <i>synoviorthèse</i> - chimique d'un membre (PBLB002) - isotopique d'un membre (PBL001) facturation : <i>ne peut pas être facturé pour l'injection d'acide hyaluronique</i>						
NZLH002 Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0 1			I	18,76	125	1
	À l'exclusion de : <i>synoviorthèse</i> - chimique d'un membre (PBLB002) - isotopique d'un membre (PBL001) facturation : <i>ne peut pas être facturé pour l'injection d'acide hyaluronique</i>						

NZLH001	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée avec guidage scanographique	0	1		X	23,52	182	1
	À l'exclusion de : synoviorthèse - chimique d'un membre (PBLB002) - isotopique d'un membre (PBL001) facturation : ne peut pas être facturé pour l'injection d'acide hyaluronique							

14.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES MUSCLES, TENDONS ET TISSUS MOUS DU MEMBRE INFÉRIEUR

14.04.01 Actes thérapeutiques sur la hanche et la cuisse

14.04.01.01 Transfert de muscle et de tendon à la hanche et à la cuisse

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NJEA012 Transfert du psoas à travers ou en avant de l'aile iliaque	0	1	Y	I,J,K,M,O,T	307,71	316	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	110,63	118	1
NJEA004 Transfert du psoas à travers ou en avant de l'aile iliaque, avec ostéotomie de l'os coxal ou du fémur	0	1	Y	I,J,K,M,O,T	594,85	637	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	167,36	194	1
NJEA001 Transfert du psoas à travers ou en avant de l'aile iliaque, avec ostéotomie de l'os coxal et du fémur	0	1	Y	9,I,J,K,M,T	771,39	794	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	193,74	247	1

14.04.01.02 Section de tendon [Ténotomie] à la hanche et à la cuisse

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NJPB001 Section de tendon pour correction d'attitude vicieuse de la hanche, par voie transcutanée	0	1		J,K,M,T,X	134,71	136	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4		4,5,7,A,M	82,11	51	1
NJPA035 Section ou allongement de tendon pour correction d'attitude vicieuse de la hanche, par abord unique	0	1	Y	9,J,K,M,T	231,13	245	1
À l'exclusion de : section ou allongement des tendons du muscle psoas et d'autre muscle pour correction d'attitude vicieuse de la hanche, par abord unique (NJPA034) Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	114,29	87	1
NJPA034 Section ou allongement des tendons du muscle psoas et d'autre muscle pour correction d'attitude vicieuse de la hanche, par abord unique	0	1	Y	9,J,K,M,T	271,55	304	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	120,52	103	1
NJPA003 Section ou allongement de tendon pour correction d'attitude vicieuse de la hanche, par plusieurs abords	0	1	Y	I,J,K,M,T	294,94	355	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	150,58	148	1

14.04.01.03 Exérèse d'ossification des tissus mous de la hanche et de la cuisse

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NJFA001 Résection d'ostéome paraarticulaire coxofémoral antérieur, postérieur ou médial	0	1	Y	J,K,M,O,T,X	324,01	373	1
Avec ou sans : libération de l'articulation Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	100,07	122	1
NJFA009 Résection d'ostéome paraarticulaire coxofémoral antérieur et postérieur	0	1	Y	9,J,K,M,T,X	514,73	462	1
Avec ou sans : libération de l'articulation Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	136,72	204	1
NJFA006 Exérèse d'un fragment osseux supratrochantérien	0	1	Y	I,J,K,M,O,T	92,88	138	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,M	70,74	51	1

14.04.02 Actes thérapeutiques sur le genou

14.04.02.01 Suture et réinsertion de muscle et de tendon au genou

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NJEA002 Réinsertion et/ou suture du tendon du muscle quadriceps fémoral	0	1	Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U,X	185,05	167	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	75,88	80	1
NJEA007 Réinsertion et/ou suture du ligament patellaire [tendon rotulien]	0	1	Y	9,F,I,J,K,M,O,P,S,T,U,X	182,92	174	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	79,18	82	1
NJMA002 Reconstruction de l'appareil extenseur du genou par autogreffe ostéotendineuse prélevée sur le genou homolatéral	0	1	Y	J,K,M,T,X	290,69	284	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	114,34	128	1
NJMA001 Reconstruction de l'appareil extenseur du genou par autogreffe ostéotendineuse prélevée sur le genou controlatéral	0	1	Y	I,J,K,T	371,52	304	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A	117,65	137	1

14.04.02.02 Allongement et transfert de tendon au genou

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NJAA002 Allongement et/ou transfert de tendon sans capsulotomie pour correction d'attitude vicieuse du genou, par abord direct	0	1	Y	9,J,K,M,T	271,55	245	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	120,94	110	1
NJAA004 Allongement et/ou transfert de plusieurs tendons avec capsulotomie pour correction d'attitude vicieuse du genou, par abord direct	0	1	Y	9,J,K,M,O,T	307,00	312	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	144,70	121	1

14.04.02.03 Libération de tendon [Ténolyse], ténosynovectomie et peignage de tendon au genou

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NJPA032 Incisions axiales [Peignage] du ligament patellaire [tendon rotulien], sans plastie	0	1	Y	9,J,K,M,T	113,44	130	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,M	70,38	54	1
NJPA016 Incisions axiales [Peignage] du ligament patellaire [tendon rotulien], avec plastie autologue	0	1	Y	9,I,J,K,M,T	143,93	153	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,M	74,78	64	1

14.04.02.04 Raccourcissement de tendon au genou

Avec ou sans : cerclage tibiopatellaire

NJBA002 Raccourcissement du ligament patellaire [tendon rotulien]	0	1	Y	I,J,K,M,O,T	226,17	211	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	109,95	77	1
NJBA001 Raccourcissement du ligament patellaire [tendon rotulien], avec section ou allongement du muscle droit fémoral	0	1	Y	9,I,J,K,M,T	255,95	235	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M	118,74	87	1

14.04.02.05		Autres actes thérapeutiques sur les tissus mous au genou			Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NJFA008	Exérèse d'un hygroma du genou, par abord direct	0	1	Y	I,J,K,M,T,X			92,88	130	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,M			65,24	54	1	
NJMA007	Correction progressive d'une déformation du genou par fixateur externe	0	1	Y	9,J,K,M,T			310,54	431	1	
	Indication : genu flessum, genu recurvatum	0	4	Y	4,7,A,M			150,90	129	1	
	Formation : chirurgien orthopédiste avec formation spécifique en orthopédie pédiatrique nécessaire pour les patients avant maturation osseuse										
	Environnement : plateau d'anesthésie, de chirurgie orthopédique standard et de radiologie ; suivi des patients jusqu'à maturation osseuse										
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)										
14.04.03		Actes thérapeutiques sur la jambe, la cheville et le pied									
14.04.03.01		Suture et réinsertion de muscle et de tendon à la jambe et au pied									
NJMB001	Réparation d'une rupture du tendon calcanéen [d'Achille], par voie transcutanée	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X			134,71	130	1	
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)										
NJCA001	Suture d'un tendon de l'arrière-pied, par abord direct	0	1	Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X			148,89	188	1	
	Laçage du tendon d'Achille	0	4	Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U			80,27	83	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)										
NJMA003	Autoplastie d'un tendon de l'arrière-pied, par abord direct	0	1	Y	J,K,M,O,T			163,07	170	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M			100,04	77	1	
NJEA003	Réinsertion du tendon calcanéen [d'Achille], par abord direct	0	1	Y	9,J,K,M,T			172,29	163	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M			98,58	73	1	
14.04.03.02		Allongement de tendon à la jambe et au pied			Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NJAB001	Allongement du tendon calcanéen [d'Achille], par voie transcutanée	0	1		J,K,M,T			155,89	136	1	
	Forfait : liste SE2										
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)										
NJAA003	Allongement d'un tendon de l'arrière-pied, par abord direct	0	1	Y	J,K,M,O,T			155,98	171	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M			104,45	82	1	
NJAA001	Allongement de plusieurs tendons de l'arrière-pied, par abord direct	0	1	Y	J,K,M,T			249,94	176	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M			119,77	88	1	
NJPA014	Aponévrotomie intramusculaire pour allongement du muscle triceps sural, par abord direct	0	1	Y	J,K,M,O,T			167,32	149	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M			100,04	72	1	
14.04.03.03		Libération de tendon [Ténolyse], ténosynovectomie et peignage de tendon à la jambe et au pied									
NJPA018	Libération, incisions axiales ou ténosynovectomie d'un tendon de l'arrière-pied	0	1	Y	J,K,M,T			188,10	149	1	
	Peignage du tendon calcanéen [d'Achille]	0	4	Y	4,7,A,M			83,14	68	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)										
NJFA005	Ténosynovectomie de plusieurs tendons de l'arrière-pied	0	1	Y	J,K,M,T			188,10	142	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M			81,67	64	1	
14.04.03.04		Transfert de muscle et de tendon à la jambe et au pied			Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NJEA009	Transfert tendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de la flexion dorsale de la cheville	0	1	Y	9,J,K,M,O,T			253,82	267	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M			94,91	113	1	
NJEA011	Transfert tendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de la flexion plantaire de la cheville	0	1	Y	J,K,M,T			218,59	211	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M			89,41	91	1	
NJEA006	Transfert tendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de l'éversion ou de l'inversion du pied	0	1	Y	J,K,M,T			218,59	211	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M			91,62	91	1	
NJEA010	Transfert tendineux pour rétablissement de la fonction intrinsèque du premier orteil et/ou des orteils latéraux	0	1	Y	J,K,M,T,X			164,49	165	1	
	Avec ou sans : ténodèse, capsulodèse ou arthrodèse	0	4	Y	7,A,M			65,98	68	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)										
NJEA008	Transfert tendineux pour rétablissement de l'extension du premier orteil	0	1	Y	J,K,M,T,X			164,49	165	1	
	Avec ou sans : ténodèse, capsulodèse ou arthrodèse	0	4	Y	7,A,M			65,98	68	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)										
14.04.03.05		Section de tendon [Ténotomie] à la jambe et au pied			Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NJPA025	Section ou allongement d'un tendon de muscle extenseur ou de muscle fléchisseur des orteils à l'avant-pied	0	1	Y	J,K,M,T			62,70	72	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,M			53,15	34	1	
NJPA029	Section ou allongement de plusieurs tendons pour correction d'attitude vicieuse du pied	0	1	Y	J,K,M,O,T			232,55	245	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,7,A,M			97,11	102	1	
14.04.03.06		Exérèse de kyste synovial et de bourse séreuse à la jambe et au pied			Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
NGFA002	Exérèse d'un kyste synovial ou d'une bourse séreuse de la cheville ou du pied, par abord direct	0	1	Y	I,J,K,M,T			94,30	100	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	7,A,M			55,35	40	1	
14.04.03.07		Libération des tissus mous à la jambe et au pied									
	Avec ou sans : allongement de tendon										
NJPA023	Libération antérieure de la cheville et du pied, pour pied convexe	0	1	Y	9,J,K,M,T,X			403,42	337	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,A,M			144,63	147	1	
NJPA010	Libérations antérieure et postérieure de la cheville et du pied, pour pied convexe	0	1	Y	I,M,X			491,34	528	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,A,M			162,23	180	1	
NJPA002	Libération des tissus mous de la cheville ou de l'arrière-pied avec capsulotomie, par abord postérieur	0	1	Y	9,I,J,K,M,T			322,60	392	1	
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4	Y	4,A,M			137,67	133	1	

NJPA019	Libération des tissus mous de la cheville ou de l'arrière-pied avec capsulotomie, par abord postérieur et par abord médial	0 1 Y	I,J,K,M,T	438,87	443	1
		0 4 Y	4,A,M	142,80	135	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NJPA009	Libération des tissus mous de la cheville ou de l'arrière-pied et du médiopied avec capsulotomie, par abord postérieur, abord médial et abord latéral	0 1 Y	I,J,K,M,T,X	466,52	467	1
		0 4 Y	4,A,M	147,57	144	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NJPA027	Libération des tissus mous de la cheville ou de l'arrière-pied et du médiopied avec capsulotomie et ostéotomie du tarse ou du métatarse, par abord postérieur, abord médial et abord latéral	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	527,50	548	1
		0 4 Y	4,A,M	172,08	161	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
NJPA007	Aponévrotomie ou aponévrectomie plantaire, ou désinsertion de l'aponévrose plantaire <i>Aponévrectomie pour aponévrosite plantaire de Ledderhose</i>	0 1 Y	9,J,K,M,T	134,00	142	1
		0 4 Y	4,7,A,M	86,51	70	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NJPA015	Aponévrotomie et désinsertion musculaire à la plante du pied [Libération plantaire]	0 1 Y	9,J,K,M,T,X	269,42	262	1
		0 4 Y	4,7,A,M	103,73	112	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NJPA006	Aponévrotomie et désinsertion musculaire à la plante du pied [Libération plantaire] avec ostéotomie du métatarse	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	245,31	272	1
		0 4 Y	4,7,A,M	115,29	115	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
NJEAO05	Alignement d'une camptodactylie d'orteil par libération des tissus mous <i>Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 16.03.08, 16.03.10)</i>	0 1 Y	9,J,K,M,T	161,65	157	1
		0 4 Y	4,7,A,M	84,68	66	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
14.04.03.08 Autres actes thérapeutiques sur les tissus mous au pied						
NDFA007	Exérèse d'un os sésamoïde du pied	0 1 Y	I,J,K,M,T	98,55	106	1
		0 4 Y	7,A,M	59,39	44	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NJMA004	Reconstruction du rétinaculum des muscles fibulaires [gaine des tendons péroniers] par plastie capsuloligamentaire, périostée et/ou osseuse	0 1 Y	J,K,M,T,X	184,34	182	1
		0 4 Y	4,7,A,M	97,14	88	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NJMA005	Correction progressive d'une déformation du pied par fixateur externe <i>Indication : déformations sévères et complexes de la cheville et du pied</i> <i>Formation : chirurgien orthopédiste avec formation spécifique en orthopédie pédiatrique nécessaire pour les patients avant maturation osseuse</i> <i>Environnement : plateau d'anesthésie et de chirurgie orthopédique standard ; suivi des patients jusqu'à maturation osseuse</i>	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	387,82	513	1
		0 4 Y	4,7,A,M	157,87	156	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
NJMA006	Correction progressive d'une déformation du pied par fixateur externe, avec libération des tissus mous <i>Avec ou sans : ostéotomie</i> <i>Indication : déformations sévères et complexes de la cheville et du pied</i> <i>Formation : chirurgien orthopédiste avec formation spécifique en orthopédie pédiatrique nécessaire pour les patients avant maturation osseuse</i> <i>Environnement : plateau d'anesthésie et de chirurgie orthopédique standard ; suivi des patients jusqu'à maturation osseuse</i>	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	505,52	685	1
		0 4 Y	4,7,A,M	189,95	212	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
14.04.03.09 Correction des malformations congénitales du pied						
NZFA012	Amputation d'un orteil surnuméraire, sans reconstruction articulaire	0 1 Y	J,K,M,T,X	175,83	97	1
		0 4 Y	4,5,A,M	79,57	60	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NZFA011	Amputation d'un orteil surnuméraire, avec reconstruction articulaire	0 1 Y	9,J,K,M,T,X	301,33	164	1
		0 4 Y	4,5,A,M	127,75	113	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NZMA002	Reconstruction de l'avant-pied pour malformation de type pied en fourche	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	335,36	452	1
		0 4 Y	4,A,M	166,78	154	1
Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
NZMA001	Reconstruction et réalignement du premier rayon du pied pour malformation <i>Avec ou sans : amputation d'orteil</i>	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	289,98	347	1
		0 4 Y	4,5,A,M	145,37	129	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
NZEAO04	Repositionnement du pied pour agénésie de la fibula	0 1 Y	J,K,M,O,T,X	471,49	503	1
		0 4 Y	4,5,A,M	164,20	146	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
NZEAO01	Repositionnement du pied pour agénésie du tibia	0 1 Y	J,K,M,T	411,28	596	1
		0 4 Y	4,5,A,M	179,59	178	1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
NJFA003	Résection des tissus mous pour hypertrophie et gigantisme du pied	0 1 Y	9,J,K,M,O,T	229,01	276	1
		0 4 Y	4,A,M	124,47	104	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
NJFA004	Résection des tissus mous avec résection osseuse pour hypertrophie et gigantisme du pied avec dysplasie	0 1 Y	9,J,K,M,T,X	403,42	386	1
		0 4 Y	4,A,M	142,43	142	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
QDPA001	Séparation d'une syndactylie des orteils par plastie cutanée d'une ou plusieurs commissures	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	200,65	223	1
		0 4 Y	4,A,M	89,46	87	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
14.04.04 Correction complexe d'attitude vicieuse du membre inférieur						
NJPA030	Section, allongement ou transfert tendineux pour correction unilatérale d'attitude vicieuse de la hanche et du genou, par abord direct	0 1 Y	J,K,O,T	423,98	472	1
		0 4 Y	4,7,A	203,64	175	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

NJPA011	Section, allongement ou transfert tendineux pour correction unilatérale d'attitude vicieuse de la hanche et du genou, avec raccourcissement du ligament patellaire, par abord direct <i>Avec ou sans : cerclage tibiopatellaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,T	553,73	577	1
		0 4 Y	4,7,A	220,86	220	1
NJPA036	Section, allongement ou transfert tendineux pour correction unilatérale d'attitude vicieuse de la hanche et du genou, avec arthrodèse du couple de torsion du pied et correction de vices architecturaux, par abord direct Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	583,68	873	1
		0 4 Y	4,7,A	245,06	268	1
NJPA024	Section, allongement ou transfert tendineux pour correction unilatérale d'attitude vicieuse de la hanche, du genou et du pied, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,J,K,T	538,13	555	1
		0 4 Y	4,7,A	217,20	211	1
NJPA021	Section, allongement ou transfert tendineux pour correction unilatérale d'attitude vicieuse de la hanche, du genou et du pied, avec raccourcissement du ligament patellaire, par abord direct <i>Avec ou sans : cerclage tibiopatellaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T,X	713,25	649	1
		0 4 Y	4,7,A	238,09	250	1
NJPA004	Section, allongement ou transfert tendineux pour correction unilatérale d'attitude vicieuse de la hanche, du genou et du pied, avec arthrodèse du couple de torsion du pied et correction de vices architecturaux, par abord direct Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T,X	766,43	935	1
		0 4 Y	4,7,A	252,76	288	1
NJPA005	Section, allongement ou transfert tendineux pour correction unilatérale d'attitude vicieuse de la hanche, du genou et du pied, avec ostéotomie simple de la diaphyse du fémur, par abord direct Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T,X	855,76	938	1
		0 4 Y	4,7,A	262,27	290	1
NJPA017	Section, allongement ou transfert tendineux pour correction unilatérale d'attitude vicieuse de la hanche, du genou et du pied, avec ostéotomie simple de la diaphyse du fémur et du tibia, par abord direct Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,J,K,T,X	977,00	101	1
		0 4 Y	4,7,A	272,17	315	1
NJPA031	Section, allongement ou transfert tendineux pour correction unilatérale d'attitude vicieuse de la hanche, du genou et du pied, avec ostéotomie simple de la diaphyse du fémur, arthrodèse du couple de torsion du pied et correction de vices architecturaux, par abord direct Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,T	1065,6	105	1
		0 4 Y	4,7,A	277,67	329	1
NJPA013	Section, allongement ou transfert tendineux pour correction bilatérale d'attitude vicieuse de la hanche et du genou, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,J,K,O,T	570,75	699	1
		0 4 Y	4,7,A	257,13	271	1
NJPA026	Section, allongement ou transfert tendineux pour correction bilatérale d'attitude vicieuse de la hanche et du genou, avec raccourcissement du ligament patellaire, par abord direct <i>Avec ou sans : cerclage tibiopatellaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,J,K,T,X	965,66	878	1
		0 4 Y	4,7,A	286,82	346	1
NJPA012	Section, allongement ou transfert tendineux pour correction bilatérale d'attitude vicieuse de la hanche et du genou, avec arthrodèse du couple de torsion du pied et correction de vices architecturaux, par abord direct Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,T	1069,1	142	1
		0 4 Y	4,7,A	329,71	454	1
NJPA022	Section, allongement ou transfert tendineux pour correction bilatérale d'attitude vicieuse de la hanche, du genou et du pied, par abord direct Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T,X	830,95	815	1
		0 4 Y	4,7,A	276,19	320	1
NJPA028	Section, allongement ou transfert tendineux pour correction bilatérale d'attitude vicieuse de la hanche, du genou et du pied, avec raccourcissement du ligament patellaire, par abord direct <i>Avec ou sans : cerclage tibiopatellaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,T,X	1166,3	100	1
		0 4 Y	4,7,A	308,44	400	1
NJPA008	Section, allongement ou transfert tendineux pour correction bilatérale d'attitude vicieuse de la hanche, du genou et du pied, avec arthrodèse du couple de torsion du pied et correction de vices architecturaux, par abord direct Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,T,X	1184,7	154	1
		0 4 Y	4,7,A	345,84	494	1
NJPA020	Section, allongement ou transfert tendineux pour correction bilatérale d'attitude vicieuse de la hanche, du genou et du pied, avec ostéotomie simple de la diaphyse du fémur, par abord direct Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	1063,9	145	1
		0 4 Y	4,7,A	336,66	464	1
NJPA001	Section, allongement ou transfert tendineux pour correction bilatérale d'attitude vicieuse de la hanche, du genou et du pied, avec ostéotomie simple de la diaphyse du fémur et du tibia, par abord direct Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,T,X	1638,5	162	1
		0 4 Y	4,7,A	359,76	522	1
NJPA033	Section, allongement ou transfert tendineux pour correction bilatérale d'attitude vicieuse de la hanche, du genou et du pied, avec ostéotomie simple de la diaphyse du fémur, arthrodèse du couple de torsion du pied et correction de vices architecturaux, par abord direct Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,T,X	1819,2	172	1
		0 4 Y	4,7,A	372,96	555	1

14.05 AUTRES ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE MEMBRE INFÉRIEUR

14.05.01 Confection d'appareillage du membre inférieur

À l'exclusion de : immobilisation initiale de fracture du membre inférieur sans réduction (14.02.07.04)

- adaptation d'un appareil rigide d'immobilisation par gypsotomie

Par appareil d'immobilisation, on entend : appareil d'immobilisation externe non amovible et ne permettant pas de réglage

NFMP001	Confection d'une contention souple du genou	0 1	F,M,P,S,T,U	41,80	43	1
---------	--	-----	-------------	-------	----	---

NGMP001	Confection d'une contention souple de la cheville et/ou du pied, ou confection d'une semelle plâtrée	0 1	F,M,P,S,T,U	20,90	48 1
NZMP012	Confection d'un appareil rigide pelvicrural [pelvijambier] ou pelvipédieux d'immobilisation du membre inférieur <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i>	0 1	F,M,P,S,U	64,47	89 1
ZEMP010	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation pelvifémoral, pelvicrural [pelvijambier] ou pelvipédieux <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	F,M,P,S,T,U	64,47	89 1
ZEMP002	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation pelvibifémoral, pelvibicrural [pelvijambier] ou pelvibipédieux <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)	0 1	F,M,P,S,T,U	94,05	102 1
ZEMP005	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation fémorocrural [fémorojambier], fémoropédieux ou cruropédieux [jambopédieux] <i>Confection d'une botte plâtrée</i> <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	F,M,P,S,T,U	27,57	66 1
ZEMP009	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation solidaire bifémorocrural [bifémorojambier] ou bifémoropédieux <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)	0 1	F,M,P,S,T,U	94,05	80 1
NZMP007	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation du membre inférieur prenant le genou <i>À l'exclusion de : confection d'un appareil rigide pelvicrural [pelvijambier] ou pelvipédieux d'immobilisation du membre inférieur (NZMP012)</i> <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i>	0 1	9,F,M,P,S,U	35,45	66 1
NZMP003	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la jambe, de la cheville et/ou du pied ne prenant pas le genou <i>Confection d'une botte plâtrée</i> <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i>	0 1	F,M,P,S,U	27,57	59 1
NFMP002	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du genou <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i>	0 1	F,I,O,P,S,T,U	47,57	62 1
NGMP002	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation de la cheville <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i>	0 1	F,O,P,S,T,U,X	40,87	33 1

14.05.02 Confection d'orthèse du membre inférieur

Par orthèse, on entend : appareil externe amovible dont le port peut être intermittent, permettant des adaptations, des soins locaux et des actes de rééducation.

À l'exclusion de : utilisation ou pose d'orthèse et d'orthoprothèse inscrites à la liste des produits et prestations remboursables par la Sécurité Sociale [LPP] - Titre II -

ZEMP006	Confection d'une orthèse articulée cruropédieuse [jambopédieuse]	0 1	9,I,T	48,24	51 1
ZEMP001	Confection d'une orthèse articulée fémorocrurale [fémorojambière]	0 1	9,I,T	48,24	57 1
ZEMP003	Confection d'une orthèse non articulée cruropédieuse [jambopédieuse]	0 1	9,T	34,84	38 1
ZEMP007	Confection d'une orthèse non articulée fémorocrurale [fémorojambière]	0 1	9,T	34,84	38 1
ZEMP004	Confection d'une orthèse plantaire	0 1	T	0,00	38 1
ZEMP008	Confection d'une orthèse pour correction d'une déformation et/ou protection des orteils	0 1	T	0,00	24 1

14.05.03 Mise en traction du membre inférieur, pour lésion non traumatique

À l'exclusion de : réduction orthopédique progressive d'une hanche instable non traumatique par traction (cf 14.03.02.02)

NZEPO02	Traction continue cutanée du membre inférieur d'une durée inférieure à 7 jours, pour lésion non traumatique <i>Traction continue cutanée pour rhume de hanche, ostéochondrite du membre inférieur, d'une durée inférieure à 7 jours</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	T	0,00	63 1
NZEPO01	Traction continue cutanée du membre inférieur d'une durée égale ou supérieure à 7 jours, pour lésion non traumatique <i>Traction continue cutanée pour rhume de hanche, ostéochondrite du membre inférieur, d'une durée égale ou supérieure à 7 jours</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	T	0,00	63 1
NZEB001	Traction continue transosseuse du membre inférieur, pour lésion non traumatique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1 Y	T	0,00	68 1

14.05.04 Amputation et désarticulation au membre inférieur

À l'exclusion de : amputation d'orteil supplémentaire (cf 14.04.03.09)

NZFA008	Désarticulation ou amputation interilioabdominale Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,F,I,J,K,M,P,S,T,U 4,5,7,A,F,M,P,S,U	906,10 271,70	433 1 326 1
NZFA006	Désarticulation ou amputation du membre inférieur à travers l'os coxal, l'articulation sacro-iliaque ou le sacrum Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U 4,5,7,A,F,O,P,S,U	822,71 271,70	470 1 359 1
NZFA001	Désarticulation de la hanche Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X 4,5,7,A,F,O,P,S,U	752,96 170,36	298 1 256 1
NZFA007	Amputation transfémorale Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U 4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	287,85 114,00	149 1 113 1
NZFA003	Désarticulation du genou <i>Opération selon Gritti</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X 4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	511,90 135,26	244 1 195 1

NZFA002	Amputation transtibiale	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	284,31	147	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	109,97	113	1
NZFA009	Amputation ou désarticulation à la cheville ou à l'arrière-pied	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U,X	411,22	190	1
	<i>Désarticulation tibiotarsienne</i>	0 4 Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	120,23	150	1
	<i>Désarticulation de l'arrière-pied avec talectomie et arthrodèse tibiocalcanéenne</i>					
	<i>Amputation selon Syme</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NZFA005	Amputation ou désarticulation au médiopied ou à l'avant-pied, sans stabilisation de l'arrière-pied	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	246,73	136	1
	<i>À l'exclusion de : amputation ou désarticulation d'orteil</i>	0 4 Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	83,94	109	1
	<i>Amputation transmétatarsienne</i>					
	<i>Désarticulation de Chopart</i>					
	<i>Désarticulation de Lisfranc</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NZFA013	Amputation ou désarticulation du médiopied ou de l'avant-pied, avec stabilisation de l'arrière-pied	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	482,83	240	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	106,30	195	1
NZFA010	Amputation ou désarticulation d'un orteil	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	107,06	77	1
	<i>Désarticulation interphalangienne d'un orteil ou métatarsophalangienne</i>	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	67,08	54	1
	<i>Amputation transphalangienne d'un orteil</i>					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
NZFA004	Amputation ou désarticulation de plusieurs orteils	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	148,18	91	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	87,34	78	1
14.05.05	Réimplantation au membre inférieur					
NZEA006	Réimplantation du membre inférieur sectionné à la cuisse	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,M,P,S,T,U	787,29	595	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,F,M,P,S,U	276,93	456	1
NZEA002	Réimplantation du membre inférieur sectionné à la jambe	0 1 Y	F,J,K,M,P,S,T,U	846,92	612	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,F,M,P,S,U	276,93	441	1
NZEA007	Réimplantation du pied	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	846,92	612	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A,F,M,O,P,S,U	276,93	425	1
NDEA002	Réimplantation du premier orteil	0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U	737,77	381	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,F,M,O,P,S,U	276,93	270	1
NZEA003	Transplantation du pied à la cuisse avec conservation des pédicules vasculonerveux	0 1 Y	J,K,T	737,77	452	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A	276,93	319	1

15 APPAREIL OSTÉOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE, SANS PRÉCISION TOPOGRAPHIQUE

Par changement de matériel, on entend : ablation de matériel avec pose simultanée d'un matériel de type identique ou analogue sur le même site.

Par remplacement de matériel, on entend : ablation de matériel avec pose simultanée d'un matériel de type différent sur le même site.

Par repose de matériel, on entend : pose de matériel après ablation d'un précédent au cours d'une intervention préalable.

Par évidement d'un os, on entend :

- cratérisation [sautierisation] osseuse

- séquestrectomie osseuse

- curetage de lésion osseuse infectieuse, kystique ou tumorale.

Toute arthrotomie inclut l'arthroscopie peropératoire éventuelle.

Tout acte thérapeutique, par arthroscopie inclut le nettoyage de l'articulation traitée.

Tout acte thérapeutique, par arthrotomie inclut le nettoyage de l'articulation traitée.

L'ostéosynthèse d'une fracture inclut sa réduction simultanée et sa contention par appareillage externe.

L'ostéotomie inclut l'ostéosynthèse et/ou la contention par appareillage externe.

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

La suture de muscle ou de tendon inclut l'immobilisation par appareillage externe ou par arthrorise.

15.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL OSTÉOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE, SANS PRÉCISION TOPOGRAPHIQUE

15.01.01 Échographie de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique

À l'exclusion de : échographie et/ou échographie-doppler de contrôle ou surveillance de pathologie (chapitre 19)

PBQM002	Échographie unilatérale ou bilatérale de l'articulation	0	1		F,P,S,U	34,97	30	2
	À l'exclusion de : échographie unilatérale ou bilatérale de la hanche du nouveau-né (NEQM001)							
	Coder éventuellement 1 : (YYYY187)							
PBQM003	Échographie unilatérale ou bilatérale d'une articulation et de son appareil capsuloligamentaire	0	1		F,P,S,U	37,80	54	2
	À l'exclusion de : échographie unilatérale ou bilatérale de la hanche du nouveau-né (NEQM001)							
	Coder éventuellement 1 : (YYYY187)							
PBQM001	Échographie unilatérale ou bilatérale de plusieurs articulations	0	1		F,P,S,U	37,80	38	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY187)							
PBQM004	Échographie unilatérale ou bilatérale de plusieurs articulations et de leur appareil capsuloligamentaire	0	1		F,P,S,U	37,80	69	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY187)							
PCQM001	Échographie de muscle et/ou de tendo	0	1		F,P,S,U	37,80	37	2
	Coder éventuellement 1 : (ZZQM005)							

15.01.02 Radiographie de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
PAQK003	Radiographie du squelette complet, segment par segment, chez l'enfant	0	1		F,P,S,U,Y,Z	159,60	42	2
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
PAQK004	Radiographie du squelette complet, chez le nouveau-né décédé	0	1		Z	0,00	19	2
PAQK005	Radiographie de l'hémisquelette pour calcul de l'âge osseux, avant l'âge de 2 ans	0	1		Y,Z	19,95	27	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY030)							
PAQK002	Radiographie du squelette pour calcul de l'âge osseux, après l'âge de 2 ans	0	1		Y,Z	19,95	20	2
	Facturation : ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire							
	Coder éventuellement 1 : (YYYY030)							
PAQK001	Radiographie comparative des cartilages de conjugaison des os longs des membres	0	1		E,Y,Z	27,93	17	2
	Coder éventuellement 1 : (YYYY030)							

15.01.03 Scintigraphie de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
PAQL006	Scintigraphie osseuse segmentaire en un temps [temps tardif], sans acquisition complémentaire par un collimateur sténopé	0	1		G	168,71	60	2
PAQL004	Scintigraphie osseuse segmentaire en un temps [temps tardif], avec acquisition complémentaire par un collimateur sténopé	0	1		G	168,71	76	2
PAQL008	Scintigraphie osseuse segmentaire en plusieurs temps, sans acquisition complémentaire par un collimateur sténopé	0	1		G	251,39	92	2
PAQL007	Scintigraphie osseuse segmentaire en plusieurs temps, avec acquisition complémentaire par un collimateur sténopé	0	1		G	251,39	108	2
PAQL003	Scintigraphie osseuse du corps entier en un temps [temps tardif]	0	1		G	168,71	80	2
	Coder éventuellement 1 : (ZZQL007, ZZQL018, ZZQL019)							
PAQL002	Scintigraphie osseuse du corps entier en plusieurs temps	0	1		G	251,39	104	2
	Coder éventuellement 1 : (ZZQL007, ZZQL017)							
PAQL009	Scintigraphie osseuse du corps entier segment par segment en un temps [temps tardif], sans acquisition complémentaire par un collimateur sténopé	0	1		G	168,71	108	2
	Coder éventuellement 1 : (ZZQL017)							
PAQL001	Scintigraphie osseuse du corps entier segment par segment en un temps [temps tardif], avec acquisition complémentaire par un collimateur sténopé	0	1		G	168,71	124	2
PAQL005	Scintigraphie osseuse du corps entier segment par segment en plusieurs temps, sans acquisition complémentaire par un collimateur sténopé	0	1		G	251,39	116	2
PAQL010	Scintigraphie osseuse du corps entier segment par segment en plusieurs temps, avec acquisition complémentaire par un collimateur sténopé	0	1		G	251,39	132	2
PCQL002	Exploration radio-isotopique des masses musculaires squelettiques au repos	0	1		G	180,44	84	2
PCQL001	Exploration radio-isotopique des masses musculaires squelettiques après effort	0	1		G	180,44	124	2

15.01.04 Autres actes d'imagerie de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
--	--	----	---	----	--------------	-------	-----	----

PAQK007	Ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] sur 2 sites, par méthode biphotonique	0	1			39,96	108	2
---------	---	---	---	--	--	-------	-----	---

Code extension documentaire, pour distinguer :

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

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

Indication : Pour un deuxième examen :

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

Indication : Pour un premier examen

- chez la femme ménopausée (y compris pour les femmes sous traitement hormonal de la ménopause à des doses utilisées inférieures aux doses recommandées pour la protection osseuse), indications supplémentaires (par rapport à la population générale)

- . antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au 1er degré,
- . indice de masse corporelle < 19 kg/m²,
- . ménopause avant 40 ans quelle qu'en soit la cause,
- . antécédent de prise de corticoïdes d'une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose ? à 7,5 mg/jour équivalent prednisone

Indication :

- Pour un premier examen :
 - dans la population générale quels que soient l'âge et le sexe
 - . en cas de signes d'ostéoporose : découverte ou confirmation radiologique d'une fracture vertébrale (déformation du corps vertébral) sans contexte traumatique ni tumoral évident ; antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur (sont exclues de ce cadre les fractures du crâne, desorteils, des doigts, du rachis cervical)
 - . en cas de pathologie ou traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose : lors d'une corticothérapie systémique (de préférence au début) prescrite pour une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose ? à 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone ; antécédent documenté de pathologie ou de traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose : hypogonadisme prolongé (incluant l'androgénoprivation chirurgicale [orchidectomie] ou médicamenteuse [traitement prolongé par un analogue de la Gn-Rh]), hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive et ostéogenèse imparfaite
- Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale, formation technique des opérateurs et formation à l'interprétation des résultats de l'examen. La compétence en radioprotection est obligatoire
- Environnement : spécifique ; respect des modalités de contrôle qualité des dispositifs d'ostéodensitométrie utilisant les radiations ionisantes (décision Afssaps du 20 avril 2005)

PAQK900	Ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] du corps entier par méthode biphotonique, pour affection osseuse autre que constitutionnelle	0	1			0,00	120	2
---------	--	---	---	--	--	------	-----	---

PAQK008	Ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] du corps entier par méthode biphotonique, pour affection osseuse constitutionnelle chez l'enfant	0	1			0,00	130	2
---------	--	---	---	--	--	------	-----	---

Ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] du corps entier par méthode biphotonique, pour ostéogénèse imparfaite [maladie des os de verre]

15.01.05 Explorations fonctionnelles de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique

PEQP004	Analyse métrologique de la posture, de la locomotion et/ou des gestuelles chez un patient monodéficient	0	1	modificateur		0,00	18	2
---------	--	---	---	--------------	--	------	----	---

Descriptif : PEQP004-P0 Analyse métrologique de la posture, de la locomotion et/ou des gestuelles chez un patient monodéficient, sans plateau technique spécialisé pour AQMM

Descriptif : PEQP004-P1 Analyse métrologique de la posture, de la locomotion et/ou des gestuelles chez un patient monodéficient, avec plateau technique spécialisé pour AQMM

À l'exclusion de : analyse

- tridimensionnelle de la marche sur plateforme de force (NKQP003)
- baropodométrie de la marche (NKQP002)
- de la posture verticale statique et/ou dynamique sur plateforme de force [Posturographie] (CEQP005)

Rachimétrie informatisée, paramètres temporospatiaux informatisés de la marche chez un patient monodéficient

PEQP002	Analyse métrologique de la posture, de la locomotion et/ou des gestuelles chez un patient polydéficient	0	1			65,11	26	2
---------	--	---	---	--	--	-------	----	---

Descriptif : PEQP002-P0 Analyse métrologique de la posture, de la locomotion et/ou des gestuelles chez un patient polydéficient, sans plateau technique spécialisé pour AQMM

Descriptif : PEQP002-P1 Analyse métrologique de la posture, de la locomotion et/ou des gestuelles chez un patient polydéficient, avec plateau technique spécialisé pour AQMM

À l'exclusion de : analyse

- tridimensionnelle de la marche sur plateforme de force (NKQP003)
- baropodométrie de la marche (NKQP002)
- de la posture verticale statique et/ou dynamique sur plateforme de force [Posturographie] (CEQP005)

Rachimétrie informatisée, paramètres temporospatiaux informatisés de la marche chez un patient polydéficient

Indication : quantification, en deuxième intention, des déficiences motrices lorsque l'examen clinique est insuffisant

Formation : spécifique en analyse du mouvement, en plus de la formation initiale, sauf pour les médecins de médecine physique et réadaptation

Environnement : présence permanente du médecin, local de superficie supérieure ou égale à 10 m²

NKQP003 Analyse tridimensionnelle de la marche sur plateforme de force	0	1			156,42	205	2
<p>À l'exclusion de : analyse</p> <ul style="list-style-type: none"> - métrologique de la posture, de la locomotion et/ou des gestuelles chez un patient monodéficient (PEQP004) - métrologique de la posture, de la locomotion et/ou des gestuelles chez un patient polydéficient (PEQP002) - baropodométrie de la marche (NKQP002) - instrumentale de la cinématique de la marche (NKQP001) - de la posture verticale statique et/ou dynamique sur plateforme de force (posturographie) (CEQP005) <p>Analyse métrologique informatisée des paramètres cinématiques, cinétiques, temporospatiaux, des variables électromyographiques dynamiques dans les troubles complexes de la marche</p> <p>Indication : évaluation et quantification, en deuxième intention, des troubles complexes de la marche responsables d'un handicap sévère en complément de l'examen clinique et des autres méthodes manuelles ou instrumentales d'évaluation</p> <p>Formation : spécifique en analyse du mouvement, en plus de la formation initiale, sauf pour les médecins de médecine physique et réadaptation</p> <p>Environnement : réalisation dans un laboratoire de la marche</p> <p>Facturation : compte rendu détaillé avec interprétation des données et élaboration d'un projet thérapeutique</p>							
NKQP002 Analyse baropodométrie de la marche	0	1			0,00	26	2
<p>Descriptif : NKQP002-P0 Analyse baropodométrie de la marche, sans plateau technique spécialisé pour AQMM</p> <p>Descriptif : NKQP002-P1 Analyse baropodométrie de la marche, avec plateau technique spécialisé pour AQMM</p>							
NKQP001 Analyse instrumentale de la cinématique de la marche	0	1			65,11	35	2
<p>Descriptif : NKQP001-P0 Analyse instrumentale de la cinématique de la marche, sans plateau technique spécialisé pour AQMM</p> <p>Descriptif : NKQP001-P1 Analyse instrumentale de la cinématique de la marche, avec plateau technique spécialisé pour AQMM</p> <p>Facturation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - acte réalisé chez un patient polydéficient - compte rendu détaillé avec interprétation des données et élaboration d'un projet thérapeutique 							
PEQP003 Mesure de la force, du travail et de la puissance musculaire de 1 ou 2 articulations, par dynamomètre informatisé et motorisé	0	1			65,11	35	2
<p>Indication : évaluation et quantification, en deuxième intention, des déficiences musculaires pour objectiver l'efficacité d'un programme de rééducation du genou</p> <p>Formation : formation complémentaire et spécifique en isocinétisme, sauf pour les médecins de médecine physique et réadaptation</p> <p>Facturation : suivi d'un programme de rééducation validé par la société française de médecine physique et de réadaptation [SOFMER] dans les 18 premiers mois postopératoires d'une reconstruction de ligament croisé du genou, 3 actes au plus peuvent être facturés par patient</p>							
PEQP001 Mesure de la force, du travail et de la puissance musculaire de 3 articulations ou plus, par dynamomètre informatisé et motorisé	0	1			0,00	57	2
PDQB001 Mesure directe de la pression tissulaire dans les loges musculaires des membres, par voie transcutanée	0	1			0,00	62	2
NJQP001 Mesure du volume du pied et/ou de la jambe par déplacement d'eau ou méthode optoélectronique	0	1		T	0,00	34	2
15.01.06 Biopsie de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
PCHB001 Biopsie musculaire, par voie transcutanée	0	1			41,80	32	2
<p>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</p>							
PDHA001 Biopsie des tissus mous sous-fasciaux, par abord direct	0	1	Y		41,80	39	1
<p>À l'exclusion de : biopsie, par abord direct</p> <ul style="list-style-type: none"> - de nerf périphérique (AHHA001) - neuromusculaire (AHHA002) - d'artère des membres ou du cou (EBHA002) - unilatérale ou bilatérale de l'artère temporale superficielle (EBHA001) <p>Avec ou sans : biopsie de la peau et/ou des tissus sous-cutanés sus-fasciaux</p> <p>Biopsie musculaire chirurgicale</p> <p>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</p>							
15.01.07 Examen anatomopathologique de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire							
<p>Par structure anatomique, on entend : élément du corps humain, unitissulaire ou pluritissulaire, topographiquement délimité, constituant un ensemble organisé destiné à remplir un rôle déterminé ou une fonction. Il peut s'agir par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'un organe : estomac, peau, muscle, - d'une entité concourant à une finalité caractéristique : méninge, séreuse, - d'une région anatomique : médiastin, région rétropéritonéale <p>Par pièce d'exérèse, on entend : exérèse partielle ou totale, monobloc ou en plusieurs fragments non différenciés par le préleveur, pour chaque structure anatomique</p> <p>Par berge, on entend : limite de la résection [incision].</p> <p>Par recoupe, on entend : exérèse supplémentaire effectuée par le préleveur, au-delà des berges de l'exérèse initiale</p> <p>Avec ou sans : examen de berge</p> <p>Par groupe lymphonodal [ganglionnaire lymphatique], on entend : ensemble de noeuds [ganglions] lymphatiques non différenciés par le préleveur au cours d'un curage lymphonodal [ganglionnaire]</p> <p>L'examen anatomopathologique, inclut : l'examen macroscopique et microscopique de pièce d'exérèse</p> <p>L'examen anatomopathologique d'un organe inclut : l'examen du feuillet viscéral de son éventuelle séreuse</p> <p>L'examen anatomopathologique de pièce d'exérèse inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalun ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de</p>							

réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans : – coloration spéciale

– coupes sériées

– empreinte par apposition cellulaire

– écrasis cellulaire

Facturation :

– un seul acte peut être facturé que l'exérèse soit monobloc ou en fragments non différenciés par le préleveur, partielle ou totale, pour chaque structure anatomique

La pièce d'exérèse pour examen anatomopathologique à visée carcinologique inclut :

– les structures anatomiques ayant un rapport de continuité ou de contiguïté [organes de voisinage] quel qu'en soit le nombre

– les éventuelles recoupes

– les noeuds [ganglions] lymphatiques ou groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] satellites non différenciés par le préleveur

Par examen anatomopathologique à visée carcinologique, on entend : examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de lésion présumée cancéreuse ou précancéreuse

L'examen anatomopathologique à visée carcinologique, inclut : l'examen anatomopathologique de lésion cancéreuse de découverte fortuite lors de l'intervention ou de l'examen anatomopathologique

À l'exclusion de : examen anatomopathologique de lésion précancéreuse de découverte fortuite lors de l'examen anatomopathologique

Coder éventuellement :

– examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une autre structure anatomique différenciée par le préleveur

– examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] différenciés par le préleveur ou de pièce de curage lymphonodal [ganglionnaire]

15.01.07.01 Examen anatomopathologique de pièce d'amputation de membre

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
PZQX005 Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'amputation partielle ou totale d'un doigt ou d'un orteil	0	1			74,13	84	5
PZQX004 Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'amputation partielle ou totale de main, de pied ou de plusieurs doigts ou orteils	0	1			84,77	112	5
PZQX008 Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'amputation partielle ou totale de membre	0	1			152,57	459	5

À l'exclusion de : examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'amputation partielle ou totale :

- d'un doigt ou d'un orteil (PZQX005)
- de main, de pied ou de plusieurs doigts ou orteils (PZQX004)

15.01.07.02 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
PAQX004 Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de tumeur de l'os et/ou de cartilage	0	1			144,45	191	5
PDQX005 Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de tumeur des tissus mous fasciaux et/ou sousfasciaux [aponévrotiques et/ou sousaponévrotiques]	0	1			93,14	138	5

15.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES OS ET LES ARTICULATIONS, SANS PRÉCISION TOPOGRAPHIQUE

15.02.01 Perforation et forage osseux, sans précision topographique

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
PACB001 Perforation ou forage d'un os, ou injection intraosseuse, par voie transcutanée	0	1		X	87,10	114	1

À l'exclusion de :

- injection intraosseuse de moelle (PALB001)
- injection dans la tête fémorale (NBCB003)
- spondyloplastie (cf 12.02.01.01)
- cimentoplastie intraosseuse extrarachidienne, par voie transcutanée avec guidage radiologique (PAMH001)

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

PAMH001 Cimentoplastie intraosseuse extrarachidienne, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0	1		9	139,36	100	1
	0	4		7,A	73,31	30	1

Indication : affection tumorale
Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale
Environnement : spécifique

Coder éventuellement 1 : (YYYY140, YYYY300) - 4 : (GELE001, YYYY041)

PALB900 Injection intraosseuse de moelle	0	1			0,00	165	1
---	---	---	--	--	------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

PACC001 Perforation ou forage d'une épiphyse fertile, par arthroscopie	0	1	Y	J,K,T,X	218,37	171	1
	0	4	Y	7,A	63,78	74	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

PACA001 Perforation ou forage d'une épiphyse fertile, par arthrotomie	0	1	Y	9,J,K,T,X	217,66	177	1
	0	4	Y	7,A	64,52	77	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

15.02.02 Prélèvement d'os, sans précision topographique

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
PAFA008 Prélèvement d'un os long complet, sur un sujet en état de mort encéphalique	0	1			0,00	146	1
	0	4		A	0,00	54	1
PAFA001 Prélèvement de plusieurs os longs complets sur un membre, sur un sujet en état de mort encéphalique	0	1			0,00	222	1
	0	4		A	0,00	88	1
PAFA002 Prélèvement de plusieurs os longs complets sur plusieurs membres, sur un sujet en état de mort encéphalique	0	1			0,00	368	1
	0	4		A	0,00	150	1
PAFA006 Prélèvement d'un os autre qu'un os long, sur un sujet en état de mort encéphalique	0	1			0,00	141	1
	0	4		A	0,00	50	1

15.02.03 Fixation osseuse, sans précision topographique

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
PADA003 Fixation ou exérèse de noyau d'ossification accessoire, par abord direct	0	1	Y	9,J,K,O,T	121,24	185	1
	0	4	Y	4,7,A	86,14	55	1
PADB002 Épiphysoïdèse d'un cartilage de croissance, par voie transcutanée	0	1		J,K,T,X	153,14	200	1
	0	4		4,7,A	88,71	60	1

Indication : déformation et/ou inégalité de longueur évolutive des membres de plus de 2,5 cm
Formation : nécessité d'une formation en orthopédie pédiatrique en plus de la formation en chirurgie orthopédique
Environnement : bloc opératoire standard de chirurgie orthopédique, réalisation de l'acte après concertation médicochirurgicale ; nécessité d'un suivi régulier jusqu'à maturation osseuse

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

PADA001 Épiphysoïdèse sur un cartilage de croissance, par abord direct À l'exclusion de : épiphysoïdèse au genou (cf 14.02.02.06) Indication : déformation axiale, inégalité de longueur évolutive Formation : nécessité d'une formation en orthopédie pédiatrique en plus de la formation en chirurgie orthopédique Environnement : bloc opératoire standard de chirurgie orthopédique, réalisation de l'acte après concertation médicochirurgicale ; nécessité d'un suivi régulier jusqu'à maturation osseuse Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T,X	161,65	208	1
	0 4 Y	4,7,A	90,17	64	1
PADB001 Épiphysoïdèse de plusieurs cartilages de croissance, par voie transcutanée Indication : déformation et/ou inégalité de longueur évolutive des membres de plus de 2,5 cm, impliquant 2 cartilages de croissance et plus Formation : nécessité d'une formation en orthopédie pédiatrique en plus de la formation en chirurgie orthopédique Environnement : bloc opératoire standard de chirurgie orthopédique, réalisation de l'acte après concertation médicochirurgicale ; nécessité d'un suivi régulier jusqu'à maturation osseuse Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1	9,I,J,K,T	215,54	250	1
	0 4	4,7,A	107,95	80	1
15.02.04 Ostéotomie, sans précision topographique	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
PAPA003 Ostéotomies multiples d'alignement avec abord des deux extrémités d'un os long, par abord direct Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	376,20	483	1
	0 4 Y	4,7,A	188,10	144	1
PAPA001 Ostéotomies multiples d'alignement avec abord des deux extrémités de plusieurs os longs homolatéraux, par abord direct Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,O,T	558,69	750	1
	0 4 Y	4,7,A	199,65	234	1
PAPA002 Ostéotomie itérative pour cal prématuré au cours de l'allongement progressif d'un os long Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T	175,83	180	1
	0 4 Y	4,7,A	95,30	69	1
15.02.05 Évidement osseux, sans précision topographique	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
PAGA006 Évidement d'une épiphyse active sans comblement, par arthrotomie À l'exclusion de : évidement sans comblement - de l'épiphyse proximale de l'humérus en présence d'un cartilage épiphysaire actif, par abord direct (MBGA002) - du fémur ou du tibia, par abord direct (cf 14.02.02.04) Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T,X	204,90	211	1
	0 4 Y	4,7,A	98,23	87	1
PAGA003 Évidement d'une épiphyse active avec comblement, par arthrotomie À l'exclusion de : évidement avec comblement - de l'épiphyse proximale de l'humérus en présence d'un cartilage épiphysaire actif, par abord direct (MBGA001) - du fémur ou du tibia, par abord direct (cf 14.02.02.04) Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,J,K,T	253,11	260	1
	0 4 Y	4,7,A	116,01	107	1
PAGA005 Évidement d'une épiphyse, par abord extraarticulaire Coder éventuellement 14 : (PAFA010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	I,J,K,M,T,X	272,97	354	1
	0 4 Y	4,7,A,M	108,50	115	1
15.02.06 Résection osseuse, sans précision topographique	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
PAFA005 Résection segmentaire d'un os avec ostéosynthèse, pour pseudarthrose congénitale À l'exclusion de : résection segmentaire de pseudarthrose congénitale, avec ostéosynthèse - de la clavicule (MAFA005) - du fémur (NBFA002) - du tibia et/ou de la fibula (NCFA004) Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,O,T	409,09	403	1
	0 4 Y	4,7,A	188,10	144	1
PAFA007 Résection segmentaire d'un os avec ostéosynthèse et transfert axial progressif de fragment osseux, pour pseudarthrose congénitale À l'exclusion de : résection segmentaire de pseudarthrose congénitale, avec ostéosynthèse et transfert axial progressif - du fémur (NBFA006) - du tibia et/ou de la fibula (NCFA007) Coder éventuellement 14 : (YYYY188) - 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	503,45	565	1
	0 4 Y	4,7,A	159,36	176	1
15.02.07 Ablation, changement et modification de matériel d'ostéosynthèse, sans précision topographique Facturation : les actes d'ablation de matériel sur un os ne peuvent pas être facturés avec les actes d'exérèse, ou de résection partielle d'un os, d'ostéophytes ou d'exostose sur le même os					
PAGA011 Ablation de matériel d'ostéosynthèse des membres sur un site, par abord direct À l'exclusion de : ablation par abord direct, de matériel d'ostéosynthèse - centromédullaire des membres sur un site (PAGA010) - de la scapula (MAGA001) - de la main (MDGA002) - de l'acétabulum ou de l'os coxal (NAGA001) - du fémur (NBGA007) - du pied (NDGA003) Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	112,73	137	1
	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	61,22	63	1
PAGA009 Ablation de matériel d'ostéosynthèse des membres sur plusieurs sites, par abord direct À l'exclusion de : ablation par abord direct, de matériel d'ostéosynthèse - centromédullaire des membres sur plusieurs sites (PAGA008) - de la scapula (MAGA001) - de la main (MDGA002) - de l'acétabulum ou de l'os coxal (NAGA001) - du fémur (NBGA007) - du pied (NDGA003) Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U,X	205,61	310	1
	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	89,26	80	1

PAGA010	Ablation de matériel d'ostéosynthèse centromédullaire des membres sur un site, par abord direct <i>À l'exclusion de : ablation par abord direct, de matériel d'ostéosynthèse</i> <i>- de la main (MDGA002)</i> <i>- du fémur (NBGA007)</i> <i>- du pied (NDGA003)</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	104,22	124	1		
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	59,02	57	1		
PAGA008	Ablation de matériel d'ostéosynthèse centromédullaire des membres sur plusieurs sites, par abord direct Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	190,72	280	1		
		0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	85,59	70	1		
PAGB003	Ablation d'un fixateur externe ou d'un système externe d'allongement progressif d'un os des membres Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	66,65	82	1		
PAGB004	Ablation de broche d'ostéosynthèse non enfouie Coder éventuellement 1 : (YYYY012, ZZLP025)	0 1	F,J,K,M,O,P,S,T,U	41,80	51	1		
PAGB002	Ablation de matériel d'ostéosynthèse enfoui, par voie transcutanée sans guidage <i>À l'exclusion de : ablation par voie transcutanée sans guidage</i> <i>- de broche d'ostéosynthèse enfouie (PAGB001)</i> <i>- de matériel d'ostéosynthèse enfoui de la main (MDGB001)</i> <i>Forfait : liste SE2</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY012, ZZLP025)	0 1	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	75,15	108	1		
PAGB001	Ablation de broche d'ostéosynthèse enfouie, par voie transcutanée sans guidage <i>À l'exclusion de : ablation de matériel d'ostéosynthèse enfoui de la main, par voie transcutanée sans guidage (MDGB001)</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY012, ZZLP025)	0 1	9,F,M,O,P,S,U	51,05	71	1		
PAGH001	Ablation de matériel d'ostéosynthèse enfoui, par voie transcutanée avec guidage radiologique <i>Forfait : liste SE2</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY012, ZZLP025)	0 1	F,J,K,M,O,P,S,T,U	62,70	102	1		
PAKB002	Changement complet d'un système externe d'allongement osseux progressif Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,M,T	313,50	394	1		
		0 4 Y	4,7,A,M	128,50	106	1		
PAKB001	Changement de fiche ou broche d'un fixateur externe ou d'un système externe d'allongement osseux Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	M	0,00	179	1		
PAMP001	Réglage secondaire et/ou modification des axes d'un fixateur externe ou d'un système externe d'allongement progressif, sous anesthésie générale ou locorégionale Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1	I,J,K,T	141,80	217	1		
		0 4	7,A	53,15	57	1		
15.02.08 Autres actes thérapeutiques sur les os et les articulations, sans précision topographique		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
PAFH001	Tumorectomie ostéoarticulaire d'un membre, par voie transcutanée avec guidage scanographique Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 1 : (YYYY140, YYYY300) - 4 : (YYYY041)	0 1			M	209,00	482	1
		0 4			4,7,A,M	94,49	120	1
PANH001	Destruction d'une tumeur osseuse bénigne par agent physique par voie transcutanée, avec guidage scanographique <i>A l'exclusion de : Tumorectomie ostéoarticulaire d'un membre, par voie transcutanée, avec guidage scanographique</i> <i>Indication : ostéotome ostéide typique sur le plan clinique et imagerie</i> <i>Environnement : en salle de radiologie interventionnelle ; concertation multidisciplinaire</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> <i>Facturation : ne peut être facturé pour le rachis</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1			9,I	306,19	0	1
		0 4			4,7,A	93,27	0	1
EZNH002	Sclérose d'une lésion vasculaire ostéoarticulaire d'un membre, par injection transcutanée intralésionnelle d'agent pharmacologique avec guidage radiologique Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP025)	0 1			T,X	231,30	270	1
EZNH001	Sclérose d'une lésion vasculaire ostéoarticulaire d'un membre, par injection transcutanée intralésionnelle d'agent pharmacologique avec guidage scanographique Coder éventuellement 1 : (YYYY180, YYYY300, ZZLP025)	0 1			T	104,50	316	1
PANL001	Irradiation interne d'une lésion osseuse par injection intraveineuse d'agent pharmacologique radio-isotopique	0 1 Y			G	79,71	48	1
PAGA007	Désépiphysiodèse d'un os long, par abord direct <i>À l'exclusion de : désépiphysiodèse</i> <i>- de phalange triangulaire de doigt (MDGA005)</i> <i>- du fémur ou du tibia (cf 14.02.02.06)</i> <i>Indication : épiphysiodèse avec déformation axiale et/ou inégalité de longueur évolutive de membre sans possibilité de correction spontanée chez un enfant présentant une croissance résiduelle suffisante pour permettre la correction de la déformation</i> <i>Formation : nécessité d'une formation en orthopédie pédiatrique en plus de la formation en chirurgie orthopédique</i> <i>Environnement : bloc opératoire standard de chirurgie orthopédique, réalisation de l'acte après concertation médicochirurgicale ; nécessité d'un suivi régulier jusqu'à maturation osseuse</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	318,34	418	1		
		0 4 Y	4,7,A,M	141,76	99	1		
PBJH001	Évacuation de calcification articulaire d'un membre, par voie transcutanée avec guidage radiologique Coder éventuellement 1 : (YYYY120, YYYY300, ZZLP025)	0 1			T,X	63,65	161	1
PBLB001	Injection d'agent pharmacologique dans l'appareil capsuloligamentaire d'une articulation, par voie transcutanée sans guidage	0 1			9,X	20,77	10	1
PBLB002	Synoviorthèse chimique d'un membre <i>Facturation : la synoviorthèse à l'hexacétone de triamcinolone (Hexatrione®) ne peut pas être facturée.</i>	0 1			I,T,X	51,59	50	1

PBL001	Synoviorthèse isotopique d'un membre	0 1 Y	T	14,29	74	1
	Activité 1 : préparation du produit radio-isotopique	0 2 Y	T	17,93	0	1
	Activité 2 : injection intraarticulaire du produit radio-isotopique					
PAGA002	Ablation de greffon ou de matériau inerte non prothétique de la diaphyse d'os long	0 1 Y	F,I,J,K,M,O,P,S,T,U	141,80	141	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	58,65	55	1
15.02.09	Appareillage ostéoarticulaire, sans précision topographique					
	Par orthèse, on entend : appareil externe amovible dont le port peut être intermittent, permettant des adaptations, des soins locaux et des actes de rééducation.					
	À l'exclusion de : utilisation ou pose d'orthèse et d'orthoprothèse inscrites à la liste des produits et prestations remboursables par la Sécurité Sociale [LPP] - Titre II -					
PZMP001	Modification d'un appareillage de contention ou d'une orthèse des membres ou de la colonne vertébrale	0 1		0,00	30	1
PZMP002	Adaptation d'une orthèse modulaire articulée d'un membre	0 1		0,00	33	1
15.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES TISSUS MOUS, SANS PRÉCISION TOPOGRAPHIQUE						
15.03.01	Injection dans les tissus mous, sans précision topographique					
PCLB001	Infiltration de zone déclic [point gachette] par voie transcutanée, pour syndrome myofascial	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1	I	22,11	25	1
PCLB002	Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés par voie transcutanée, sans examen électromyographique de détection	0 1 Y	X	93,31	34	1
	À l'exclusion de :					
	- séance d'injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique au niveau des paupières (BALB001)					
	- injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique dans les muscles oculomoteurs (BJLB901)					
	- injection de toxine botulique au niveau de la face (LCLB001)					
	Indication : torticollis spasmodique [dystonie cervicale], traitement symptomatique local de la spasticité des membres					
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale					
	Facturation : enfant de plus de 2 ans et adulte ; médecin spécialiste autorisé					
	Forfait : liste SE6					
PCLB003	Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés par voie transcutanée, avec examen électromyographique de détection	0 1 Y	9,X	116,64	42	1
	À l'exclusion de :					
	- séance d'injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique au niveau des paupières (BALB001)					
	- injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique dans les muscles oculomoteurs (BJLB901)					
	- injection de toxine botulique au niveau de la face (LCLB001)					
	Indication : torticollis spasmodique [dystonie cervicale], traitement symptomatique local de la spasticité des membres					
	Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale					
	Facturation : enfant de plus de 2 ans et adulte ; médecin spécialiste autorisé					
	Forfait : liste SE6					
15.03.02	Suture et plastie de muscle et de tendon, sans précision topographique					
PCCA001	Suture de rupture de muscle	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	134,00	146	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	67,08	73	1
PCCA002	Suture de plaie ou de rupture de tendon	0 1 Y	9,F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	133,29	140	1
	À l'exclusion de : suture de plaie de tendon	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	67,08	73	1
	- de la coiffe des rotateurs de l'épaule (cf 13.04.01.01)					
	- du poignet et de la main (cf 13.04.02.01, 13.04.03.02, 13.04.03.03)					
	- de l'appareil extenseur du genou (cf 14.04.02.01)					
	- de l'arrière-pied (cf 14.04.03.01)					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
PCMA001	Plastie d'allongement ou de raccourcissement de tendon par dédoublement ou retournement, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	155,89	133	1
	À l'exclusion de : plastie de tendon par abord direct	0 4 Y	4,7,A,M	78,49	68	1
	- des muscles épicondyliens latéraux au coude (MJPA012)					
	- de la main (cf 13.04.02.02)					
	- de l'appareil extenseur du genou (cf 14.04.02.04)					
	- du tendon calcanéen [d'Achille] (cf 14.04.03.02)					
	- du pied (cf 14.04.03.05)					
	- pour correction d'attitude vicieuse au membre inférieur (cf chapitre 14)					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
15.03.03	Transfert et lambeau musculotendineux pour réanimation motrice, sans précision topographique					
PCEA003	Transfert musculotendineux pédiculé unipolaire pour réanimation motrice, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9,J,K,M,T	269,42	220	1
	À l'exclusion de : transfert musculotendineux	0 4 Y	4,7,A,M	75,88	94	1
	- à l'épaule ou au coude (cf 13.04.01.03)					
	- au poignet ou à la main (cf 13.04.02.04)					
	- du psoas (cf 14.04.01.01)					
	- au genou (cf 14.04.02.02)					
	- à la cheville ou au pied (cf 14.04.03.04)					
	- pour traitement de la paralysie faciale (HAMA015)					
	- pour correction d'attitudes vicieuses du membre inférieur (cf 14.04.04)					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
PCEA001	Transfert musculotendineux pédiculé bipolaire pour réanimation motrice, par abord direct	0 1 Y	I,J,K,M,O,T	317,63	255	1
	À l'exclusion de : transfert musculotendineux	0 4 Y	4,7,A,M	80,64	113	1
	- à l'épaule ou au coude (cf 13.04.01.03)					
	- au poignet ou à la main (cf 13.04.02.04)					
	- du psoas (cf 14.04.01.01)					
	- au genou (cf 14.04.02.02)					
	- à la cheville ou au pied (cf 14.04.03.04)					
	- pour traitement de la paralysie faciale (HAMA015)					
	- pour correction d'attitudes vicieuses du membre inférieur (cf 14.04.04)					
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

PCEA004	Lambeau libre musculotendineux pour réanimation motrice, avec anastomoses vasculaires et nerveuse	0 1 Y	9,I,J,K,M,T	1027,34	789 1
	Coder éventuellement 14 : (EZCA001, EZCA005) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	266,48	408 1
15.03.04 Libération de muscle et de tendon, sans précision topographique					
PCPA003	Désinsertion musculotendineuse	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
	À l'exclusion de : désinsertion	0 1 Y	J,K,M,T	209,00	118 1
	- musculaire pour correction de rétraction de la paupière inférieure (cf 02.02.09)	0 4 Y	7,A,M	66,35	45 1
	- musculaire à la scapula (cf 13.04.01.02)				
	- des muscles épicondyliens latéraux au coude (MJPA012)				
	- des muscles fléchisseurs de la main ou des doigts (MJAA002)				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
PCPA001	Libération neuro-musculo-cutanée d'un membre pour avancement musculotendineux	0 1 Y	I,J,K,M,T	385,70	328 1
	Traitement du syndrome de Volkmann	0 4 Y	4,7,A,M	134,99	150 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
15.03.05 Section de tendon et de fascia, sans précision topographique					
PCPB002	Ténotomie, par voie transcutanée	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
	À l'exclusion de : section de tendon pour correction d'attitude vicieuse de la hanche, par voie transcutanée (NJPB001)	0 1	I,M,X	87,92	77 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
PCPA005	Ténotomie, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T,X	109,90	100 1
	À l'exclusion de : ténotomie, par abord direct	0 4 Y	7,A,M	65,61	42 1
	- du muscle sterno-cléido-mastoïdien (LCPA002)				
	- à la hanche (cf 14.04.01.02)				
	- au pied (cf 14.04.03.05)				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
PCPB001	Fasciomyotomie pour décompression de loge d'un membre, par voie transcutanée	0 1	9,F,J,K,M,O,P,S,T,U	123,37	95 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)				
PCPA004	Fasciomyotomie pour décompression de loge d'un membre, par abord direct	0 1 Y	9,F,J,K,M,O,P,S,T,U	128,33	118 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,M,O,P,S,U	69,65	51 1
PCPA002	Aponévrotomie intramusculaire pour allongement	0 1 Y	I,J,K,M,T	143,93	137 1
	À l'exclusion de : aponévrotomie intramusculaire pour allongement du muscle triceps sural, par abord direct (NJPA014)	0 4 Y	7,A,M	73,68	60 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
15.03.06 Autres actes thérapeutiques sur les tissus mous, sans précision topographique					
PCEA002	Réinsertion transosseuse de tendon, par abord direct	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
	À l'exclusion de : réinsertion transosseuse de tendon sur une phalange d'un doigt, par abord direct (MJEA004)	0 1 Y	J,K,M,T,X	169,45	143 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	75,14	63 1
PCDA001	Ténodèse, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,T	209,00	120 1
	À l'exclusion de : ténodèse	0 4 Y	4,7,A,M	75,14	54 1
	- de la portion articulaire du muscle long biceps brachial (MJDA001)				
	- au coude (MFDA002)				
	- au poignet ou à la main (cf 13.04.02.04)				
	- à la cheville ou au pied (cf 14.04.03.04)				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
PCPA006	Section ou plastie d'agrandissement de poulie de réflexion de tendon, par abord direct	0 1 Y	J,K,M,O,T	125,49	131 1
	À l'exclusion de : section ou plastie d'agrandissement d'une gaine fibreuse digitale palmaire [poulie de réflexion de tendon de muscle fléchisseur des doigts] sur un rayon de la main, par abord direct (MJPA013)	0 4 Y	7,A,M	72,22	57 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
PDAB001	Allongement progressif des tissus mous des membres par pose de fixateur externe, par voie transcutanée	0 1	J,K,M,T	250,80	157 1
	Coder éventuellement 4 : (YYYY041)	0 4	4,7,A,M	83,60	79 1
15.03.07 Réfection de moignon d'amputation de membre					
	Coder éventuellement :				
	- réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 16.03.08, 16.03.10)				
	- ostéosynthèse après régularisation osseuse				
PZMA002	Réfection d'un moignon d'amputation de membre avec régularisation osseuse	0 1 Y	J,K,M,T,X	294,94	166 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	93,47	117 1
PZMA001	Réfection d'un moignon d'amputation de membre avec section, résection ou libération de nerf	0 1 Y	J,K,M,T,X	294,24	170 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	96,41	120 1
PZMA003	Réfection d'un moignon d'amputation de membre avec régularisation osseuse et section, résection ou libération de nerf	0 1 Y	9,J,K,M,T,X	363,72	195 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,M	99,71	131 1

16 SYSTÈME TÉGUMENTAIRE - GLANDE MAMMAIRE

À l'exclusion de : actes spécifiques sur

- la paupière et le sourcil (cf chapitre 02)
- l'auricule (cf chapitre 03)
- le nez (cf chapitre 06)
- la lèvre (cf chapitre 07)
- la région périanale (cf chapitre 07)
- les organes génitaux externes et le périnée (cf chapitre 08)

Par atteinte superficielle [susfasciale] de la peau, on entend : toute atteinte de l'épiderme, du derme et/ou du tissu cellulaire souscutané ne dépassant pas le fascia superficiel.

Par atteinte profonde de la peau et des tissus mous, on entend : atteinte pluritissulaire de la peau et des tissus mous, atteignant le fascia superficiel [fasciale] ou le dépassant [sousfasciale].

16.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR LA PEAU ET LES TISSUS MOUS

16.01.01 Échographie de la peau et des tissus mous

À l'exclusion de : échographie et/ou échographie-doppler de contrôle ou surveillance de pathologie (chapitre 19)

QZQM001	Échographie de la peau, des ongles et/ou des tissus mous	0	1					37,80	24	2
À l'exclusion de : échographie										
- unilatérale ou bilatérale de l'appareil capsuloligamentaire d'articulation (PBQM003, PBQM004)										
- de muscle et/ou de tendon (PCQM001)										
Échographie du trajet souscutané d'un cathéter										
Coder éventuellement 1 : (ZZQM005)										

16.01.02 Scanographie de la peau et des tissus mous

PDQK001	Quantification des différents composants des tissus mous, par scanographie	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex		
		0	1		E,Y,Z	25,27	64	2		
Coder éventuellement 1 : (YYYY600)										

16.01.03 Remnographie [IRM] de la peau et des tissus mous

PDQN001	Quantification des différents composants des tissus mous, par remnographie	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex		
		0	1			69,00	108	2		
Coder éventuellement 1 : (YYYY600)										

16.01.04 Épreuves fonctionnelles sur la peau et les tissus mous

QZQP002	Exploration photobiologique de base par recherche de la dose érythémale minimum [DEM] et phototest itératif	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex		
		0	1			0,00	31	2		

QZRP001	Photoépidermotest par batterie de tests	0	1			0,00	60	2		
---------	--	---	---	--	--	------	----	---	--	--

16.01.05 Ponction et biopsie de la peau et des tissus mous

QZHA001	Biopsie dermoépidermique, par abord direct	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex		
		0	1		O	20,56	22	2		

À l'exclusion de : biopsie de la plaque aréolomamelonnaire (QEHA001)

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

QZHA005	Biopsie des tissus souscutanés susfasciaux, par abord direct	0	1		O,X	25,52	23	2		
Avec ou sans : biopsie dermoépidermique										
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)										

QZHA003	Biopsie de la tablette, du repli et/ou du lit de l'ongle	0	1		O,X	43,43	24	2		
---------	---	---	---	--	-----	-------	----	---	--	--

À l'exclusion de : biopsie

- de la tablette distale non adhérente

- de la matrice unguéale au bistouri circulaire (QZHA002)

- latérolongitudinale de l'appareil unguéal (QZHA004)

Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)

QZHA002	Biopsie de la matrice unguéale au bistouri circulaire	0	1		9,X	46,99	30	2		
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)										

QZHA004	Biopsie latérolongitudinale de l'appareil unguéal	0	1		I,X	72,62	40	2		
Biopsie latérale de la matrice, du repli susunguéal, de l'ongle et du lit de l'ongle										
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)										

16.01.06 Examen anatomopathologique de la peau et des tissus mous

Par structure anatomique, on entend : élément du corps humain, unitissulaire ou pluritissulaire, topographiquement délimité, constituant un ensemble organisé destiné à remplir un rôle déterminé ou une fonction. Il peut s'agir par exemple :

- d'un organe : estomac, peau, muscle,
- d'une entité concourant à une finalité caractéristique : méninge, séreuse,
- d'une région anatomique : médiastin, région rétropéritonéale

L'examen cytopathologique d'un prélèvement inclut : la préparation de l'échantillon, sa fixation, la préparation microscopique avec une coloration standard, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu et le codage

Avec ou sans : coloration spéciale

Par biopsie, on entend : prélèvement sur une structure anatomique d'un fragment biopsique ou de fragments biopsiques multiples non distingués les uns des autres lors du prélèvement.

L'examen histopathologique de biopsie inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalum ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans : - coloration spéciale

- coupes sériées

- empreinte par apposition cellulaire

- écrasis cellulaire

Par pièce d'exérèse, on entend : exérèse partielle ou totale, monobloc ou en plusieurs fragments non différenciés par le préleveur, pour chaque structure anatomique

Par berge, on entend : limite de la résection [incision].

Par recoupe, on entend : exérèse supplémentaire effectuée par le préleveur, au-delà des berges de l'exérèse initiale

Avec ou sans : examen de berge

Par groupe lymphonodal [ganglionnaire lymphatique], on entend : ensemble de noeuds [ganglions] lymphatiques non différenciés par le préleveur au cours d'un curage lymphonodal [ganglionnaire]

L'examen anatomopathologique, inclut : l'examen macroscopique et microscopique de pièce d'exérèse

L'examen anatomopathologique d'un organe inclut : l'examen du feuillet viscéral de son éventuelle séreuse

L'examen anatomopathologique de pièce d'exérèse inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalun ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans : – coloration spéciale

– coupes sériées

– empreinte par apposition cellulaire

– écrasis cellulaire

Facturation :

– un seul acte peut être facturé que l'exérèse soit monobloc ou en fragments non différenciés par le préleveur, partielle ou totale, pour chaque structure anatomique

La pièce d'exérèse pour examen anatomopathologique à visée carcinologique inclut :

– les structures anatomiques ayant un rapport de continuité ou de contiguïté [organes de voisinage] quel qu'en soit le nombre

– les éventuelles recoupes

– les noeuds [ganglions] lymphatiques ou groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] satellites non différenciés par le préleveur

Par examen anatomopathologique à visée carcinologique, on entend : examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de lésion présumée cancéreuse ou précancéreuse

L'examen anatomopathologique à visée carcinologique, inclut : l'examen anatomopathologique de lésion cancéreuse de découverte fortuite lors de l'intervention ou de l'examen anatomopathologique

À l'exclusion de : examen anatomopathologique de lésion précancéreuse de découverte fortuite lors de l'examen anatomopathologique

Coder éventuellement :

– examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une autre structure anatomique différenciée par le préleveur

– examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] différenciés par le préleveur ou de pièce de curage lymphonodal [ganglionnaire]

16.01.06.01 Examen cytopathologique de prélèvement de la peau ou de muqueuse

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ZZQX107 Examen cytopathologique de l'étalement de produit de brossage, de grattage ou d'écouvillonnage de la peau ou de muqueuse	0	1			28,00	26	5
À l'exclusion de : examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus (JKQX347, JKQX261, JKQX147, JKQX426, JKQX027, JKQX015)							

16.01.06.02 Examen histopathologique de biopsie de la peau et des tissus mous

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QZQX021 Examen histopathologique de biopsie de peau avec coloration spéciale pour diagnostic d'affection non carcinologique	0	1			40,00	41	5

QZQX014 Examen histopathologique de biopsie d'ongle avec coloration spéciale	0	1			30,00	41	5
---	---	---	--	--	-------	----	---

16.01.06.03 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de la peau et des tissus mous

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QZQX004 Examen anatomopathologique à visée carcinologique d'une pièce d'exérèse de peau et/ou de tissu mou susfascial [susaponévrotique] de moins de 5 cm²	0	1			47,55	43	5

QZQX005 Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de peau et/ou de tissu mou susfascial [susaponévrotique] de 5 cm² ou plus	0	1			64,57	94	5
--	---	---	--	--	-------	----	---

QZQX032 Examen anatomopathologique à visée carcinologique de plusieurs pièces d'exérèse de peau et/ou de tissu mou susfascial [susaponévrotique] de moins de 5 cm²	0	1			85,50	77	5
--	---	---	--	--	-------	----	---

16.01.06.04 Examens de génétique somatique à visée oncothéranostique

Par thérapie ciblée on entend : traitement n'apportant de bénéfices que chez certains patients identifiés par un marqueur prédictif déterminé par un test compagnon

Par test compagnon on entend : test diagnostique permettant de sélectionner, en fonction de leur statut pour un marqueur prédictif identifié par ce test, uniquement les patients chez lesquels le traitement est susceptible d'apporter un bénéfice parmi ceux diagnostiqués pour une maladie donnée. Le test est considéré comme "compagnon"

d'utilisation du traitement.

ZZQX784 Test de détection des mutations génétiques de tumeur maligne de la peau pour thérapie ciblée [Test compagnon]	0	1					0 5
--	---	---	--	--	--	--	-----

Indication : dans les indications des autorisations de mise sur le marché de la thérapie ciblée

Environnement : conformément aux conditions de réalisation listées par la Haute autorité de santé dans son rapport d'évaluation des technologies de santé du 9 septembre 2021

Facturation :

- seuls les tests identifiant le biomarqueur désigné dans l'autorisation de mise sur le marché de la thérapie ciblée peuvent être facturés

;

- la détection de la mutation ne doit pas avoir été réalisée dans le cadre d'un panel NGS au moment du diagnostic du cancer

- Prise en charge provisoire conformément aux dispositions des articles L.162-1-7 et D. 162-25-1 du Code de la sécurité sociale

16.01.07 Autres actes diagnostiques sur la peau et les tissus mous

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QZQP001 Dermatoscopie [dermoscopie] pour surveillance de lésion à haut risque	0	1			54,10	30	2

Indication : antécédent personnel ou familial de mélanome, syndrome du naevus atypique, chez un patient à haut risque.

Formation : spécifique à la dermatoscopie pour ce type de patient.

Facturation : examen par dermatoscopie de l'ordre de 30 minutes.

QAQP001 Trichogramme	0	1			0,00	23	2
-----------------------------	---	---	--	--	------	----	---

QZQA001 Exploration de la peau et des tissus mous sans dissection d'un gros tronc vasculaire ou nerveux, par abord direct	0	1	Y	9,F,I,P,S,U	35,45	26	1
	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	48,00	10	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

16.02 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR LE SEIN

16.02.01 Échographie du sein

À l'exclusion de : échographie et/ou échographie-doppler de contrôle ou surveillance de pathologie (chapitre 19)

QEQM001 Échographie unilatérale ou bilatérale du sein	0	1		F,P,S,U	41,58	29	2
--	---	---	--	---------	-------	----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZQM005)

QELJ001 Pose de repère dans le sein, par voie transcutanée avec guidage échographique	0	1			38,40	42	2
--	---	---	--	--	-------	----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY187)

16.02.02 Radiographie du sein

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QEQK005 Mammographie unilatérale	0	1			37,26	30	2

À l'exclusion de : mammographie de dépistage (QEQK004)

Coder éventuellement 1 : (YYYY600)

QEQQ001	Mammographie bilatérale À l'exclusion de : mammographie de dépistage (QEQQ004) Facturation : par un radiologue ayant adhéré à une structure en charge du dépistage organisé du cancer du sein, ayant signé la convention avec les caisses d'assurance maladie et respectant le cahier des charges national appliqué aux radiologues pour le dépistage Coder éventuellement 1 : (YYYY600)	0	1					66,42	37	2
QEQQ004	Mammographie de dépistage Facturation : mammographie effectuée dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein ou mammographie de dépistage réalisée chez une femme avec facteurs de risque, en dehors des critères d'âge définis dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein, par un radiologue ayant adhéré à une structure en charge du dépistage organisé du cancer du sein, ayant signé la convention avec les caisses d'assurance maladie et respectant le cahier des charges national appliqué aux radiologues pour le dépistage Coder éventuellement 1 : (YYYY600)	0	1					66,42	34	2
QEQH204	Angiomammographie spectrale unilatérale ou bilatérale Selon les recommandations de la HAS en vigueur Recueil prospectif de données Facturation : Prise en charge provisoire conformément aux dispositions des articles L. 162-1-7 et D. 162-25-1 du Code de la sécurité sociale Coder éventuellement 1 : (YYYY600, YYYY666)	0	1						243	2
QELH001	Pose de repère dans le sein, par voie transcutanée avec guidage mammographique Facturation : le tarif prend en compte le guidage mammographique Facturation : ne peut pas être facturé avec guidage radiologique (YYYY033) Coder éventuellement 1 : (YYYY030)	0	1			X,Y,Z		123,52	152	2
QEQH001	Galactographie Coder éventuellement 1 : (YYYY073)	0	1			Y,Z		30,59	45	2
QEQQ003	Radiographie de contrôle de pièce opératoire d'exérèse mammaire Coder éventuellement 1 : (YYYY030)	0	1			Y,Z		18,62	17	2
16.02.03 Scanographie du sein										
QEQQ006	Scanographie du sein, sans injection intraveineuse de produit de contraste Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1			F,P,S,T,U,Y,Z		25,27	57	2
QEQH002	Scanographie du sein, avec injection intraveineuse de produit de contraste Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)	0	1			F,P,S,T,U,Y,Z		25,27	60	2
16.02.04 Remnographie [IRM] du sein										
QEQN001	Remnographie [IRM] du sein, sans injection intraveineuse de produit de contraste Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1			F,P,S,T,U		69,00	108	2
QEJQ001	Remnographie [IRM] du sein, avec injection intraveineuse de produit de contraste Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)	0	1			F,P,S,T,U		69,00	113	2
16.02.05 Ponction et biopsie du sein										
QEHB001	Ponction ou cytoponction de lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée sans guidage	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
		0	1			9,T		21,45	12	2
QEHJ003	Ponction ou cytoponction d'une lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique	0	1			I,T,X		26,10	43	2
QEHJ002	Ponction ou cytoponction de plusieurs lésions de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique	0	1			T,X		47,15	62	2
QEHH003	Ponction ou cytoponction de lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0	1			T,X		87,19	125	2
QEHB002	Biopsie de lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée sans guidage Biopsie du sein au Tru-cut®, au pistolet, sans guidage Biopsie-forage [drill biopsy] du sein, sans guidage Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1			T		76,80	19	2
QEHJ001	Biopsie d'une lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique Biopsie d'une lésion du sein au Tru-cut®, au pistolet, avec guidage échographique Biopsie-forage [drill biopsy] d'une lésion du sein, avec guidage échographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1			T		76,80	45	2
QEHJ005	Biopsie de plusieurs lésions de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique Biopsie de plusieurs lésions du sein au Tru-cut®, au pistolet, avec guidage échographique Biopsie-forage [drill biopsy] de plusieurs lésions du sein, avec guidage échographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)	0	1			T		115,20	60	2
QEHH001	Biopsie de lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage radiologique Biopsie du sein au Tru-cut®, au pistolet, avec guidage radiologique Biopsie-forage [drill biopsy] du sein, avec guidage radiologique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1			I,T,X		107,78	133	2
QEHJ006	Biopsie de lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage remnographique [IRM] Biopsie du sein au Tru-cut®, au pistolet, avec guidage remnographique Biopsie-forage [drill biopsy] du sein, avec guidage remnographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1			T		76,80	160	2

QEHJ004	Macrobiopsie sous vide de lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique	0	1		T	423,66	50	2
<i>Indication : petite lésion visible en échographie et pour laquelle la microbiopsie n'est pas réalisable compte tenu de la taille et/ou de la topographie</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique ; concertation multidisciplinaire réunie dans un centre ou un réseau</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le guidage échographique et le consommable</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
QEHH002	Macrobiopsie sous vide de lésion de la glande mammaire sur table dédiée, par voie transcutanée avec guidage mammographique	0	1		T	511,68	50	2
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique ; concertation multidisciplinaire réunie dans un centre ou un réseau</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le guidage radiologique et le consommable</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
QEHH015	Macrobiopsie sous vide de lésion de la glande mammaire sur système accessoire, par voie transcutanée avec guidage mammographique	0	1			400,00	50	2
<i>Indication : lésions mammaires infracliniques détectées à la mammographie dans le cadre du dépistage du cancer du sein</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique ; concertation multidisciplinaire au sein d'un centre ou d'un réseau</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> <i>Facturation : le tarif prend en compte le guidage radiologique et le consommable</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
QEHA002	Biopsie de lésion de la glande mammaire, par abord direct	0	1	Y	T	76,80	123	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
QEHA001	Biopsie de la plaque aréolomamelonnaire	0	1		9,I,T	29,76	33	2
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								

16.02.06 Examen anatomopathologique du sein

Par structure anatomique, on entend : élément du corps humain, unitissulaire ou pluritissulaire, topographiquement délimité, constituant un ensemble organisé destiné à remplir un rôle déterminé ou une fonction. Il peut s'agir par exemple :

- d'un organe : estomac, peau, muscle,
- d'une entité concourant à une finalité caractéristique : méninge, séreuse,
- d'une région anatomique : médiastin, région rétropéritonéale

Par biopsie, on entend : prélèvement sur une structure anatomique d'un fragment biopsique ou de fragments biopsiques multiples non distingués les uns des autres lors du prélèvement.

L'examen histopathologique de biopsie inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalun ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans : – coloration spéciale

- coupes sériées
- empreinte par apposition cellulaire
- écrasis cellulaire

Par pièce d'exérèse, on entend : exérèse partielle ou totale, monobloc ou en plusieurs fragments non différenciés par le préleveur, pour chaque structure anatomique

Par berge, on entend : limite de la résection [incision].

Par recoupe, on entend : exérèse supplémentaire effectuée par le préleveur, au-delà des berges de l'exérèse initiale

Avec ou sans : examen de berge

Par groupe lymphonodal [ganglionnaire lymphatique], on entend : ensemble de noeuds [ganglions] lymphatiques non différenciés par le préleveur au cours d'un curage lymphonodal [ganglionnaire]

L'examen anatomopathologique, inclut : l'examen macroscopique et microscopique de pièce d'exérèse

L'examen anatomopathologique d'un organe inclut : l'examen du feuillet viscéral de son éventuelle séreuse

L'examen anatomopathologique de pièce d'exérèse inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalun ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans : – coloration spéciale

- coupes sériées
- empreinte par apposition cellulaire
- écrasis cellulaire

Facturation :

- un seul acte peut être facturé que l'exérèse soit monobloc ou en fragments non différenciés par le préleveur, partielle ou totale, pour chaque structure anatomique

La pièce d'exérèse pour examen anatomopathologique à visée carcinologique inclut :

- les structures anatomiques ayant un rapport de continuité ou de contiguïté [organes de voisinage] quel qu'en soit le nombre
- les éventuelles recoupes
- les noeuds [ganglions] lymphatiques ou groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] satellites non différenciés par le préleveur

Par examen anatomopathologique à visée carcinologique, on entend : examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de lésion présumée cancéreuse ou précancéreuse

L'examen anatomopathologique à visée carcinologique, inclut : l'examen anatomopathologique de lésion cancéreuse de découverte fortuite lors de l'intervention ou de l'examen anatomopathologique

À l'exclusion de : examen anatomopathologique de lésion précancéreuse de découverte fortuite lors de l'examen anatomopathologique

Coder éventuellement :

- examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une autre structure anatomique différenciée par le préleveur
- examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] différenciés par le préleveur ou de pièce de curage lymphonodal [ganglionnaire]

16.02.06.01 Examen histopathologique de biopsie du sein

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QEQX016	0	1			96,73	79	5
QEQX037	0	1			96,73	145	5

16.02.06.02 Examen anatomopathologique du sein

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QEQX004 Examen anatomopathologique à visée carcinologique d'une pièce de mastectomie partielle ou totale avec lésion unifocale À l'exclusion de : Examen anatomopathologique à visée carcinologique d'une pièce de mastectomie partielle ou totale avec lésion infraclinique ou lésion plurifocale (QEQX008) Coder éventuellement : Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de curage lymphonodal [ganglionnaire] monobloc non différencié par le préleveur	0	1			108,18	112	5
QEQX005 Examen anatomopathologique à visée carcinologique de plusieurs pièces de mastectomie partielle et/ou totale avec lésion unifocale sur chaque pièce d'exérèse À l'exclusion de : Examen anatomopathologique à visée carcinologique de plusieurs pièces de mastectomie partielle et/ou totale avec lésion infraclinique ou lésion plurifocale sur chaque pièce d'exérèse (QEQX007) Coder éventuellement : Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de curage lymphonodal [ganglionnaire] monobloc non différencié par le préleveur	0	1			125,21	184	5
QEQX008 Examen anatomopathologique à visée carcinologique d'une pièce de mastectomie partielle ou totale avec lésion infraclinique ou lésion plurifocale Coder éventuellement : Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de curage lymphonodal [ganglionnaire] monobloc non différencié par le préleveur	0	1			149,94	245	5
QEQX007 Examen anatomopathologique à visée carcinologique de plusieurs pièces de mastectomie partielle et/ou totale avec lésion infraclinique ou lésion plurifocale sur chaque pièce d'exérèse Coder éventuellement : Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de curage lymphonodal [ganglionnaire] monobloc non différencié par le préleveur	0	1			164,90	314	5
QEQX006 Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse d'un conduit lactifère [pyramidectomie]	0	1			101,07	120	5
QEQX010 Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de plusieurs conduits lactifères [pyramidectomies]	0	1			116,19	201	5

16.02.07 Autres actes diagnostiques sur le sein

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QEHPO02 Frottis unilatéral ou bilatéral d'un écoulement mamelonnaire	0	1		9,I	15,92	12	2

16.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LA PEAU ET LES TISSUS MOUS

À l'exclusion de : actes thérapeutiques sur
- les phanères (cf 16.04)
- les brûlures (cf 16.05)
- la glande mammaire (cf 16.06)

16.03.01 Évacuation de collection de la peau et des tissus mous

Comprend : évacuation
- de kyste de la peau et des tissus mous
- d'hématome de la peau et des tissus mous
- d'abcès de la peau et des tissus mous
- de phlegmon de la peau et des tissus mous
- de lymphocèle de la peau et des tissus mous
Avec ou sans : drainage
À l'exclusion de : évacuation
- d'abcès de la fosse ischiorectale (cf 07.03.08.05)
- d'infection de la main (cf 13.04.03.01)

QZJB002 Évacuation de collection superficielle et/ou profonde de la peau et des tissus mous, par voie transcutanée sans guidage Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		9,F,O,P,S,U	25,52	31	1
QZJA009 Évacuation de collection superficielle de la peau, par abord direct Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		F,P,S,U,X	38,29	48	1
QZJA011 Évacuation de collection profonde de la peau et des tissus mous, par abord direct À l'exclusion de : évacuation - d'un phlegmon cervicofacial et médiastinal diffus, par cervicotomie (QAJA003) - d'un abcès du scrotum, par abord direct (JHJA001) · mise à plat - de lésion infectieuse du cuir chevelu (QAPA002) - d'un sinus pilonidal périnéofessier infecté (QBPA001) Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	9,F,J,K,O,P,S,T,U	47,50	55	1
	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	61,95	41	1
QAJA003 Évacuation d'un phlegmon cervicofacial et médiastinal diffus, par cervicotomie Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	183,63	180	1
	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	79,18	102	1
QAPA002 Mise à plat de lésion infectieuse du cuir chevelu Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U,X	109,90	94	1
	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	78,99	56	1
QBPA001 Mise à plat d'un sinus pilonidal périnéofessier infecté Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	41,80	92	1
	0	4	Y	7,A,F,O,P,S,U	55,35	29	1

16.03.02 Excision de lésion infectieuse diffuse de la peau et des tissus mous

Comprend : excision
- de cellulite infectieuse de la peau et des tissus mous
- de gangrène de la peau et des tissus mous
- d'hydrosadénite
- d'anthrax
- de sinus pilonidal
Avec ou sans :
- suture immédiate
- drainage
À l'exclusion de : excision de fasciite nécrosante
- périnéofessière (QBFA014)
- de l'avant-bras et/ou de la main (MJFA009)
Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau

QZFA038	Excision de lésion infectieuse diffuse de la peau et des tissus mous sur moins de 50 cm²	0 1 Y	F,J,K,O,P,R,S,T,U,X	65,23	70 1
	À l'exclusion de : excision	0 4 Y	7,A,F,O,P,R,S,U	60,85	46 1
	- d'un sinus pilonidal périnéofessier (QBFA007)				
	- d'une hidrosadénite périnéofessière (QBFA004, QBFA002)				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
QZFA023	Excision de lésion infectieuse diffuse de la peau et des tissus mous sur 50 cm² à 200 cm²	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,R,S,T,U,X	112,02	112 1
	À l'exclusion de : excision	0 4 Y	7,A,F,O,P,R,S,U	67,08	65 1
	- d'un sinus pilonidal périnéofessier (QBFA007)				
	- d'une hidrosadénite périnéofessière (QBFA002)				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
QZFA027	Excision de lésion infectieuse diffuse de la peau et des tissus mous sur plus de 200 cm²	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,R,S,T,U,X	123,37	149 1
	À l'exclusion de : excision	0 4 Y	7,A,F,O,P,R,S,U	81,74	85 1
	- d'un sinus pilonidal périnéofessier (QBFA007)				
	- d'une hidrosadénite périnéofessière (QBFA002)				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
QBFA007	Excision d'un sinus pilonidal périnéofessier	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	125,40	130 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	63,41	54 1
QBFA004	Excision d'une hidrosadénite suppurative périnéofessière [maladie de Verneuil] sur moins de 30 cm²	0 1 Y	F,I,J,K,O,P,R,S,T,U,X	130,46	124 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	62,68	53 1
QBFA002	Excision d'une hidrosadénite suppurative périnéofessière [maladie de Verneuil] sur plus de 30 cm²	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	198,52	178 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	70,01	75 1

16.03.03 Parage et/ou suture de plaie de la peau et des tissus mous

Avec ou sans : extraction de corps étranger récent

En cas de parage et/ou de suture de plaies multiples, additionner les longueurs des plaies traitées, par localisation et par type de plaies.

16.03.03.01 Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QZJA002	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de moins de 3 cm de grand axe, en dehors de la face	0	1		9,F,M,O,P,R,S,U	25,52	52 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)						
QZJA017	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face	0	1		F,I,M,P,R,S,U,X	51,76	71 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)						
QZJA015	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de plus de 10 cm de grand axe, en dehors de la face	0	1		F,I,M,P,R,S,U,X	61,68	83 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)						
QAJA013	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de moins de 3 cm de grand axe	0	1		F,M,P,S,U	31,35	60 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)						
QAJA005	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de 3 cm à 10 cm de grand axe	0	1		F,I,M,P,S,U	74,45	75 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)						
QAJA002	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de plus de 10 cm de grand axe	0	1		F,I,M,P,S,U,X	82,95	85 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)						

16.03.03.02 Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous

Avec ou sans : suture de muscle et de fascia

À l'exclusion de :

- réparation de plaie de la peau et des tissus mous avec lésion tendineuse, vasculaire, nerveuse ou viscérale ; coder la réparation de la lésion principale.

- parage et/ou suture de plaie pulpo-unguéal (cf 16.04.02)

QZJA016	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de moins de 3 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main	0	1		9,F,M,O,P,S,U	48,92	62 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
QZJA012	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main	0	1		F,I,M,O,P,S,U	61,68	77 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
QZJA001	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de plus de 10 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main	0	1		F,M,O,P,S,U,X	85,08	102 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4		7,A,F,P,S,U	63,05	52 1
QAJA004	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de moins de 3 cm de grand axe	0	1		F,M,P,S,U	62,70	57 1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)						
QAJA006	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de 3 cm à 10 cm de grand axe	0	1		F,I,M,O,P,S,U	95,01	97 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4		7,A,F,P,S,U	75,69	49 1
QAJA012	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de plus de 10 cm de grand axe	0	1		F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	120,53	119 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4		7,A,F,O,P,S,U	80,09	60 1
QAJA009	Parage initial d'un délabrement des tissus mous de la face	0	1		F,I,P,S,U,X	214,12	224 1
	À l'exclusion de : ostéosynthèse de fracture comminutive de la mandibule avec parage d'un délabrement des tissus mous de la face (LBCA008)	0	4		7,A,F,P,S,U	103,55	113 1
	Avec ou sans : parage de fracture des os de la face						
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
QCJA001	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la main	0	1		F,I,K,M,O,P,S,T,U	62,70	74 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	4		7,A,F,O,P,S,U	65,24	38 1

QZJA013	Parage secondaire de lésion traumatique ou infectieuse de la peau et des tissus mous, sous anesthésie générale ou locorégionale	0 1	F,I,O,P,R,S,U	60,27	79 1
		0 4	7,A,F,P,R,S,U	70,38	56 1
À l'exclusion de : séance de déterision mécanique d'ulcération trophique de la peau et des tissus mous (cf 16.03.05)					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

16.03.04 Ablation de corps étranger de la peau et des tissus mous

À l'exclusion de :

- ablation de corps étranger récent de la peau et des tissus mous au cours du parage d'une plaie
- ablation secondaire de corps étranger de la paupière (BAGA001)

QZGA004	Ablation d'un corps étranger superficiel de la peau, en dehors du visage et des mains	0 1	F,P,S,U,X	38,29	41 1
		Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)			
QAGA003	Ablation d'un corps étranger superficiel de la peau du visage ou des mains	0 1	F,I,O,P,S,U	47,50	51 1
		Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)			
QZGA007	Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau, en dehors du visage et des mains	0 1	9,F,P,S,U,X	67,36	66 1
		Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)			
QAGA002	Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau du visage et/ou des mains	0 1	9,F,I,P,S,U	75,86	77 1
		Coder éventuellement 1 : (ZZLP008)			
QZGA003	Ablation d'un corps étranger profond des tissus mous, en dehors du visage et des mains	0 1 Y	F,I,O,P,S,U	60,27	103 1
		Forfait : liste SE2 Coder éventuellement 1 : (YYYY012, ZZLP025)			
QAGA004	Ablation d'un corps étranger profond des tissus mous du visage ou des mains	0 1 Y	F,O,P,S,U,X	80,83	106 1
		Forfait : liste SE2 Coder éventuellement 1 : (YYYY012, ZZLP025)			
QZGA006	Ablation de plusieurs corps étrangers profonds de la peau et des tissus mous, en dehors du visage et des mains	0 1 Y	9,F,P,S,U	84,37	120 1
		Forfait : liste SE2 Coder éventuellement 1 : (YYYY012, ZZLP054)			
QAGA001	Ablation de plusieurs corps étrangers profonds de la peau et des tissus mous du visage et/ou des mains	0 1 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U	107,06	150 1
		0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	72,00	74 1
Coder éventuellement 1 : (YYYY012) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

16.03.05 Déterision mécanique d'ulcération trophique de la peau et des tissus mous

Avec ou sans : contention veineuse

En cas de déterision mécanique d'ulcérations trophiques multiples lors d'une même séance, additionner les surfaces des zones traitées.

QZJP001	Séance de déterision mécanique d'ulcération trophique de la peau et des tissus mous sur moins de 30 cm², sous anesthésie générale ou locorégionale	0 1	F,I,J,K,P,S,T,U	26,23	49 1
		0 4	A,F,P,S,U	50,95	24 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
QZJP003	Séance de déterision mécanique d'ulcération trophique de la peau et des tissus mous sur 30 cm² à 200 cm², sous anesthésie générale ou locorégionale	0 1	F,I,J,K,P,S,T,U,X	36,16	62 1
		0 4	A,F,P,S,U	56,82	31 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
QZJP002	Séance de déterision mécanique d'ulcération trophique de la peau et des tissus mous sur plus de 200 cm², sous anesthésie générale ou locorégionale	0 1	F,J,K,P,S,T,U,X	47,50	74 1
		0 4	A,F,P,S,U	66,72	42 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

16.03.06 Destruction de lésion de la peau et des tissus mous

Comprend : destruction

- de cicatrice cutanée
- d'angiome cutané
- de ride
- de tatouage
- de tumeur de la peau et des tissus mous
- de verrue

La taille signalée dans les libellés correspond à celle de la zone traitée lors de chaque prise en charge.

Indication : acte thérapeutique

16.03.06.01 Dermabrasion [Destruction mécanique de lésion cutanée superficielle]

En cas de dermabrasion sur des zones multiples du visage lors d'une même intervention, additionner les surfaces des zones traitées.

Indication : acte thérapeutique

Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés

QZNP006	Dermabrasion en dehors du visage	0 1		0,00	25 1
		Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)			
QANP006	Dermabrasion du visage sur moins de 5 cm²	0 1	9	32,75	29 1
		Avec ou sans : dermabrasion du cuir chevelu glabre Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)			
QANP008	Dermabrasion du visage sur 5 cm² à 20 cm²	0 1	O,X	54,11	43 1
		0 4	7,A	48,00	46 1
Avec ou sans : dermabrasion du cuir chevelu glabre Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
QANP009	Dermabrasion du visage entier	0 1	I,O	180,14	139 1
		0 4	7,A	55,72	84 1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

16.03.06.02 Destruction thermique ou chimique de lésion cutanée superficielle

Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés

QZNP013	Séance de destruction de 1 à 5 lésions cutanées superficielles, par électrocoagulation <i>Indication : acte thérapeutique</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	9	24,21	14 1
QZNP025	Séance de destruction de 6 lésions cutanées superficielles ou plus, par électrocoagulation <i>Indication : acte thérapeutique</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	9,1	32,75	21 1
QZNP004	Séance de destruction de 1 à 10 lésions cutanées superficielles par agent chimique ou par cryothérapie de contact, en dehors du visage <i>Indication : acte thérapeutique</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	9,0	22,78	13 1
QZNP012	Séance de destruction de 11 à 50 lésions cutanées superficielles par agent chimique ou par cryothérapie de contact, en dehors du visage <i>Indication : acte thérapeutique</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	9,1	29,90	20 1
QZNP005	Séance de destruction de 51 lésions cutanées superficielles ou plus, par agent chimique ou par cryothérapie de contact, en dehors du visage <i>Indication : acte thérapeutique</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	0,X	38,45	28 1
QANP007	Séance de destruction de 1 à 10 lésions cutanées superficielles du visage, par agent chimique ou par cryothérapie de contact <i>Indication : acte thérapeutique</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		28,80	14 1
QANP005	Séance de destruction de 11 lésions cutanées superficielles du visage ou plus, par agent chimique ou par cryothérapie de contact <i>Indication : acte thérapeutique</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	9,0	34,89	20 1
QZNP022	Destruction d'une lésion cutanée, par cryode de contact [cryochirurgie] <i>Indication : acte thérapeutique</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	9,X	39,87	45 1
QZNP014	Destruction de plusieurs lésions cutanées, par cryode de contact [cryochirurgie] <i>Indication : acte thérapeutique</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	1,X	57,67	55 1
16.03.06.03	Destruction de lésion cutanée avec laser [Laserbrasion] À l'exclusion de : - destruction de lésion des paupières avec laser (BANP001, BANP003) - abrasion de la muqueuse des lèvres et de la peau péribuccale avec laser (HANP002) <i>Indication : acte thérapeutique</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>				
QZNP026	Destruction de moins de 10 lésions cutanées, avec laser CO2 continu À l'exclusion de : destruction de verrue palmaire, plantaire ou périunguëale, avec laser CO2 continu (QCNP003, QCNP002, QCNP001) Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		41,80	32 1
QZNP018	Destruction de 10 lésions cutanées ou plus, avec laser CO2 continu À l'exclusion de : destruction de 6 verrues palmaires, plantaires et/ou périunguëales ou plus, avec laser CO2 continu (QCNP001) Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		41,80	54 1
QCNP003	Destruction d'une verrue palmaire, plantaire ou périunguëale, avec laser CO2 continu <i>Indication : laser CO2 continu : verrues périunguëale</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		41,80	48 1
QCNP002	Destruction de 2 à 5 verrues palmaires, plantaires et/ou périunguëales, avec laser CO2 continu <i>Indication : laser CO2 continu : verrues périunguëale</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		41,80	67 1
QCNP001	Destruction de 6 verrues palmaires, plantaires et/ou périunguëales ou plus, avec laser CO2 continu <i>Indication : laser CO2 continu : verrues périunguëale</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1	9,0	48,42	86 1
QZNP020	Destruction de lésion cutanée sur moins de 5 cm², avec laser CO2 impulsionnel ou scanérisé, ou avec laser erbium Yag <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		41,80	32 1
QZNP003	Destruction de lésion cutanée sur 5 cm² à 20 cm², avec laser CO2 impulsionnel ou scanérisé, ou avec laser erbium Yag <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		41,80	65 1
QZNP011	Destruction de lésion cutanée sur 20 cm² à 100 cm², avec laser CO2 impulsionnel ou scanérisé, ou avec laser erbium Yag Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		0,00	78 1

QZNP007	Destruction de lésion cutanée sur plus de 100 cm², avec laser CO2 impulsionnel À l'exclusion de : abrasion du visage entier, avec laser CO2 impulsionnel (QANP001) Indication : Maladies rares à expression cutanée Facturation : 4 fois maximum en douze mois Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1					72,26	104	1
QANP001	Abrasion du visage entier, avec laser CO2 impulsionnel ou scanérisé, ou avec laser erbium Yag Avec ou sans : destruction de lésions multiples avec laser CO2 continu Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1			X		180,85	132	1
QZNP001	Séance de destruction de lésion cutanée sur moins de 30 cm², avec laser vasculaire ou avec lampe flash Indication : lampe flash : cicatrice de brûlure du visage ; laser vasculaire : angiome plan, hémangiome sévère ou ulcéré, radiodermite Facturation : uniquement pour utilisation de laser à colorants pulsés ou de laser couplé avec hexascan ; patient de 1 an et plus délai de 3 mois au moins entre la facturation de 2 actes Coder éventuellement 1 : (YYYY067, ZZLP025)	0	1					48,00	32	1
QZNP024	Séance de destruction de lésion cutanée sur 30 cm² à 60 cm², avec laser vasculaire ou avec lampe flash Indication : lampe flash : cicatrice de brûlure du visage ; laser vasculaire : angiome plan, hémangiome sévère ou ulcéré, radiodermite Facturation : uniquement pour utilisation de laser à colorants pulsés ou de laser couplé avec hexascan ; patient de 1 an et plus délai de 3 mois au moins entre la facturation de 2 actes Coder éventuellement 1 : (YYYY085, ZZLP025)	0	1					72,48	50	1
QZNP021	Séance de destruction de lésion cutanée sur 60 cm² à 100 cm², avec laser vasculaire ou avec lampe flash Indication : lampe flash : cicatrice de brûlure du visage ; laser vasculaire : angiome plan, hémangiome sévère ou ulcéré, radiodermite Facturation : uniquement pour utilisation de laser à colorants pulsés ou de laser couplé avec hexascan ; patient de 1 an et plus délai de 3 mois au moins entre la facturation de 2 actes Coder éventuellement 1 : (YYYY077, ZZLP025)	0	1					90,95	65	1
QZNP002	Séance de destruction de lésion cutanée sur 100 cm² à 200 cm², avec laser vasculaire ou avec lampe flash Indication : lampe flash : cicatrice de brûlure du visage ; laser vasculaire : angiome plan, hémangiome sévère ou ulcéré, radiodermite Facturation : uniquement pour angiome plan utilisation de laser à colorants pulsés ou de laser couplé avec hexascan ; patient de de 1 an et plus délai de 3 mois au moins entre la facturation de 2 actes Coder éventuellement 1 : (YYYY094, ZZLP025)	0	1					132,17	76	1
QZNP019	Séance de destruction de lésion cutanée sur 200 cm² à 350 cm², avec laser vasculaire ou avec lampe flash Indication : lampe flash : cicatrice de brûlure du visage ; laser vasculaire : angiome plan, hémangiome sévère ou ulcéré, radiodermite Facturation : uniquement pour angiome plan utilisation de laser à colorants pulsés ou de laser couplé avec hexascan ; patient de de 1 an et plus délai de 3 mois au moins entre la facturation de 2 actes Coder éventuellement 1 : (YYYY063, ZZLP025)	0	1					153,48	93	1
QZNP009	Séance de destruction de lésion cutanée sur 350 cm² à 500 cm², avec laser vasculaire ou avec lampe flash Indication : lampe flash : cicatrice de brûlure du visage ; laser vasculaire : angiome plan, hémangiome sévère ou ulcéré, radiodermite Facturation : uniquement pour angiome plan utilisation de laser à colorants pulsés ou de laser couplé avec hexascan ; patient de de 1 an et plus délai de 3 mois au moins entre la facturation de 2 actes Coder éventuellement 1 : (YYYY112, ZZLP025)	0	1					179,06	112	1
QZNP015	Séance de destruction de lésion cutanée sur 500 cm² à 700 cm², avec laser vasculaire ou avec lampe flash Indication : lampe flash : cicatrice de brûlure du visage ; laser vasculaire : angiome plan, hémangiome sévère ou ulcéré, radiodermite Facturation : uniquement pour angiome plan utilisation de laser à colorants pulsés ou de laser couplé avec hexascan ; patient de de 1 an et plus délai de 3 mois au moins entre la facturation de 2 actes Coder éventuellement 1 : (YYYY222, ZZLP025)	0	1					217,44	143	1
QZNP017	Séance de destruction de lésion cutanée sur plus de 700 cm², avec laser vasculaire ou avec lampe flash Indication : lampe flash : cicatrice de brûlure du visage ; laser vasculaire : angiome plan, hémangiome sévère ou ulcéré, radiodermite Facturation : uniquement pour angiome plan utilisation de laser à colorants pulsés ou de laser couplé avec hexascan ; patient de de 1 an et plus délai de 3 mois au moins entre la facturation de 2 actes Coder éventuellement 1 : (YYYY005, ZZLP025)	0	1					288,50	171	1
QZNP023	Séance de destruction de lésion cutanée pigmentaire sur moins de 30 cm², avec laser cristal commuté [Q switched] ou avec lampe flash Indication : acte thérapeutique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1					48,00	32	1
QZNP016	Séance de destruction de lésion cutanée pigmentaire sur 30 cm² à 60 cm², avec laser cristal commuté [Q switched] ou avec lampe flash Indication : acte thérapeutique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1					76,80	54	1
QZNP008	Séance de destruction de lésion cutanée pigmentaire sur 60 cm² à 100 cm², avec laser cristal commuté [Q switched] ou avec lampe flash Indication : acte thérapeutique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1					115,20	86	1

QZNP010	Séance de destruction de lésion cutanée pigmentaire sur plus de 100 cm², avec laser cristal commuté [Q switched] ou avec lampe flash	0	1			162,24	130	1
	<i>Indication : acte thérapeutique</i>							
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

16.03.06.04 Exfoliation du visage

Indication : acte thérapeutique

Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés

QANP003	Exfoliation épidermique [Peeling] du visage entier, par agent chimique	0	1		9	32,75	22	1
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>							
QANP002	Exfoliation dermoépidermique moyenne du visage entier, par agent chimique	0	1		O,X	57,67	35	1
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>							
QANP004	Exfoliation dermoépidermique profonde du visage entier, par agent chimique	0	1		I,X	86,15	52	1
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>							
	<i>Environnement : spécifique ; permettant de reconnaître et de traiter un trouble cardio-vasculaire</i>							
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

16.03.06.05 Destruction de lésion cutanée par photothérapie dynamique après application topique de produit photosensibilisant

Des lésions multiples peuvent être traitées dans le même temps.

La taille signalée dans le libellé correspond à la totalité de la zone traitée lors de chaque prise en charge.

QZNP086	Destruction de lésion cutanée par photothérapie dynamique après application topique de produit photosensibilisant, sur moins de 10 cm²	0	1			49,84	45	1
	<i>carcinome cutané superficiel en cas de lésion cutanée étendue ou de lésions cutanées multiples, après confirmation diagnostique par biopsie, selon les indications retenues par l'AMM</i>							
	<i>Forfait : liste FSD</i>							
QZNP259	Destruction de lésion cutanée par photothérapie dynamique après application topique de produit photosensibilisant, sur 10 cm² ou plus	0	1			87,58	54	1
	<i>carcinome cutané superficiel en cas de lésion cutanée étendue ou de lésions cutanées multiples, après confirmation diagnostique par biopsie, selon les indications retenues par l'AMM</i>							
	<i>Forfait : liste FSD</i>							

16.03.07 Exérèse de lésion de la peau et des tissus mous

Comprend : exérèse

- de kyste
- de tumeur
- de verrue
- de cicatrice
- de tatouage
- d'escarre
- d'angiome cutané
- de nécrose
- de radiodermite ou de radionécrose

Avec ou sans : suture de la plaie

À l'exclusion de : excision de lésion infectieuse diffuse de la peau et des tissus mous (cf 16.03.02)

Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 16.03.08, 16.03.10)

16.03.07.01 Exérèse de lésion superficielle de la peau et du tissu cellulaire souscutané

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QZFA028	Exérèse tangentielle de 1 à 5 lésions cutanées	0	1		F,I,O,P,S,U	29,19	18	1
	<i>À l'exclusion de : exérèse tangentielle de molluscum contagiosum (QZFA010)</i>							
	<i>Indication : acte thérapeutique</i>							
	<i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>							
	Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)							
QZFA021	Exérèse tangentielle de 6 lésions cutanées ou plus	0	1		X	34,89	25	1
	<i>À l'exclusion de : exérèse tangentielle de molluscum contagiosum (QZFA010, QZFA015)</i>							
	<i>Indication : acte thérapeutique</i>							
	<i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>							
	Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)							
QZFA010	Exérèse tangentielle de 1 à 20 molluscum contagiosum	0	1		9,O	23,50	16	1
	<i>Indication : acte thérapeutique</i>							
	<i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>							
	Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)							
QZFA015	Exérèse tangentielle de 21 molluscum contagiosum ou plus	0	1		O,X	36,31	30	1
	<i>Indication : acte thérapeutique</i>							
	<i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>							
	Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)							
QZFA013	Exérèse de 1 à 5 lésions cutanées, par curetage	0	1		I,X	32,75	27	1
	<i>Indication : acte thérapeutique</i>							
	<i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>							
	Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)							
QZFA022	Exérèse de 6 lésions cutanées ou plus, par curetage	0	1		X	42,72	38	1
	<i>Indication : acte thérapeutique</i>							
	<i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>							
	Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)							
QZFA036	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm²	0	1	Y	F,P,S,U	28,80	22	1
	<i>Indication : acte thérapeutique</i>							
	<i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>							
	<i>Forfait : liste FSD</i>							
	Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025, ZZQL010)							

QZFA031	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision de 2 à 5 zones cutanées de moins de 5 cm² <i>Indication : acte thérapeutique</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i> <i>Forfait : liste FSD</i> Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025, ZZQL010)	0 1 Y	F,I,O,P,S,U	42,72	36	1
QZFA003	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision de 6 zones cutanées ou plus de moins de 5 cm² <i>Indication : acte thérapeutique</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i> <i>Forfait : liste FSD</i> Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025, ZZQL010)	0 1 Y	F,P,S,U,X	53,18	45	1
QZFA004	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de 5 cm² à 10 cm² <i>Indication : chirurgie carcinologique, traumatique, iatrogène, tatouage accidentel (posttraumatique)</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i> <i>Forfait : liste FSD</i> Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025, ZZQL010)	0 1 Y	F,P,S,U,X	53,18	35	1
QZFA011	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de 10 cm² à 50 cm² <i>Indication : chirurgie carcinologique, traumatique, iatrogène, tatouage accidentel (posttraumatique)</i> <i>Forfait : liste FSD</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,P,S,U,X 7,A,F,P,S,U	95,72 56,82	86 44	1 1
QZFA035	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de 50 cm² à 200 cm² <i>Indication : chirurgie carcinologique, traumatique, iatrogène, tatouage accidentel (posttraumatique)</i> <i>Forfait : liste FSD</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U,X 7,A,F,O,P,S,U	95,72 61,95	81 50	1 1
QZFA030	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de plus de 200 cm² <i>Indication : chirurgie carcinologique, traumatique, iatrogène, tatouage accidentel (posttraumatique)</i> <i>Forfait : liste FSD</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X 7,A,F,O,P,S,U	148,89 72,94	112 74	1 1
QZFA008	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm², par technique chimiochirurgicale [technique de Mohs] <i>Indication : acte thérapeutique</i> Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025, ZZQL010)	0 1 Y	9,F,I,P,S,U	90,04	51	1
QZFA033	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de 5 cm² à 10 cm², par technique chimiochirurgicale [technique de Mohs] <i>Indication : acte thérapeutique</i> Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025, ZZQL010)	0 1 Y	9,F,P,S,U,X	135,42	153	1
QZFA026	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de plus de 10 cm², par technique chimiochirurgicale [technique de Mohs] <i>Indication : acte thérapeutique</i> Coder éventuellement 14 : (ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,P,S,U 7,A,F,P,S,U	252,40 91,27	299 149	1 1
QZFA002	Exérèse d'une lésion souscutanée susfasciale de moins de 3 cm de grand axe <i>Avec ou sans : résection de peau</i> <i>Indication : acte thérapeutique</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i> <i>Forfait : liste FSD</i> Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)	0 1 Y	F,I,P,S,U,X	54,11	44	1
QZFA001	Exérèse de 2 à 5 lésions souscutanées susfasciales de moins de 3 cm de grand axe <i>Avec ou sans : résection de peau</i> <i>Indication : acte thérapeutique</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i> <i>Forfait : liste FSD</i> Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)	0 1 Y	F,I,P,S,U,X	70,90	53	1
QZFA005	Exérèse de 6 lésions souscutanées susfasciales ou plus de moins de 3 cm de grand axe <i>Avec ou sans : résection de peau</i> <i>Indication : acte thérapeutique</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i> <i>Forfait : liste FSD</i> Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)	0 1 Y	F,I,P,S,U,X	88,63	68	1
QZFA007	Exérèse de lésion souscutanée susfasciale de 3 cm à 10 cm de grand axe <i>Avec ou sans : résection de peau</i> <i>Indication : acte thérapeutique</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i> <i>Forfait : liste FSD</i> Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)	0 1 Y	F,I,P,S,U,X	79,41	47	1
QZFA024	Exérèse de lésion souscutanée susfasciale de plus de 10 cm de grand axe <i>Avec ou sans : résection de peau</i> <i>Indication : acte thérapeutique</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i> Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T,X 7,A	95,01 50,22	100 52	1 1

16.03.07.02 Exérèse de lésion profonde de la peau et des tissus mous

Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex

PDFA001	Exérèse de lésion fasciale et/ou sousfasciale des tissus mous, sans dissection d'un gros tronc vasculaire ou nerveux	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	122,66	148	1
	À l'exclusion de : exérèse de lésion fasciale et/ou sousfasciale des tissus mous - de la racine d'un membre, du pli du coude ou du creux poplité (PDFA003) - de la paume de la main (MJFA008) - de la plante du pied (NJFA002) · exérèse de tumeur de la paroi abdominale antérieure avec fermeture par suture, par abord direct (LMFA001, LMFA002) Forfait : liste SE2 Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)					
PDFA002	Exérèse de lésion fasciale et/ou sousfasciale des tissus mous, avec dissection de gros tronc vasculaire et/ou nerveux	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X 7,A,F,O,P,S,U	193,56 75,14	200 89	1 1
	À l'exclusion de : exérèse de lésion fasciale et/ou sousfasciale des tissus mous de la racine d'un membre, du pli du coude ou du creux poplité (PDFA003) Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
PDFA003	Exérèse de lésion fasciale et/ou sousfasciale des tissus mous de la racine d'un membre, du pli du coude ou du creux poplité	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,M,O,P,S,T,U,X 7,A,F,M,O,P,S,U	127,62 64,52	134 60	1 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
MJFA008	Exérèse de lésion fasciale et/ou sousfasciale des tissus mous de la paume de la main	0 1 Y 0 4 Y	J,K,O,T,X 7,A	87,92 72,00	106 47	1 1
	À l'exclusion de : fasciectomy digitopalmaire (MJFA006, MJFA010) Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
NJFA002	Exérèse de lésion fasciale et/ou sousfasciale des tissus mous de la plante du pied	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T,X 7,A	87,92 60,85	106 47	1 1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
LCFA011	Exérèse d'une lipomatose cervicale [de Launois-Bensaude]	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,T 7,A	415,03 101,72	291 133	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

16.03.08 Couverture de perte de substance par autogreffe de peau

L'autogreffe de peau inclut

- la prise de l'autogreffe avec traitement de la perte de substance de la zone de prélèvement par pansement, suture ou greffe,
- la préparation et la couverture du site récepteur.

QZEA020	Autogreffe de peau mince ou demiépaisse, pleine ou en filet, sur une surface inférieure à 50 cm²	0 1 Y 0 4 Y	J,K,R,T,X 7,A,R	107,77 63,41	113 58	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
QZEA039	Autogreffe de peau mince ou demiépaisse, pleine ou en filet, sur une surface de 50 cm² à 200 cm²	0 1 Y 0 4 Y	J,K,O,R,T 7,A,R	143,93 88,09	137 75	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
QZEA027	Autogreffe de peau mince ou demiépaisse, pleine ou en filet, sur une surface de 200 cm² à 500 cm²	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,O,R,T 7,A,R	190,01 103,64	189 92	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
QZEA005	Autogreffe de peau mince ou demiépaisse, pleine ou en filet, sur une surface de 500 cm² à 1000 cm²	0 1 Y 0 4 Y	J,K,O,R,T 7,A,R	242,48 155,89	268 131	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
QZEA036	Autogreffe de peau mince ou demiépaisse, pleine ou en filet, sur une surface supérieure à 1000 cm²	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,R,T 7,A,R	310,54 167,20	357 174	1 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
QZEA031	Autogreffe de peau totale sur une localisation de surface inférieure à 10 cm²	0 1 Y 0 4 Y	J,K,R,T 7,A,R	155,89 88,09	101 59	1 1
	À l'exclusion de : microgreffes de peau totale sur 1 à 5 cicatrices du visage (QAEA015) Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
QZEA024	Autogreffe de peau totale sur une localisation de surface égale ou supérieure à 10 cm²	0 1 Y 0 4 Y	J,K,R,T 7,A,R	155,89 88,09	155 82	1 1
	À l'exclusion de : microgreffes de peau totale sur le visage (QZEA015, QAEA014) Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
QZEA006	Autogreffe de peau totale sur plusieurs localisations	0 1 Y 0 4 Y	J,K,R,T 7,A,R	155,89 88,09	199 104	1 1
	À l'exclusion de : microgreffes de peau totale sur le visage (QZEA015, QAEA014) Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
QAEA015	Microgreffes de peau totale sur 1 à 5 cicatrices du visage	0 1 Y		0,00	28	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
QAEA014	Microgreffes de peau totale sur 6 cicatrices du visage, ou plus	0 1 Y		0,00	42	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
QZEA032	Autogreffe de peau en pastilles sur une surface inférieure à 10 cm²	0 1 Y	R,X	56,01	83	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
QZEA019	Autogreffe de peau en pastilles sur une surface de 10 cm² à 50 cm²	0 1 Y	9,J,K,O,R,T	76,57	114	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
QZEA026	Autogreffe de peau en pastilles sur une surface supérieure à 50 cm²	0 1 Y	J,K,R,T	104,50	122	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)					

16.03.09 Autres autogreffes au niveau des téguments

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QZLB002	0	1			62,70	29	1
	Séance d'injection intradermique ou hypodermique de produit de comblement de dépression cutanée <i>Séance d'injection intradermique profonde d'acide poly lactique pour comblement de dépression cutanée</i> <i>Indication : lipoatrophie faciale de patients séropositifs sous antirétroviraux présentant une infection par le VIH sous traitement antirétroviral.</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						

QZLB001 Injection souscutanée susfasciale de tissu adipeux	0 1 Y	J,K,T	250,80	35	1
A l'exclusion de :	0 4 Y	7,A	125,40	25	1
actes d'autogreffe de tissu adipeux au niveau du sein					
- de moins de 200 cm ³ (QEEB317)					
- de 200 cm ³ et plus (QEEB152)					
Comblement de dépression cutanée selon Coleman					
Indication : lipodystrophie iatrogène du visage secondaire à la bithérapie ou trithérapie antirétrovirale					
Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale pour les médecins n'ayant pas été formés à cette technique durant leur cursus					
Recueil prospectif de données : nécessaire					
Coder éventuellement 4 : (YYYY041)					

QZEA045 Autogreffe souscutanée susfasciale de tissu celluloadipeux pour comblement de dépression cutanée, par abord direct	0 1 Y	J,K,T	167,20	94	1
A l'exclusion de :					
actes d'autogreffe de tissu adipeux au niveau du sein					
- de moins de 200 cm ³ (QEEB317)					
- de 200 cm ³ et plus (QEEB152)					
Indication : lipodystrophie iatrogène du visage secondaire à la bithérapie ou trithérapie antirétrovirale ; séquelle traumatique ou chirurgicale sévère					
Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)					

QZEA044 Autogreffe souscutanée susfasciale de peau désépidermée pour comblement de dépression cutanée, par abord direct	0 1 Y		0,00	98	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP030)					

QZEA901 Autogreffe de mélanocytes de transfert	0 1		0,00	76	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					

QZEA900 Autogreffe de mélanocytes de culture	0 1		0,00	29	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					

16.03.10 Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional

Comprend :

- couverture de perte de substance par lambeau
- comblement de dépression ou de cavité par lambeau
- interposition ou apposition de lambeau sur un viscère

Par extrémité céphalique, on entend : visage, cuir chevelu et cou.

La réparation par lambeau inclut

- la prise du lambeau avec traitement de la perte de substance de la zone de prélèvement par pansement, suture ou greffe,
- la préparation et la couverture du site récepteur.

Facturation : les actes de réparation par lambeau ne peuvent être facturés que si l'intervention d'exérèse est elle-même prise en charge par l'assurance maladie

16.03.10.01 Réparation de perte de substance par lambeau pédiculé, en dehors de l'extrémité céphalique

	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QZMA001 Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional muqueux, cutané ou fasciocutané, à pédicule vasculonerveux non individualisé ou non individualisable [lambeau "au hasard"], en dehors de l'extrémité céphalique	0 1 Y		F,I,P,S,U	175,12	125	1
	0 4 Y		7,A,F,P,R,S,U	85,04	69	1
À l'exclusion de : au cours d'une intervention sur la main ou sur un pli de flexion						
Plastie d'avancement, de rotation, de transposition, plastie en Z, en LLL, en W, en H, en V-Y, en dehors de l'extrémité céphalique						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

QZMA004 Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional cutané, fascial, fasciocutané, septocutané, musculaire ou musculocutané, à pédicule vasculaire ou vasculonerveux anatomique, en dehors de l'extrémité céphalique	0 1 Y	F,J,K,P,R,S,T,U,X	462,98	320	1	
	0 4 Y	7,A,F,P,R,S,U	126,46	151	1	
Coder éventuellement 14 : (EPCA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

QZMA005 Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional cutané, fasciocutané ou ostéocutané, à pédicule vasculaire ou vasculonerveux anatomique, disséqué en îlot	0 1 Y	F,J,K,P,R,S,T,U,X	460,85	344	1	
	0 4 Y	7,A,F,P,R,S,U	105,20	147	1	
Coder éventuellement 14 : (EPCA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

QZMA007 Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional musculaire ou musculocutané, à pédicule vasculaire ou vasculonerveux anatomique, disséqué en îlot	0 1 Y	F,J,K,P,R,S,T,U,X	575,00	377	1	
	0 4 Y	7,A,F,P,R,S,U	132,22	173	1	
Coder éventuellement 14 : (EPCA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

QZMA003 Réparation de perte de substance par lambeau à distance cutané, fasciocutané ou musculocutané, à pédicule transitoire	0 1 Y	F,J,K,P,R,S,T,U,X	362,30	274	1	
	0 4 Y	7,A,F,P,R,S,U	87,97	125	1	
Coder éventuellement 14 : (EPCA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

QZMA009 Réparation de perte de substance par lambeau à distance cutané, fasciocutané, musculaire, musculocutané ou ostéo-musculo-cutané, à pédicule définitif	0 1 Y	F,I,J,K,P,R,S,T,U	267,29	284	1	
	0 4 Y	7,A,F,P,R,S,U	88,71	129	1	
Coder éventuellement 14 : (EPCA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)						

HPMA003 Réparation de perte de substance par lambeau pédiculé de grand omentum [épiploon], en situation extraabdominale	0 1 Y	9,I,J,K,R,T	606,90	410	1	
	0 4 Y	7,A,R	209,00	164	1	
À l'exclusion de : interposition ou apposition de grand omentum, au cours d'une intervention intrathoracique (HPBA002)						
Avec ou sans : autogreffe cutanée de couverture						
Épiploplastie pédiculée extraabdominale						
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

16.03.10.02 Réparation de perte de substance par lambeau pédiculé spécifique de l'extrémité céphalique

	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
--	---	----	--------------	-------	-----	----

QAMA015	Réparation de perte de substance du cuir chevelu par lambeau pédiculé <i>Indication : réparatrice : alopecie posttraumatique, alopecie iatrogène, alopecie postchirurgicale, alopecie congénitale</i> Coder éventuellement 14 : (EPCA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	313,50 95,31	167 1 96 1
QAMA002	Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique par lambeau local ou régional muqueux, cutané ou fasciocutané, à pédicule vasculonerveux non individualisé ou non individualisable [lambeau "au hasard"] <i>Lambeau paralatéronasal</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	191,24 86,40	110 1 63 1
QAMA003	Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique par lambeau frontal à pédicule inférieur Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	313,50 100,44	195 1 113 1
QAMA008	Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique par lambeau scalpant <i>Lambeau frontal à pédicule supérieur, en faucille, de Converse, de Washio</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,O,P,S,U,X 7,A,F,P,S,U	382,15 116,56	273 1 160 1
QAMA005	Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique par lambeau de fascia temporal Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	257,37 97,14	176 1 102 1
QAMA004	Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique par lambeau de fascia temporal avec autogreffe de peau Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,F,I,P,S,U 7,A,F,P,S,U	298,49 111,80	311 1 144 1
QAMA013	Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique par lambeau musculaire ou musculocutané <i>Lambeau de muscle temporal, plathysma, sternocléidomastoïdien</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	313,50 108,50	228 1 132 1
QAMA012	Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique par lambeau de muscle temporal avec autogreffe de peau Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,P,S,T,U 7,A,F,P,S,U	313,50 116,19	341 1 159 1
16.03.10.03 Réparation de perte de substance par lambeau libre, avec anastomoses vasculaires		Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
PZMA004	Réparation par lambeau libre cutané, fascial, fasciocutané ou souscutané, musculaire, musculocutané, musculotendineux ou osseux avec anastomoses vasculaires Coder éventuellement 14 : (EZCA001, EZCA005) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,I,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	874,20 266,48	725 1 272 1
PZMA005	Réparation par lambeau libre ostéocutané, ostéomusculaire ou ostéo-musculo-cutané, avec anastomoses vasculaires Coder éventuellement 14 : (EZCA001, EZCA005) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,F,I,J,K,O,P,S,T,U 7,A,F,O,P,S,U	1028,7 266,48	996 1 374 1
HPMA002	Réparation de perte de substance par lambeau libre de grand omentum [épiploon], avec anastomoses vasculaires <i>Avec ou sans : autogreffe cutanée de couverture</i> Coder éventuellement 14 : (EZCA001, EZCA005) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T,X 7,A	874,20 229,90	733 1 272 1
16.03.10.04 Autres actes en rapport avec la réalisation d'un lambeau		Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex
QZPA008	Autonomisation d'un lambeau Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 1 Y 0 4 Y	7,A	0,00 0,00	122 1 68 1
QZPA004	Section du pédicule d'un lambeau à distance <i>À l'exclusion de : sevrage de - d'un lambeau hétéropalpébral (BAPA001) - d'un lambeau hétérolabial ou d'un lambeau de langue (HAPA002) Sevrage de lambeau avec adaptation</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0 1		0,00	100 1
QZMA006	Modelage secondaire d'un lambeau <i>Dégraissage secondaire de lambeau</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	I,J,K,R,T,X 7,A,R	116,99 64,15	104 1 59 1
QZMA002	Révision d'un lambeau libre pour ischémie, sans réfection des anastomoses vasculaires Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,R,S,T,U,X 7,A,F,O,P,R,S,U	173,00 87,97	151 1 83 1
QZMA010	Réfection des anastomoses vasculaires d'un lambeau libre pour ischémie Coder éventuellement 14 : (EZCA001, EZCA005) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,J,K,O,P,R,S,T,U,X 7,A,F,O,P,R,S,U	355,21 127,92	385 1 162 1
16.03.11 Pose et ablation de dispositif d'expansion de la peau et du tissu cellulaire souscutané ou d'implant souscutané définitif <i>À l'exclusion de : - pose ou ablation de prothèse de sein (cf 16.06) - pose de dispositif d'expansion intrabuccal (LBLD012, HALD001)</i>					
QZLA001	Pose d'un dispositif d'expansion de la peau ou d'un implant souscutané définitif <i>Indication : chirurgie réparatrice</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T 7,A	161,65 80,64	150 1 71 1
QZLA002	Pose de plusieurs dispositifs d'expansion de la peau ou de plusieurs implants souscutanés définitifs <i>Indication : chirurgie réparatrice Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : spécifique Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	9,J,K,T 7,A	209,16 107,40	209 1 102 1
QZGA008	Ablation d'un dispositif d'expansion de la peau ou d'un implant souscutané définitif Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y 0 4 Y	F,P,S,U 7,A,F,P,S,U	125,40 59,38	83 1 35 1

QZGA001	Ablation de plusieurs dispositifs d'expansion de la peau ou de plusieurs implants souscutanés définitifs	0 1 Y	F,P,S,U	188,10	131	1
		0 4 Y	7,A,F,P,S,U	86,40	61	1

Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)

16.03.12 Lissage cutané [Dérillage] [Lifting]

À l'exclusion de : lissage frontotemporal bilatéral (BAFA003)

QAMA014	Lissage [Lifting] temporal unilatéral, par abord direct	0 1 Y		0,00	125	1
		0 4 Y	7,A	0,00	103	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)						
QAMA007	Lissage [Lifting] temporal bilatéral, par abord direct	0 1 Y		0,00	188	1
		0 4 Y	7,A	0,00	140	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)						
QAMC001	Lissage [Lifting] du tiers supérieur de la face, par vidéochirurgie	0 1 Y		0,00	152	1
		0 4 Y	7,A	0,00	118	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)						
QAMA016	Lissage [Lifting] du tiers supérieur de la face, par abord coronal	0 1 Y		0,00	233	1
		0 4 Y	7,A	0,00	167	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)						
QAMA006	Lissage cervicofacial unilatéral [Hémilifting facial], par abord direct	0 1 Y		0,00	239	1
		0 4 Y	7,A	0,00	137	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)						
QAMA001	Lissage cervicofacial unilatéral [Hémilifting facial] avec platysmaplastie, par abord direct	0 1 Y		0,00	253	1
		0 4 Y	7,A	0,00	145	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)						
QAMA010	Lissage [Lifting] cervicofacial bilatéral, par abord direct	0 1 Y		0,00	399	1
		0 4 Y	7,A	0,00	247	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)						
QAMA009	Lissage [Lifting] cervicofacial bilatéral avec platysmaplastie, par abord direct	0 1 Y		0,00	462	1
		0 4 Y	7,A	0,00	283	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)						
QAMA011	Lissage [Lifting] cervical, par abord direct	0 1 Y		0,00	233	1
		0 4 Y	7,A	0,00	150	1
Avec ou sans : platysmaplastie						
Coder éventuellement 4 : (GELE001)						

16.03.13 Dermolipectomie

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QBFA009	Dermolipectomie abdominale en quartier d'orange	0 1 Y				0,00	195	1
		0 4 Y			7,A	0,00	131	1
Dermolipectomie pour tablier abdominal, sans décollement								
Coder éventuellement 4 : (GELE001)								
QBFA011	Dermolipectomie abdominale sans transposition de l'ombilic	0 1 Y				0,00	163	1
		0 4 Y			7,A	0,00	111	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)								
QBFA013	Dermolipectomie abdominale sans transposition de l'ombilic, avec lipoaspiration de l'abdomen	0 1 Y				0,00	204	1
		0 4 Y			7,A	0,00	134	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)								
QBFA006	Dermolipectomie abdominale sans transposition de l'ombilic, avec fermeture de diastasis des muscles droits de l'abdomen	0 1 Y			9,J,K,T	305,58	230	1
		0 4 Y			7,A	125,98	151	1
Indication : chirurgie réparatrice dans les dégradations majeures de la paroi abdominale antérieure avec tablier abdominal recouvrant partiellement le pubis, justifié par une photographie préopératoire :								
- après amaigrissement pour obésité morbide,								
- dans les suites de la chirurgie bariatrique,								
- en post opératoire ou								
- en post gravidique								
Environnement : spécifique								
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
QBFA010	Dermolipectomie abdominale sans transposition de l'ombilic, avec lipoaspiration de l'abdomen et fermeture de diastasis des muscles droits de l'abdomen	0 1 Y			9,I,J,K,T	351,66	261	1
		0 4 Y			7,A	130,01	170	1
Indication : chirurgie réparatrice dans les dégradations majeures de la paroi abdominale antérieure avec tablier abdominal recouvrant partiellement le pubis, justifié par une photographie préopératoire :								
- après amaigrissement pour obésité morbide,								
- dans les suites de la chirurgie bariatrique,								
- en post opératoire ou								
- en post gravidique								
Environnement : spécifique								
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
QBFA005	Dermolipectomie abdominale avec transposition de l'ombilic	0 1 Y			9,J,K,T	299,20	224	1
		0 4 Y			7,A	148,71	148	1
Indication : chirurgie réparatrice dans les dégradations majeures de la paroi abdominale antérieure avec tablier abdominal recouvrant partiellement le pubis, justifié par une photographie préopératoire :								
- après amaigrissement pour obésité morbide,								
- dans les suites de la chirurgie bariatrique,								
- en post opératoire ou								
- en post gravidique								
Environnement : spécifique								
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
QBFA008	Dermolipectomie abdominale avec transposition de l'ombilic et lipoaspiration de l'abdomen	0 1 Y			I,J,K,O,T	333,94	270	1
		0 4 Y			7,A	157,51	175	1
Indication : chirurgie réparatrice dans les dégradations majeures de la paroi abdominale antérieure avec tablier abdominal recouvrant partiellement le pubis, justifié par une photographie préopératoire :								
- après amaigrissement pour obésité morbide,								
- dans les suites de la chirurgie bariatrique,								
- en post opératoire ou								
- en post gravidique								
Environnement : spécifique								
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								

QBFA001	Dermolipectomie abdominale avec transposition de l'ombilic et fermeture de diastasis des muscles droits de l'abdomen	0 1 Y	I,J,K,O,T	346,70	281	1
		0 4 Y	7,A	159,34	181	1
<p>Indication : chirurgie réparatrice dans les dégradations majeures de la paroi abdominale antérieure avec tablier abdominal recouvrant partiellement le pubis, justifié par une photographie préopératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - après amaigrissement pour obésité morbide, - dans les suites de la chirurgie bariatrique, - en post opératoire ou - en post gravidique <p>Environnement : spécifique</p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
QBFA012	Dermolipectomie abdominale avec transposition de l'ombilic, lipoaspiration de l'abdomen et fermeture de diastasis des muscles droits de l'abdomen	0 1 Y	9,I,J,K,T	388,53	318	1
		0 4 Y	7,A	166,67	203	1
<p>Indication : chirurgie réparatrice dans les dégradations majeures de la paroi abdominale antérieure avec tablier abdominal recouvrant partiellement le pubis, justifié par une photographie préopératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - après amaigrissement pour obésité morbide, - dans les suites de la chirurgie bariatrique, - en post opératoire ou - en post gravidique <p>Environnement : spécifique</p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
QBFA003	Dermolipectomie abdominale totale circulaire	0 1 Y	J,K,T,X	423,98	488	1
		0 4 Y	7,A	152,73	207	1
<p>Avec ou sans : fermeture de diastasis des muscles droits de l'abdomen</p> <p>Indication : chirurgie réparatrice dans les dégradations majeures de la paroi abdominale antérieure avec tablier abdominal recouvrant partiellement le pubis, justifié par une photographie préopératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - après amaigrissement pour obésité morbide, - dans les suites de la chirurgie bariatrique, - en post opératoire ou - en post gravidique <p>Environnement : spécifique</p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
QZFA014	Dermolipectomie des membres	0 1 Y	9,I,J,K,T	280,76	233	1
		0 4 Y	7,A	122,07	153	1
<p>Indication : chirurgie réparatrice :</p> <ul style="list-style-type: none"> - après amaigrissement pour obésité morbide, - dans les suites de la chirurgie bariatrique, - en postopératoire ou - en post gravidique <p>Environnement : spécifique</p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
16.03.14 Lipoaspiration						
QZJB003	Lipoaspiration en dehors des régions inframentonnaire, abdominale ou infratrochantérienne ou des genoux	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1		0,00	106	1
<p>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</p>						
QAJB001	Lipoaspiration inframentonnaire	0 1		0,00	43	1
		<p>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</p>				
QJB001	Lipoaspiration de l'abdomen	0 1	J,K,T,X	181,50	106	1
		0 4	7,A	88,34	75	1
<p>Indication : maladie de Launois-Bensaude, hypodystrophie sévère iatrogène</p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
QDJB001	Lipoaspiration des régions infratrochantériennes	0 1		0,00	125	1
		<p>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</p>				
QDJB002	Lipoaspiration de la face médiale des genoux	0 1		0,00	78	1
		<p>Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)</p>				
16.03.15 Exérèse de lésion congénitale de la peau et des tissus mous de la face et du cou						
<p>Comprend : exérèse</p> <ul style="list-style-type: none"> - de fibrochondrome congénital de la face ou du cou - de kyste ou de fistule congénitale de la face ou du cou 						
LCFA003	Exérèse d'une fistule ou d'un kyste de la première fente branchiale, sans dissection du nerf facial	0 1 Y	9,J,K,T	209,16	171	1
		0 4 Y	A	127,58	116	1
<p>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
LCFA005	Exérèse d'une fistule ou d'un kyste de la première fente branchiale, avec dissection du nerf facial	0 1 Y	J,K,T,X	388,53	419	1
		0 4 Y	7,A	153,77	236	1
<p>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
LCFA008	Exérèse d'une fistule ou d'un kyste de la deuxième fente branchiale	0 1 Y	J,K,T,X	301,84	209	1
		0 4 Y	7,A	106,30	133	1
<p>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
LCFA006	Exérèse d'une fistule ou d'un kyste de la troisième ou quatrième fente branchiale	0 1 Y	J,K,T,X	301,07	209	1
		0 4 Y	7,A	106,30	133	1
<p>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
BAFA019	Exérèse d'un kyste de la queue du sourcil	0 1 Y	J,K,T	94,05	91	1
		0 4 Y	7,A,T	48,00	41	1
<p>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
HAFA011	Exérèse de kyste de lèvre	0 1 Y	9	37,58	79	1
		0 4 Y	7,A	74,05	21	1
<p>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						
GAFA009	Exérèse d'une fistule congénitale de la columelle nasale ou de la lèvre supérieure [philtrum]	0 1 Y	J,K,T	167,20	123	1
		0 4 Y	7,A	76,97	63	1
<p>Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)</p>						

GAFA011	Exérèse d'une fistule ou d'un kyste congénital du dos du nez, par abord facial <i>Exérèse d'une fistule ou d'un kyste du dos du nez par abord infralabial, médian, transcolumellaire ou paralatéronasal</i>	0 1 Y	J,K,O,T	177,25	186	1
		0 4 Y	A	116,57	87	1
Coder éventuellement 14 : (LAFA008, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
GAFA010	Exérèse d'une fistule ou d'un kyste congénital du dos du nez avec prolongement intracrânien, par abord coronal <i>Activité 1 : abord extracrânien</i> <i>Activité 2 : abord intracrânien</i>	0 1 Y	J,K,T	220,16	316	1
		0 2 Y	J,K,T	220,16	0	1
		0 4 Y	A	266,49	144	1
Coder éventuellement 14 : (LAFA008, ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LCFA009	Exérèse de lésion congénitale du premier arc branchial <i>Exérèse de fistule congénitale de la lèvre inférieure</i> <i>Exérèse d'un kyste ou d'une fistule auriculaire ou préhélécienne</i> <i>Exérèse de fibrochondrome prétragien</i>	0 1 Y	J,K,T	167,20	106	1
		0 4 Y	A	79,56	49	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LCFA004	Exérèse d'un kyste congénital médian du cou <i>À l'exclusion de : exérèse de kyste du tractus thyroïdienne (KCFA011)</i>	0 1 Y	9,J,K,T	215,60	162	1
		0 4 Y	A	109,24	76	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
KCFA011	Exérèse d'un kyste du tractus thyroïdienne	0 1 Y	I,J,K,O,T	238,70	178	1
		0 4 Y	A	102,29	84	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
LCFA010	Exérèse d'une fistule mentosternale	0 1 Y	9,J,K,T	187,89	186	1
		0 4 Y	A	116,57	87	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
QAPA001	Section de bride congénitale médiane du cou, avec plastie	0 1 Y	I	217,66	136	1
		0 4 Y	A	94,22	72	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
LCFA012	Exérèse d'une récurrence d'une fistule ou d'un kyste congénital cervical médian ou latéral	0 1 Y	9,I,J,K,T	275,80	209	1
		0 4 Y	A	111,82	99	1
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
16.03.16 Autres actes thérapeutiques sur les téguments						
LCFA007	Exérèse d'une fistule cutanée faciale acquise	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1 Y	9	24,11	42	1
Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)						
QZEA034	Relèvement de 1 à 5 cicatrices, par abord direct	0 1		0,00	28	1
QZEA009	Relèvement de 6 cicatrices ou plus, par abord direct	0 1		0,00	39	1
QZLA004	Pose d'implant pharmacologique souscutané <i>Pose d'implant contraceptif souscutané</i>	0 1	X	17,99	20	1
		0 4 Y				
QZGA002	Ablation ou changement d'implant pharmacologique souscutané <i>Ablation d'implant contraceptif souscutané</i>	0 1	F,P,S,U	41,80	20	1
		0 4 Y				
QZJA023	Pansement de plaie de la peau et des tissus mous, sous anesthésie générale ou locorégionale <i>À l'exclusion de : pansement</i> <i>- intrabuccal sous anesthésie générale, dans les suites d'un acte sur la cavité orale (HAJD003)</i> <i>- de brûlure (cf 16.05.01, 16.05.02)</i>	0 1	F,I,P,S,U,X	25,52	40	1
		0 4	7,A,F,P,S,U	48,75	12	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
QZRP002	Séance de photothérapie de la main, du pied et/ou du cuir chevelu, par rayons ultraviolets A [UVA] ou ultraviolets B [UVB] <i>Indication : acte thérapeutique</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>	0 1	I,X	14,24	9	1
		0 4 Y				
QZRP003	Séance de photothérapie corporelle totale, par rayons ultraviolets A [UVA] ou ultraviolets B [UVB] <i>À l'exclusion de : photothérapie du nouveau-né par rayons ultraviolets</i> <i>Indication : acte thérapeutique</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>	0 1		19,20	9	1
		0 4 Y				
QZRP005	Séance de balnéopuvathérapie localisée <i>Indication : mycosis fongique, état prémycosique et parapsoriasis, psoriasis atteignant moins de 40 % de la surface corporelle</i> <i>Facturation :</i> <i>- les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i> <i>- les actes de traitement de mycosis fongique, état prémycosique et parapsoriasis peuvent être facturés à raison de 4 séances maximum par semaine pendant 6 mois, renouvelable après accord préalable</i> <i>- les actes de traitement de psoriasis peuvent être facturés pour le traitement d'attaque à raison de 4 séances maximum par semaine avec un maximum de 30 séances ; pour le traitement d'entretien à raison de 1 séance maximum par semaine avec un maximum de 20 séances</i>	0 1	9	22,07	13	1
		0 4 Y				
QZRP004	Séance de balnéopuvathérapie généralisée <i>Indication : mycosis fongique, état prémycosique et parapsoriasis, psoriasis atteignant 40 % ou plus de la surface corporelle</i> <i>Facturation :</i> <i>- les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i> <i>- les actes de traitement de mycosis fongique, état prémycosique et parapsoriasis peuvent être facturés à raison de 4 séances maximum par semaine pendant 6 mois, renouvelable après accord préalable</i> <i>- les actes de traitement de psoriasis atteignant 40 % ou plus de la surface corporelle peuvent être facturés pour le traitement d'attaque à raison de 4 séances maximum par semaine avec un maximum de 30 séances ; pour le traitement d'entretien à raison de 1 séance maximum par semaine avec un maximum de 20 séances</i>	0 1	9	22,07	13	1
		0 4 Y				
QZMP002	Confection d'un conformateur de pressothérapie d'une cicatrice vicieuse et/ou chéloïde	0 1		0,00	44	1
QZRB001	Séance d'acupuncture <i>Indication : traitement adjuvant et de deuxième intention chez l'adulte :</i> <i>nausées et vomissements en alternative thérapeutique</i> <i>antalgique en association à d'autres traitements</i> <i>syndrome anxiodépressif, en association avec un programme de prise en charge globale</i> <i>aide au sevrage alcoolique et tabagique</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 1		18,00	13	1
		0 4 Y				

16.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES PHANÈRES

16.04.01 Actes thérapeutiques sur les poils

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QZNP027 Séance d'épilation cutanée électrique <i>À l'exclusion de : séance d'épilation ciliaire électrique unilatérale ou bilatérale (BANP004)</i> <i>Indication : hypertrichose pathologique, hirsutisme confirmé et documenté, transsexuel</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>	0	1		O,X	29,19	20	1
QZNP029 Séance d'épilation cutanée sur moins de 50 cm², avec laser ou avec lampe flash <i>Indication : hypertrichose pathologique, hirsutisme confirmé et documenté, transsexuel</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>	0	1		9,0	17,80	28	1
QZNP028 Séance d'épilation cutanée sur 50 cm² à 150 cm², avec laser ou avec lampe flash <i>Indication : hypertrichose pathologique, hirsutisme confirmé et documenté, transsexuel</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>	0	1		O,X	29,19	52	1
QZNP030 Séance d'épilation cutanée sur plus de 150 cm², avec laser ou avec lampe flash <i>Indication : hypertrichose pathologique, hirsutisme confirmé et documenté, transsexuel</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>	0	1		I,X	43,43	82	1
QAEA001 Transplantation de moins de 50 greffons de cuir chevelu <i>Indication : pseudopelade stabilisée, alopecie posttraumatique ou postthérapeutique</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1		9	80,83	126	1
	0	4		7,A	72,00	67	1
QAEA005 Transplantation de 50 à 200 greffons de cuir chevelu <i>Indication : pseudopelade stabilisée, alopecie posttraumatique ou postthérapeutique</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1		I,O	108,48	161	1
	0	4		7,A	76,06	89	1
QAEA007 Transplantation de 201 greffons de cuir chevelu, ou plus <i>Indication : pseudopelade stabilisée, alopecie posttraumatique ou postthérapeutique</i> <i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i> Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1		9	151,02	254	1
	0	4		7,A	116,89	146	1
QAEA013 Réimplantation de cuir chevelu avec anastomoses vasculaires <i>Environnement : spécifique : adapté à la microchirurgie vasculaire</i> Coder éventuellement 14 : (EZCA001, EZCA005) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	F,P,S,U	474,04	561	1
	0	4	Y	7,A,F,P,S,U	139,66	255	1

16.04.02 Actes thérapeutiques sur les ongles

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QZJB001 Évacuation d'un hématome infra-unguéal, par voie transunguéal	0	1		9,F,O,P,S,U	11,34	49	1
QZMP001 Couverture du lit de l'ongle par reposition de la tablette ou pose de prothèse provisoire <i>Avec ou sans : suture</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		F,J,K,O,P,S,T,U	62,70	70	1
QZJA022 Parage et/ou suture d'une plaie pulpo-unguéal <i>Avec ou sans : plastie du lit unguéal, et reposition de la tablette unguéale ou pose de prothèse</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP042)	0	1		F,J,K,M,O,P,S,T,U,X	80,83	95	1
QZJA021 Parage et/ou suture de plusieurs plaies pulpo-unguées <i>Avec ou sans : plastie du lit unguéal, et reposition de la tablette unguéale ou pose de prothèse</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP008)	0	1		F,I,J,K,M,O,P,S,T,U,X	141,80	171	1
QZEA008 Autogreffe du lit de l'ongle avec reposition de la tablette unguéale ou pose de prothèse Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1		F,I,J,K,O,P,S,T,U	95,01	94	1
QZFA020 Exérèse partielle ou totale de la tablette d'un ongle <i>Avec ou sans : couverture provisoire du lit unguéal</i> Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)	0	1		F,I,P,S,U	46,79	71	1
QZFA039 Exérèse partielle de l'appareil unguéal <i>Avec ou sans : plastie de la pulpe</i> <i>Traitement des ongles incarnés, de la mélanonychie</i> Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)	0	1		9,F,I,P,S,U	35,45	69	1
QZFA029 Exérèse totale de l'appareil unguéal Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)	0	1		F,I,P,S,U,X	51,76	78	1
QZFA032 Exérèse de l'appareil unguéal, avec réparation par autogreffe de peau totale Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)	0	1	Y	9,F,P,S,U	82,24	91	1
QZFA009 Exérèse de l'appareil unguéal, avec réparation par lambeau pédiculé unguéomatriciel Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)	0	1	Y	F,I,O,P,S,U	95,01	95	1
QZEA028 Transfert libre de complexe unguéomatriciel avec anastomoses vasculaires Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0	1	Y	9,I,J,K,T	951,48	609	1
	0	4	Y	7,A	266,48	278	1

16.04.03 Actes thérapeutiques sur les glandes sudoripares et sébacées

<i>À l'exclusion de : actes thérapeutiques pour kyste sébacé, hidrosadénite, kyste pilonidal (cf 16.03)</i>							
QZJB004 Évacuation de kystes acnéiques et/ou de comédons, par micro-incisions	0	1			0,00	20	1
QZLP001 Séance d'ionophorèse [iontophorèse] pour hyperhidrose	0	1		X	10,68	11	1
QCLB222 Injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique au niveau du creux axillaire <i>Indication : hyperhidrose axillaire sévère résistante aux traitements locaux et à l'origine d'un retentissement psychologique et social important, chez l'enfant de plus de 12 ans et chez l'adulte</i>	0	1	Y		32,04	25	1

16.05 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES BRÛLURES DE LA PEAU ET DES TISSUS MOUS

Comprend :

- brûlure de la peau et des tissus mous
- érythrodermie bulleuse avec épidermolyse [syndrome de Lyell]

À l'exclusion de : brûlure

- muqueuse
- viscérale
- osseuse

séquelles de brûlure

Par pansement chirurgical, on entend : pansement réalisé au bloc opératoire, sous anesthésie générale ou locorégionale.

Par extrémité céphalique, on entend : visage, cuir chevelu et cou.

En cas d'intervention pour brûlures multiples atteignant à la fois un site particulier - main, extrémité céphalique - et un autre territoire, utiliser deux codes :

- l'un pour décrire l'acte sur le ou les sites particuliers,

- l'autre pour décrire l'acte sur le ou les autres territoires, selon la surface totale cumulée.

Les surfaces indiquées dans les libellés correspondent aux surfaces totales cumulées des zones traitées.

16.05.01 Pansement chirurgical initial de brûlure

16.05.01.01 Pansement chirurgical initial de brûlure, en dehors de l'extrémité céphalique et des mains

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QZJA020 Pansement chirurgical initial de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur moins de 1% de la surface corporelle	0	1		F,I,P,S,U,X	43,25	46	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
QZJA005 Pansement chirurgical initial de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 1% à 10% de la surface corporelle	0	1		F,P,S,U,X	73,74	68	1
	0	4		7,A,F,P,S,U	64,15	41	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
QZJA004 Pansement chirurgical initial de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 10% à 30% de la surface corporelle	0	1		F,I,P,S,U,X	163,07	119	1
	0	4		A,F,P,S,U	100,80	66	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
QZJA019 Pansement chirurgical initial de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 30% à 60% de la surface corporelle	0	1		F,J,K,O,P,S,T,U,X	238,22	204	1
	0	4		A,F,O,P,S,U	145,53	100	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
QZJA014 Pansement chirurgical initial de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur plus de 60% de la surface corporelle	0	1		F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	357,34	241	1
	0	4		A,F,O,P,S,U	232,76	131	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

16.05.01.02 Pansement chirurgical initial de brûlure de l'extrémité céphalique et des mains

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QAJA014 Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique	0	1		F,P,S,U,X	116,28	79	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)							
QCJA003 Pansement chirurgical initial de brûlure sur 1 main	0	1		F,P,S,U,X	96,42	59	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)							
QCJA005 Pansement chirurgical initial de brûlure sur les 2 mains	0	1		F,P,S,U,X	147,47	95	1
	0	4		7,A,F,P,S,U	108,00	68	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
QAJA008 Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique et 1 main	0	1		F,P,S,U,X	170,16	110	1
	0	4		7,A,F,P,S,U	108,04	86	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
QAJA007 Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique et les 2 mains	0	1		F,P,S,U,X	221,21	131	1
	0	4		7,A,F,P,S,U	110,97	94	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

16.05.02 Pansement chirurgical secondaire de brûlure

Le pansement secondaire de brûlure inclut l'ablation de l'ancien pansement, la détersion de la brûlure et la réfection du nouveau pansement.

16.05.02.01 Pansement chirurgical secondaire de brûlure, en dehors de l'extrémité céphalique et des mains

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QZJA003 Pansement chirurgical secondaire de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur moins de 1% de la surface corporelle	0	1		9,F,P,S,U	40,41	44	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
QZJA010 Pansement chirurgical secondaire de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 1% à 10% de la surface corporelle	0	1		F,I,P,S,U,X	75,86	64	1
	0	4		7,A,F,P,S,U	60,85	39	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
QZJA007 Pansement chirurgical secondaire de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 10% à 30% de la surface corporelle	0	1		F,J,K,O,P,S,T,U,X	158,11	95	1
	0	4		7,A,F,O,P,S,U	79,91	59	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
QZJA008 Pansement chirurgical secondaire de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 30% à 60% de la surface corporelle	0	1		F,J,K,O,P,S,T,U,X	221,92	145	1
	0	4		7,A,F,O,P,S,U	104,84	86	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
QZJA018 Pansement chirurgical secondaire de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur plus de 60% de la surface corporelle	0	1		F,I,J,K,O,P,S,T,U,X	333,23	236	1
	0	4		7,A,F,O,P,S,U	138,56	115	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

16.05.02.02 Pansement chirurgical secondaire de brûlure de l'extrémité céphalique et des mains

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QAJA010 Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur l'extrémité céphalique	0	1		F,I,P,S,U	107,77	67	1
	0	4		7,A,F,P,S,U	74,60	61	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
QCJA004 Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur 1 main	0	1		F,O,P,S,U,X	95,01	52	1
	0	4		7,A,F,P,S,U	72,00	41	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
QCJA002 Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur les 2 mains	0	1		F,I,P,S,U	151,02	85	1
	0	4		7,A,F,P,S,U	72,03	59	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
QAJA011 Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur l'extrémité céphalique et 1 main	0	1		F,I,P,S,U,X	170,87	94	1
	0	4		7,A,F,P,S,U	86,69	76	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
QAJA001 Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur l'extrémité céphalique et les 2 mains	0	1		F,I,P,S,U,X	226,88	112	1
	0	4		7,A,F,P,S,U	88,15	66	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

16.05.03 Escarrotomie de décharge

Par site, on entend : chaque membre inférieur, chaque membre supérieur, le tronc ou le cou.

QZPA002 Escarrotomie de décharge sur 1 site	0	1	Y	F,I,P,R,S,U,X	119,11	54	1
	0	4	Y	7,A,F,P,R,S,U	82,84	35	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							
QZPA001 Escarrotomie de décharge sur 2 sites	0	1	Y	F,P,R,S,U,X	246,02	84	1
	0	4	Y	7,A,F,P,R,S,U	88,52	53	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)							

QZPA005	Escarrotomie de décharge sur 3 sites	0 1 Y	F,P,R,S,U,X	319,76	132	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,R,S,U	100,98	67	1
QZPA007	Escarrotomie de décharge sur 4 sites	0 1 Y	F,P,R,S,U,X	443,83	169	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,R,S,U	114,55	85	1
QZPA006	Escarrotomie de décharge sur 5 sites	0 1 Y	F,P,R,S,U,X	555,86	231	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,R,S,U	124,08	104	1
QZPA003	Escarrotomie de décharge sur 6 sites	0 1 Y	F,P,R,S,U,X	652,28	271	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,R,S,U	138,01	123	1

16.05.04 Excision de brûlure

L'excision de brûlure inclut le pansement consécutif.

16.05.04.01 Excision de brûlure, en dehors de l'extrémité céphalique et des mains

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QZFA019	Excision de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur moins de 2,5% de la surface corporelle	0 1 Y			F,P,S,U,X	94,30	84	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	68,91	54	1
QZFA006	Excision de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 2,5% à 5% de la surface corporelle	0 1 Y			F,P,S,U,X	131,17	111	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	70,74	62	1
QZFA017	Excision de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 5% à 7,5% de la surface corporelle	0 1 Y			F,P,S,U,X	185,76	154	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	78,44	75	1
QZFA016	Excision de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 7,5% à 10% de la surface corporelle	0 1 Y			F,P,S,U,X	241,77	186	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	92,01	87	1
QZFA012	Excision de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 10% à 12,5% de la surface corporelle	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U,X	297,78	206	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,O,P,S,U	110,34	100	1
QZFA018	Excision de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 12,5% à 15% de la surface corporelle	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U,X	357,34	326	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			A,F,O,P,S,U	153,59	115	1
QZFA034	Excision de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 15% à 17,5% de la surface corporelle	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U,X	394,20	353	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			A,F,O,P,S,U	183,65	131	1
QZFA025	Excision de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 17,5% à 20% de la surface corporelle	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U,X	487,08	380	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			A,F,O,P,S,U	215,17	167	1
QZFA037	Excision de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur plus de 20% de la surface corporelle	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U,X	595,56	416	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			A,F,O,P,S,U	303,15	227	1

16.05.04.02 Excision de brûlure de l'extrémité céphalique et des mains

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QAFA006	Excision de brûlure de l'extrémité céphalique, sur moins de 1% de la surface corporelle	0 1 Y			F,P,S,U,X	143,22	80	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	93,65	59	1
QAFA002	Excision de brûlure de l'extrémité céphalique, sur 1% à 2% de la surface corporelle	0 1 Y			F,P,S,U,X	186,47	105	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	100,98	70	1
QAFA004	Excision de brûlure de l'extrémité céphalique, sur 2% à 3% de la surface corporelle	0 1 Y			F,P,S,U,X	227,59	124	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	112,35	80	1
QAFA008	Excision de brûlure de l'extrémité céphalique, sur 3% à 4% de la surface corporelle	0 1 Y			F,P,S,U,X	273,67	135	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	127,01	91	1
QAFA005	Excision de brûlure de l'extrémité céphalique, sur 4% à 5% de la surface corporelle	0 1 Y			F,P,S,U,X	338,90	169	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	133,61	105	1
QAFA003	Excision de brûlure de l'extrémité céphalique, sur 5% à 7,5% de la surface corporelle	0 1 Y			F,P,S,U,X	393,50	211	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	148,28	114	1
QAFA007	Excision de brûlure de l'extrémité céphalique, sur 7,5% à 10% de la surface corporelle	0 1 Y			F,P,S,U,X	441,00	243	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	169,16	141	1
QAFA010	Excision de brûlure de l'extrémité céphalique, sur 10% à 12,5% de la surface corporelle	0 1 Y			F,J,K,O,P,S,T,U,X	488,50	264	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			A,F,O,P,S,U	220,85	158	1
QAFA009	Excision de brûlure de l'extrémité céphalique, sur plus de 12,5% de la surface corporelle	0 1 Y			F,J,K,P,S,T,U	374,24	292	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			A,F,P,S,U	263,01	195	1
QCFA002	Excision de brûlure d'une main, sur moins de 1,25% de la surface corporelle	0 1 Y			F,P,S,U,X	142,51	76	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	87,79	57	1
QCFA003	Excision de brûlure d'une main, sur plus de 1,25% de la surface corporelle	0 1 Y			F,P,S,U,X	194,27	107	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	94,39	71	1
QCFA001	Excision de brûlure des 2 mains, sur moins de 1,25% de la surface corporelle	0 1 Y			F,P,S,U,X	156,69	102	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	108,00	57	1
QCFA006	Excision de brûlure des 2 mains, sur 1,25% à 2,5% de la surface corporelle	0 1 Y			F,P,S,U,X	213,41	133	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	112,44	71	1
QCFA004	Excision de brûlure des 2 mains, sur 2,5% à 3,75% de la surface corporelle	0 1 Y			F,P,S,U,X	250,99	135	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	126,00	84	1

QCFA005	Excision de brûlure des 2 mains, sur plus de 3,75% de la surface corporelle	0 1 Y	F,P,S,U	191,23	175	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,F,P,S,U	120,05	106	1

16.05.05 Greffe de peau pour brûlure

Comprend :

- autogreffe, homogreffe ou xélogreffe cutanée
- greffe de derme artificiel

À l'exclusion de : autogreffe cutanée en sandwich (cf 16.05.06)

La greffe de peau pour brûlure inclut la préparation de la zone à greffer et le pansement consécutif de la zone prélevée et de la zone greffée.

16.05.05.01 Greffe de peau pour brûlure, en dehors de l'extrémité céphalique et des mains

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QZEA021	0	1	Y	I,X	95,01	93	1
	0	4	Y	7,A	65,98	62	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QZEA037	0	1	Y	X	119,11	106	1
	0	4	Y	7,A	76,61	65	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QZEA041	0	1	Y	J,K,T,X	146,76	148	1
	0	4	Y	7,A	79,91	76	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QZEA017	0	1	Y	J,K,T,X	198,52	171	1
	0	4	Y	7,A	87,97	89	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QZEA011	0	1	Y	J,K,T,X	259,49	227	1
	0	4	Y	7,A	97,14	105	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QZEA012	0	1	Y	J,K,T	193,70	335	1
	0	4	Y	7,A	115,47	124	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QZEA002	0	1	Y	J,K,T,X	355,21	370	1
	0	4	Y	7,A	148,09	136	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QZEA025	0	1	Y	J,K,T,X	445,25	421	1
	0	4	Y	7,A	166,05	161	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QZEA010	0	1	Y	J,K,T	337,22	514	1
	0	4	Y	7,A	231,67	228	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							

16.05.05.02 Greffe de peau pour brûlure de l'extrémité céphalique et des mains

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QAEA002	0	1	Y	I,X	158,82	118	1
	0	4	Y	7,A	92,56	72	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QAEA010	0	1	Y		131,61	141	1
	0	4	Y	7,A	98,05	83	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QAEA011	0	1	Y		161,63	169	1
	0	4	Y	7,A	109,79	96	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QAEA006	0	1	Y	X	297,78	214	1
	0	4	Y	7,A	117,12	108	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QAEA008	0	1	Y		229,06	255	1
	0	4	Y	7,A	127,01	126	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QAEA009	0	1	Y	J,K,T	264,43	300	1
	0	4	Y	7,A	141,67	146	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QAEA012	0	1	Y	J,K,T,X	443,83	346	1
	0	4	Y	7,A	156,70	167	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QAEA004	0	1	Y	J,K,T,X	523,95	380	1
	0	4	Y	7,A	173,38	193	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QAEA003	0	1	Y	J,K,T,X	595,56	420	1
	0	4	Y	7,A	193,91	211	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QCEA005	0	1	Y	I,X	164,49	114	1
	0	4	Y	7,A	79,73	73	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QCEA006	0	1	Y	X	224,04	145	1
	0	4	Y	7,A	89,26	89	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QCEA002	0	1	Y		133,66	145	1
	0	4	Y	7,A	108,00	73	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QCEA004	0	1	Y	X	247,44	178	1
	0	4	Y	7,A	108,00	89	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QCEA001	0	1	Y	X	302,74	201	1
	0	4	Y	7,A	108,00	101	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
QCEA003	0	1	Y		236,88	239	1
	0	4	Y	7,A	120,14	130	1
Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)							

16.05.06 Greffe cutanée en sandwich

Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex

QZEA038	Grefte cutanée en sandwich, sur moins de 2,5% de la surface corporelle	0 1 Y	R	176,79	50	1
	Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,R	114,09	80	1
QZEA029	Grefte cutanée en sandwich, sur 2,5% à 5% de la surface corporelle	0 1 Y	9,O,R	216,25	100	1
	Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,R	114,09	95	1
QZEA004	Grefte cutanée en sandwich, sur 5% à 7,5% de la surface corporelle	0 1 Y	J,K,R,T	260,39	207	1
	Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,R	155,89	111	1
QZEA013	Grefte cutanée en sandwich, sur 7,5% à 10% de la surface corporelle	0 1 Y	9,J,K,O,R,T	304,16	246	1
	Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,R	155,89	130	1
QZEA043	Grefte cutanée en sandwich, sur 10% à 12,5% de la surface corporelle	0 1 Y	J,K,R,T	374,48	408	1
	Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,R	228,18	147	1
QZEA014	Grefte cutanée en sandwich, sur 12,5% à 15% de la surface corporelle	0 1 Y	J,K,R,T	374,48	456	1
	Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,R	228,18	164	1
QZEA040	Grefte cutanée en sandwich, sur 15% à 17,5% de la surface corporelle	0 1 Y	J,K,R,T	426,63	504	1
	Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,R	228,18	192	1
QZEA030	Grefte cutanée en sandwich, sur 17,5% à 20% de la surface corporelle	0 1 Y	I,J,K,O,R,T	555,15	555	1
	Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,R	242,46	209	1
QZEA001	Grefte cutanée en sandwich, sur plus de 20% de la surface corporelle	0 1 Y	I,J,K,R,T	631,01	613	1
	Coder éventuellement 14 : (QAFA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	7,A,R	286,41	230	1

16.05.07 Grefte de culture de kératinocytes pour brûlure

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QZEA023	Grefte de culture de kératinocytes autologues pour brûlure, sur moins de 10% de la surface corporelle	0 1 Y			J,K,R,T	307,16	192	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,R	155,89	83	1
QZEA042	Grefte de culture de kératinocytes autologues pour brûlure, sur 10% à 20% de la surface corporelle	0 1 Y			J,K,R,T	517,10	269	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,R	228,18	107	1
QZEA022	Grefte de culture de kératinocytes autologues pour brûlure, sur 20% à 30% de la surface corporelle	0 1 Y			J,K,R,T	668,99	327	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,R	269,98	119	1
QZEA003	Grefte de culture de kératinocytes autologues pour brûlure, sur 30% à 40% de la surface corporelle	0 1 Y			J,K,R,T,X	933,75	362	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,R	290,88	143	1
QZEA016	Grefte de culture de kératinocytes autologues pour brûlure, sur 40% à 50% de la surface corporelle	0 1 Y			J,K,R,T	955,78	614	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,R	311,78	230	1
QZEA033	Grefte de culture de kératinocytes autologues pour brûlure, sur plus de 50% de la surface corporelle	0 1 Y			J,K,R,T	1061,75	665	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,R	332,68	248	1

16.05.08 Ablation de support de culture cellulaire [Take down]

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QZGP004	Ablation des supports de culture de kératinocytes autologues pour brûlure, sur moins de 10% de la surface corporelle	0 1 Y			F,P,R,S,U,X	161,65	140	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,R,S,U	75,51	77	1
QZGP009	Ablation des supports de culture de kératinocytes autologues pour brûlure, sur 10% à 20% de la surface corporelle	0 1 Y			F,J,K,P,R,S,T,U	177,40	185	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,R,S,U	89,44	98	1
QZGP001	Ablation des supports de culture de kératinocytes autologues pour brûlure, sur 20% à 30% de la surface corporelle	0 1 Y			F,I,J,K,P,R,S,T,U,X	340,32	247	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,R,S,U	110,33	122	1
QZGP002	Ablation des supports de culture de kératinocytes autologues pour brûlure, sur 30% à 40% de la surface corporelle	0 1 Y			F,I,J,K,P,S,T,U	448,09	301	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	155,79	157	1
QZGP006	Ablation des supports de culture de kératinocytes autologues pour brûlure, sur 40% à 50% de la surface corporelle	0 1 Y			F,J,K,P,S,T,U	407,98	352	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	171,92	179	1
QZGP007	Ablation des supports de culture de kératinocytes autologues pour brûlure, sur plus de 50% de la surface corporelle	0 1 Y			F,J,K,P,S,T,U	483,64	398	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y			7,A,F,P,S,U	191,71	200	1

16.06 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE SEIN

À l'exclusion de : actes thérapeutiques sur la peau du sein (cf 16.03)

16.06.01 Évacuation de collection de la glande mammaire

Comprend : évacuation

- d'abcès de la glande mammaire
- d'hématome de la glande mammaire
- de kyste de la glande mammaire

QEJB001	Évacuation de collection de la glande mammaire, par voie transcutanée sans guidage	0 1			F,P,S,T,U,X	23,53	23	1
	Avec ou sans : drainage							
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
QEJH001	Évacuation de collection de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique	0 1			F,P,S,T,U	38,40	62	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
QEJH002	Drainage de collection de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique	0 1			F,P,S,T,U,X	95,67	106	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

QEJA001	Évacuation de collection de la glande mammaire, par abord direct	0 1	F,I,O,P,S,T,U	60,90	114	1
	<i>Avec ou sans : drainage</i>	0 4	7,A,F,P,S,T,U	55,35	35	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

16.06.02 Exérèse partielle de la glande mammaire

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QEFA004	Tumorectomie du sein	0 1	Y	9,J,K,O,T	109,90	107	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	Y	7,A,T	71,48	64	1
QEFA001	Tumorectomie du sein avec curage lymphonodal axillaire	0 1	Y	9,J,K,O,T	282,18	259	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	Y	4,7,A,T	155,89	103	1
QEFA017	Mastectomie partielle	0 1	Y	I,J,K,T	145,35	157	1
	<i>Segmentectomie ou quadrantectomie mammaire</i>	0 4	Y	4,7,A,T	78,07	82	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
QEFA008	Mastectomie partielle avec curage lymphonodal axillaire	0 1	Y	9,J,K,T	302,03	285	1
	<i>Segmentectomie ou quadrantectomie mammaire avec curage lymphonodal axillaire</i>	0 4	Y	4,7,A,T	155,89	115	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
QEFA016	Exérèse de conduit lactifère [Exérèse de canal galactophore] [Pyramidectomie mammaire]	0 1	Y	I,J,K,O,T	151,73	147	1
	<i>Avec ou sans : repérage peropératoire</i>	0 4	Y	4,7,A,T	82,11	84	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
QEFA007	Mastectomie souscutanée avec exérèse de la plaque aréolomamelonnaire	0 1	Y	9,J,K,T	231,84	204	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	Y	4,7,A,T	125,40	86	1
QEFA006	Exérèse de tissu mammaire ectopique ou de glande mammaire aberrante [sein surnuméraire]	0 1	Y	J,K,T	104,50	114	1
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec exérèse de mamelon surnuméraire (QEFA014)</i>	0 4	Y	7,A	72,94	69	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
QEFA011	Exérèse unilatérale de gynécomastie	0 1	Y	9,J,K,O,T	128,33	130	1
	<i>Indication : intervention réalisée après bilan endocrinien, après la puberté, pour gynécomastie accusée, pouvant poser un problème d'ordre sexuel ou psychologique (en particulier gynécomastie asymétrique, douloureuse, avec distension aréolaire) .</i>	0 4	Y	4,5,7,A	75,88	76	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
QEFA002	Exérèse bilatérale de gynécomastie	0 1	Y	9,J,K,T	200,65	201	1
	<i>Indication : intervention réalisée après bilan endocrinien, après la puberté, pour gynécomastie accusée, pouvant poser un problème d'ordre sexuel ou psychologique (en particulier gynécomastie asymétrique, douloureuse, avec distension aréolaire)</i>	0 4	Y	4,5,7,A	102,09	110	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

16.06.03 Mastectomie totale

Coder éventuellement : reconstruction immédiate du sein (cf 16.06.07)

QEFA019	Mastectomie totale	0 1	Y	J,K,T,X	190,72	198	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	Y	4,5,7,A,T	85,40	75	1
QEFA020	Mastectomie totale avec conservation des pectoraux et curage lymphonodal axillaire	0 1	Y	I,J,K,O,T	350,25	343	1
	<i>Mastectomie radicale modifiée selon Patey</i>	0 4	Y	4,5,7,A,T	155,89	127	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
QEFA005	Mastectomie totale avec exérèse des pectoraux et curage lymphonodal axillaire	0 1	Y	9,J,K,O,T	282,89	368	1
	<i>Mastectomie radicale selon Halsted</i>	0 4	Y	4,5,7,A,T	157,12	137	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)						
QEFA010	Mastectomie totale avec curages lymphonodaux axillaire et supraclaviculaire	0 1	Y	I,J,K,T	423,27	368	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	Y	4,5,7,A	184,69	137	1
QEFA003	Mastectomie totale avec curages lymphonodaux axillaire et parasternal [mammaire interne]	0 1	Y	I,J,K,T	517,57	510	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	Y	4,5,7,A	213,49	188	1

16.06.04 Mastectomie totale élargie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QEFA012	Mastectomie totale élargie en surface, avec autogreffe cutanée	0 1	Y	J,K,T	343,99	298	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	Y	4,5,7,A,T	197,69	141	1
QEFA013	Mastectomie totale élargie en surface, avec lambeau pédiculé de muscle grand dorsal ou lambeau parascapulaire	0 1	Y	9,J,K,T	589,89	456	1
	Coder éventuellement 14 : (ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	Y	4,5,7,A,T	218,59	218	1
QEFA015	Mastectomie totale élargie en surface, avec lambeau libre musculocutané	0 1	Y	9,J,K,T,X	951,48	848	1
	Coder éventuellement 14 : (EZCA001, EZCA005, ZZHA001, ZZQL010) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4	Y	4,5,7,A,T	283,15	409	1

16.06.05 Mastoplastie de réduction ou d'augmentation

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QEMA012	Mastoplastie unilatérale de réduction	0 1	Y	9,J,K,O,T	252,40	310	1
	<i>Indication :</i>	0 4	Y	4,7,A	116,12	137	1
	- asymétrie majeure nécessitant une compensation dans le soutien-gorge						
	- syndrome malformatif (sein tubéreux et syndrome de Poland)						
	- symétrisation mammaire en cas de mastectomie partielle ou totale du sein controlatéral pour cancer						
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
QEMA005	Mastoplastie unilatérale de réduction, avec reconstruction de la plaque aréolomamelonnaire par lambeau local et autogreffe cutanée	0 1	Y	9,J,K,T	354,50	374	1
	<i>Indication : asymétrie majeure nécessitant une compensation dans le soutien-gorge, syndrome malformatif (sein tubéreux et syndrome de Poland)</i>	0 4	Y	4,7,A	131,96	164	1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						
QEMA013	Mastoplastie bilatérale de réduction	0 1	Y	9,J,K,T	408,38	457	1
	<i>Indication : hypertrophie mammaire caractérisée,</i>	0 4	Y	4,7,A	149,07	201	1
	- responsable de dorsalgies, retentissement psychologique,						
	- justifiable par photographie préopératoire,						
	- étayée par : taille, poids, âge de la patiente et taille du soutien gorge						
	- dont la résection prévue en préopératoire est d'au moins 300 g. par sein opéré.						
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)						

QEMA003 Mastoplastie unilatérale d'augmentation, avec pose d'implant prothétique	0 1 Y	I,J,K,T	175,83	175	1
Indication :	0 4 Y	4,7,A	75,88	76	1
- asymétrie majeure nécessitant une compensation dans le soutien-gorge - syndrome malformatif (sein tubéreux et syndrome de Poland) - symétrisation mammaire en cas de mastectomie partielle ou totale du sein controlatéral pour cancer					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

QEMA004 Mastoplastie bilatérale d'augmentation, avec pose d'implant prothétique	0 1 Y	9,I,J,K,T	303,45	287	1
Indication : agénésie mammaire bilatérale et l'hypoplasie bilatérale sévère avec taille de bonnet inférieure à A, ou pour syndrome malformatif (sein tubéreux et syndrome de Poland).	0 4 Y	4,7,A	105,57	126	1
Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Recueil prospectif de données : nécessaire ; matériovigilance					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					

16.06.06 Mastopexie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QEDA002 Mastopexie unilatérale, sans pose d'implant prothétique	0 1 Y				0,00	229	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y			7,A	0,00	99	1
QEDA001 Mastopexie unilatérale, avec pose d'implant prothétique	0 1 Y				0,00	300	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y			7,A	0,00	121	1
QEDA004 Mastopexie bilatérale, sans pose d'implant prothétique	0 1 Y				0,00	347	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y			7,A	0,00	155	1
QEDA003 Mastopexie bilatérale, avec pose d'implant prothétique	0 1 Y				0,00	436	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y			7,A	0,00	180	1

16.06.07 Reconstruction du sein

Comprend : reconstruction du sein pour absence

- congénitale [agénésie]
- acquise [amputation]

L'autogreffe de tissu adipeux inclut le prélèvement du tissu adipeux, son traitement, et la réinjection du tissu adipeux dans le sein

La reconstruction du sein par lambeau de l'abdomen inclut la réparation de la paroi abdominale et l'éventuelle dermolpectomie abdominale

La reconstruction du sein par lambeau de la cuisse inclut la réparation de la zone de prélèvement.

QEEB317 Autogreffe de tissu adipeux de moins de 200cm³ au niveau du sein	0 1	J,K,T	128,00	0	1
Indication : thérapeutique dans le cadre de la chirurgie réparatrice	0 4	4,7	118,00	0	1
- reconstruction mammaire après mastectomie partielle ou totale - asymétrie majeure nécessitant une compensation dans le soutien-gorge - syndrome malformatif (sein tubéreux et syndrome de Poland) S'agissant de l'autogreffe de tissu adipeux lors de la symétrisation du sein controlatéral au décours d'une chirurgie carcinologique mammaire reconstructrice ou oncoplastique :					
- patiente en demande de cette injection dans le sein controlatéral pour parfaire sa reconstruction mammaire, - proposition ne pouvant être faite par le seul chirurgien mais avec l'appréciation favorable d'un autre médecin, en particulier l'oncologue qui suit la patiente, - existence d'un bilan préopératoire complet, mammographique et échographique, mais également par IRM (notamment après tumorectomie) normal et datant de moins de trois mois, - absence de prédispositions, génétiques, familiales ou personnelles au cancer du sein, - traitement oncologique réalisé de façon optimale au regard des protocoles recommandés, - patiente informée d'un risque carcinologique résiduel potentiel, non estimable actuellement en l'absence de données ; S'agissant des séances d'autogreffe de tissu adipeux, utilisée de manière exclusive ou en complément de toute autre technique de reconstruction :					
- séances devant être espacées au minimum de 2 à 3 mois, - nombre total d'injections dépendant du contexte chirurgical, ne devant pas dépasser six séances y compris en technique exclusive de reconstruction mammaire sur peau irradiée, - poursuite des séances devant être discutées avec la patiente.					
Cet acte est contre-indiqué dans les situations suivantes:					
- facteurs de risque familiaux, histologiques, génétiques ou médicaux de cancer du sein - pathologie cancéreuse mammaire évolutive ou absence de rémission - délai de moins de 2 ans après la fin des traitements locaux pour cancer du sein, en cas de chirurgie conservatrice ou lorsqu'il existe un fort risque de récurrence en cas de mastectomie totale.					
Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale pour les médecins n'ayant pas été formés à cette technique durant leur cursus, conformément aux recommandations de la HAS					
Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés					
Coder éventuellement 4 : (YYYY041)					

QEEB152 Autogreffe de tissu adipeux de 200cm³ et plus au niveau du sein	0 1	J,K,T	302,00	0 1
	0 4	4,7	145,00	0 1
<p><i>Indication : thérapeutique dans le cadre de la chirurgie réparatrice</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - reconstruction mammaire après mastectomie partielle ou totale - asymétrie majeure nécessitant une compensation dans le soutien-gorge - - syndrome malformatif (sein tubéreux et syndrome de Poland) <p><i>S'agissant de l'autogreffe de tissu adipeux lors de la symétrisation du sein controlatéral au décours d'une chirurgie carcinologique mammaire reconstructrice ou oncoplastique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - patiente en demande de cette injection dans le sein controlatéral pour parfaire sa reconstruction mammaire, - proposition ne pouvant être faite par le seul chirurgien mais avec l'appréciation favorable d'un autre médecin, en particulier l'oncologue qui suit la patiente, - existence d'un bilan préopératoire complet, mammographique et échographique, mais également par IRM (notamment après tumorectomie) normal et datant de moins de trois mois, - absence de prédispositions, génétiques, familiales ou personnelles au cancer du sein, - traitement oncologique réalisé de façon optimale au regard des protocoles recommandés, - patiente informée d'un risque carcinologique résiduel potentiel, non estimable actuellement en l'absence de données ; <p><i>S'agissant des séances d'autogreffe de tissu adipeux, utilisée de manière exclusive ou en complément de toute autre technique de reconstruction :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - séances devant être espacées au minimum de 2 à 3 mois, - nombre total d'injections dépendant du contexte chirurgical, ne devant pas dépasser six séances y compris en technique exclusive de reconstruction mammaire sur peau irradiée, - poursuite des séances devant être discutée avec la patiente. <p><i>Cet acte est contre-indiqué dans les situations suivantes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - facteurs de risque familiaux, histologiques, génétiques ou médicaux de cancer du sein - pathologie cancéreuse mammaire évolutive ou absence de rémission - délai de moins de 2 ans après la fin des traitements locaux pour cancer du sein, en cas de chirurgie conservatrice ou lorsqu'il existe un fort risque de récurrence en cas de mastectomie totale <p><i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale pour les médecins n'ayant pas été formés à cette technique durant leur cursus, conformément aux recommandations de la HAS</i></p> <p><i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i></p> <p>Coder éventuellement 4 : (YYYY041)</p>				
QEMA006 Reconstruction du sein par pose d'implant prothétique	0 1 Y	I,J,K,T	296,36	249 1
	0 4 Y	4,5,7,A,T	101,54	105 1
<p><i>Indication : thérapeutique</i></p> <p><i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i></p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>				
QEMA740 Reconstruction autologue du sein par lambeau musculocutané pédiculé du muscle grand dorsal autologue [LDA [Latissimus dorsi autologue]] sans pose d'implant prothétique	0 1 Y	J,K,T		659 1
	0 4 Y	7		521 1
<p><i>A l'exclusion de l'acte QEMA702</i></p> <p><i>Facturation : le tarif du geste d'anesthésie inclut l'analgésie postopératoire locorégionale</i></p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>				
QEMA702 Reconstruction autologue du sein par lambeau musculocutané pédiculé de la partie antérieure de grand dorsal sans pose d'implant prothétique	0 1 Y	J,K,T		654 1
	0 4 Y	7		521 1
<p><i>A l'exclusion de l'acte QEMA740</i></p> <p><i>Technique MSLD (pour Muscle-Sparing Latissimus Dorsi)</i></p> <p><i>Facturation : le tarif du geste d'anesthésie inclut l'analgésie postopératoire locorégionale</i></p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>				
QEMA392 Reconstruction du sein par lambeau musculocutané pédiculé du muscle grand dorsal [LD [Latissimus dorsi]] avec pose d'implant prothétique	0 1 Y	J,K,T		592 1
	0 4 Y	7		521 1
<p><i>Facturation : le tarif du geste d'anesthésie inclut l'analgésie postopératoire locorégionale</i></p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>				
QEMA463 Reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux pédiculé perforant du pédicule thoraco-dorsal sans pose d'implant prothétique [lambeau TDAP [ThoracoDorsal Artery Perforator]]	0 1 Y	J,K,T		704 1
	0 4 Y	7		521 1
<p><i>Épargnant le muscle grand dorsal</i></p> <p><i>Facturation : le tarif du geste d'anesthésie inclut l'analgésie postopératoire locorégionale</i></p> <p>Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)</p>				

QEMA020	Reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux libre à pédicule perforant de l'abdomen [lambeau DIEP [deep inferior epigastric perforator]] avec anastomoses vasculaires	0 1 Y	9,J,K,T,X	850,80	114 1
	<i>Activité 1 : prélèvement, transfert, mise en place et modelage du lambeau abdominal</i>	0 2 Y	9,J,K,T,X	425,40	114 1
	<i>Activité 2 : préparation du site receveur et fermeture du site donneur</i>				3
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; au moins un des deux chirurgiens doit être formé à la microchirurgie</i>	0 4 Y	4,5,7	240,20	521 1
	<i>Environnement : conforme aux recommandations de la Haute autorité de santé [HAS] de juillet 2011</i>				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
QEMA001	Reconstruction du sein par lambeau unipédiculé de muscle droit de l'abdomen	0 1 Y	9,I,J,K,T	668,59	644 1
	Coder éventuellement 14 : (EPCA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A	229,90	278 1
QEMA014	Reconstruction du sein par lambeau bipédiculé de muscle droit de l'abdomen	0 1 Y	9,I,J,K,T	668,59	644 1
	Coder éventuellement 14 : (EPCA003) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A	229,90	278 1
QEMA002	Reconstruction du sein par lambeau musculocutané libre de muscle droit de l'abdomen, avec anastomoses vasculaires	0 1 Y	9,J,K,T,X	932,34	807 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A	229,90	347 1
QEMA682	Reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux libre abdominal perforant du pédicule épigastrique inférieur superficiel [lambeau SIEA [Superficial Inferior Epigastric Artery]] avec anastomoses vasculaires	0 1 Y	J,K,T		111 1
	<i>Activité 1 : prélèvement, transfert, mise en place et modelage du lambeau abdominal</i>	0 2 Y	J,K,T		0 1
	<i>Activité 2 : préparation du site receveur et fermeture du site donneur</i>	0 4 Y	7		521 1
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; au moins un des deux chirurgiens doit être formé à la microchirurgie</i>				
	<i>Environnement : conforme aux dernières recommandations de la Haute Autorité de santé [HAS]</i>				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
QEMA621	Reconstruction du sein par lambeau musculocutané libre de gracilis à palette cutanée transversale [lambeau TMG [Transverse Musculocutaneous Gracilis]], avec anastomoses vasculaires	0 1 Y	J,K,T		111 1
	<i>Activité 1 : prélèvement, transfert, mise en place et modelage du lambeau de cuisse</i>	0 2 Y	J,K,T		0 1
	<i>Activité 2 : préparation du site receveur et fermeture du site donneur</i>	0 4 Y	7		521 1
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; au moins un des deux chirurgiens doit être formé à la microchirurgie</i>				
	<i>Environnement : conforme aux dernières recommandations de la Haute Autorité de santé [HAS]</i>				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
QEMA788	Reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux libre perforant du pédicule fémoral profond [lambeau PAP [Profunda Artery Perforator]], avec anastomoses vasculaires	0 1 Y	J,K,T		114 1
	<i>Activité 1 : prélèvement, transfert, mise en place et modelage du lambeau de cuisse</i>	0 2 Y	J,K,T		0 1
	<i>Activité 2 : préparation du site receveur et fermeture du site donneur</i>	0 4 Y	7		521 1
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale ; au moins un des deux chirurgiens doit être formé à la microchirurgie</i>				
	<i>Environnement : conforme aux dernières recommandations de la Haute Autorité de santé [HAS]</i>				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
QEMA008	Reconstruction du sein par lambeau musculocutané pédiculé autre que du muscle droit de l'abdomen	0 1 Y	J,K,T,X	618,25	567 1
	<i>Avec ou sans : pose d'implant prothétique</i>	0 4 Y	4,5,7,A	139,80	244 1
	<i>Reconstruction du sein par lambeau musculocutané pédiculé de muscle grand dorsal</i>				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
QEMA011	Reconstruction du sein par dédoublement du sein restant	0 1 Y	9,I,J,K,T	333,23	336 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,5,7,A	99,63	139 1
16.06.08 Ablation et changement d'implant prothétique mammaire					
	<i>Indication : chirurgie réparatrice</i>				
	<i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>				
QEGA001	Ablation unilatérale d'implant prothétique mammaire, sans capsulectomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	94,05	121 1
	<i>Indication : affection due à la prothèse (fuite de gel de silicone, à l'exclusion des fuites de sérum physiologique), infection ou nécrose</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	53,89	40 1
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
QEGA003	Ablation unilatérale d'implant prothétique mammaire, avec capsulectomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	183,63	195 1
	<i>Indication : affection due à la prothèse (fuite de gel de silicone, à l'exclusion des fuites de sérum physiologique), infection ou nécrose, lymphome anaplasique à grandes cellules associé à un implant mammaire [LAGC-AIM]</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	62,31	72 1
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
QEGA002	Ablation bilatérale d'implant prothétique mammaire, sans capsulectomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U	141,08	169 1
	<i>Indication : affection due à la prothèse (fuite de gel de silicone, à l'exclusion des fuites de sérum physiologique), infection ou nécrose</i>	0 4 Y	7,A,F,O,P,S,U	72,00	61 1
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
QEGA004	Ablation bilatérale d'implant prothétique mammaire, avec capsulectomie	0 1 Y	F,J,K,O,P,S,T,U,X	249,57	272 1
	<i>Indication : affection due à la prothèse (fuite de gel de silicone, à l'exclusion des fuites de sérum physiologique), infection ou nécrose, lymphome anaplasique à grandes cellules associé à un implant mammaire [LAGC-AIM]</i>	0 4 Y	4,7,A,F,O,P,S,U	84,13	106 1
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				
QEKA002	Changement d'implant prothétique mammaire, sans capsulectomie	0 1 Y	9,J,K,T	164,49	159 1
	<i>Indication : chirurgie réparatrice : reprise de reconstruction mammaire (cancer, asymétrie majeure)</i>	0 4 Y	7,A,T	73,31	57 1
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>				
	<i>Facturation : la pose initiale n'était pas à visée esthétique</i>				
	Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)				

QEKA001 Changement d'implant prothétique mammaire, avec capsulectomie	0 1 Y	J,K,T,X	228,30	223	1
<i>Indication : chirurgie réparatrice : reprise de reconstruction mammaire (cancer, asymétrie majeure)</i>	0 4 Y	4,7,A,T	94,58	89	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>					
<i>Facturation : la pose initiale n'était pas à visée esthétique</i>					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
QEPA001 Capsulotomie mammaire avec changement de loge de l'implant prothétique	0 1 Y	I,J,K,O,T	190,01	193	1
<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	0 4 Y	4,5,7,A,T	75,14	71	1
<i>Environnement : spécifique</i>					
<i>Facturation : la pose initiale n'était pas à visée esthétique</i>					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
16.06.09 Actes thérapeutiques sur le mamelon					
À l'exclusion de : chirurgie du mamelon associée à la chirurgie de l'aréole (cf 16.06.10)					
QEBA001 Réduction de volume du mamelon	0 1 Y	T	0,00	90	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
QEFA009 Exérèse du mamelon	0 1 Y	J,K,T	104,50	50	1
Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)					
QEFA014 Exérèse de mamelon surnuméraire	0 1 Y	J,K,T	104,50	90	1
À l'exclusion de : exérèse associée à l'exérèse d'une glande mammaire surnuméraire (QEFA006)					
<i>Facturation : ne peut pas être facturé avec exérèse de tissu mammaire ectopique ou de glande mammaire aberrante [sein surnuméraire] (QEFA006)</i>					
Coder éventuellement 1 : (ZZHA001, ZZLP025)					
QEEA002 Désinvagination unilatérale du mamelon ombiliqué	0 1 Y	I,J,K,O,T	89,33	102	1
<i>Indication : traitement de complication : inflammation, infection locale ;</i>					
<i>traitement d'une invagination difficile à extérioriser mécaniquement et qui se rétracte rapidement</i>					
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)					
QEEA003 Désinvagination bilatérale du mamelon ombiliqué	0 1 Y	9,J,K,T	119,11	142	1
<i>Indication : traitement de complication : inflammation, infection locale ;</i>					
<i>traitement d'une invagination difficile à extérioriser mécaniquement et qui se rétracte rapidement</i>					
Coder éventuellement 1 : (ZZLP054)					
QEEA001 Transposition du mamelon	0 1 Y	9,J,K,T	141,09	106	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A,T	81,75	30	1
16.06.10 Actes thérapeutiques sur la plaque aréolomamelonnaire					
QEFA018 Exérèse de la plaque aréolomamelonnaire	Ph A Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
Coder éventuellement 14 : (ZZHA001) - 4 : (GELE001, YYYY041)	0 1 Y	J,K,T	104,50	119	1
	0 4 Y	7,A,T	67,08	45	1
QEMA007 Plastie d'augmentation ou de réduction de la plaque aréolomamelonnaire	0 1 Y	T	0,00	100	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001)	0 4 Y	7,A,T	0,00	50	1
QEMB001 Séance de réfection de l'aspect de la plaque aréolomamelonnaire par dermopigmentation	0 1	T	125,40	64	1
<i>Indication : acte thérapeutique</i>					
<i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>					
QEMA009 Reconstruction de la plaque aréolomamelonnaire par autogreffe de mamelon, avec dermopigmentation	0 1 Y	J,K,O,T	135,42	186	1
<i>Indication : acte thérapeutique</i>	0 4 Y	4,7,A	86,14	77	1
<i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>					
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)					
QEMA010 Reconstruction de la plaque aréolomamelonnaire par autogreffe de mamelon ou lambeau local, et autogreffe cutanée	0 1 Y	J,K,T	190,19	186	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)	0 4 Y	4,7,A	94,20	82	1

17 ACTES SANS PRÉCISION TOPOGRAPHIQUE

Par organe profond, on entend : tout organe ou toute structure non vasculaire, de localisation intrathoracique ou intraabdominale.

Par organe superficiel, on entend : tout organe ou toute structure non vasculaire, en dehors de ces localisations.

Par cible, on entend : lésion individualisée à prélever, quel que soit le nombre de ponctions ou de biopsies effectuées à son niveau.

17.01 ACTES DIAGNOSTIQUES, SANS PRÉCISION TOPOGRAPHIQUE

17.01.01 Échographie, sans précision topographique

À l'exclusion de : échographie et/ou échographie-doppler de contrôle ou surveillance de pathologie (chapitre 19)

ZZQM004	Échographie transcutanée, au lit du malade	0	1		F,P,S,U	37,80	53	2
ZZQM001	Échographie-doppler transcutanée, au lit du malade	0	1		F,P,S,U	69,93	68	2

À l'exclusion de : échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade (DZQM005)

17.01.02 Radiographie, sans précision topographique

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ZZQH002	Radiographie d'une fistule [Fistulographie]	0	1		E,Y,Z	59,85	47	2
Coder éventuellement 1 : (YYYY030)								
ZZQK002	Radiographie au lit du malade, selon 1 ou 2 incidences	0	1		E,F,U	0,00	17	2
ZZQK001	Radiographie au lit du malade, selon 3 incidences ou plus	0	1		E,F,U	0,00	27	2

17.01.03 Scanographie, sans précision topographique

Par territoire anatomique on entend : tête, cou, thorax, abdomen, pelvis, membres

ZZQH001	Scanographie d'une fistule	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	67	2
Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025)								
ZZQK024	Scanographie de 3 territoires anatomiques ou plus, sans injection de produit de contraste	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	75,81	72	2
Indication : bilan diagnostique, d'extension ou de suivi thérapeutique d'affection néoplasique								
Facturation :								
- pour l'examen conjoint de 3 territoires anatomiques ou plus en dehors des membres								
- ne peut pas être facturé avec un autre acte de scanographie								
Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)								

ZZQH033	Scanographie de 3 territoires anatomiques ou plus, avec injection de produit de contraste	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	75,81	0	2
À l'exclusion de : scanographie du crâne, de son contenu et du tronc, avec injection intraveineuse de produit de contraste (ACQH004)								
Indication : bilan diagnostique, d'extension ou de suivi thérapeutique d'affection néoplasique								
Facturation :								
- pour l'examen conjoint de 3 territoires anatomiques ou plus en dehors des membres								
- ne peut pas être facturé avec un autre acte de scanographie								
Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQP004)								

17.01.04 Remnographie [IRM], sans précision topographique

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ZZQN001	Remnographie [IRM] comportant 6 séquences ou plus	0	1		F,P,S,U	69,00	117	2
Avec ou sans : injection intraveineuse de produit de contraste								
Facturation : ne peut pas être facturé pour un examen IRM de membres								
Coder éventuellement 1 : (YYYY600, ZZLP025, ZZQN002)								

17.01.05 Scintigraphie, sans précision topographique

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ZZQL016	Tomoscintigraphie du corps entier par émission de positons, avec tépographe [caméra TEP] dédié	0	1		G	89,54	100	2
Environnement : spécifique ; contrôles de radioprotection et de qualité de tout examen de médecine nucléaire								
Recueil prospectif de données : nécessaire								
ZZQL004	Scintigraphie du corps entier après une scintigraphie segmentaire, sans réinjection de produit radio-isotopique	0	1		G	176,85	100	2
À l'exclusion de :								
- scintigraphie ostéoarticulaire du corps entier, avec scintigraphie segmentaire (cf 15.01.03)								
- scintigraphie aux analogues de la somatostatine avec tomoscintigraphie complémentaire, scintigraphie du corps entier, complémentaire d'une image segmentaire et scintigraphie du corps entier à 72 heures (KZQL002)								
ZZQL013	Détection radio-isotopique préopératoire de lésion par injection transcutanée intratumorale ou péricancéreuse, avec détection radio-isotopique peropératoire	0	1		G	313,08	237	2
Lymphoscintigraphie à visée oncologique								
Détection radio-isotopique de ganglion sentinelle								
ZZQL005	Recherche scintigraphique de tumeur par émetteur monophotonique non spécifique des tumeurs	0	1		G	180,44	108	2
Recherche de tumeur par injection de gallium, thallium, sestamibi								
Coder éventuellement 1 : (ZZQL007)								
ZZQL012	Recherche scintigraphique de tumeur par émetteur monophotonique spécifique des tumeurs	0	1		G	180,44	105	2
À l'exclusion de : recherche de tumeurs endocrines ou neuroendocrines (cf 10.01.02)								
Recherche de tumeur par injection de peptides, anticorps radioactifs [immunoscintigraphie]								
Coder éventuellement 1 : (ZZQL007, ZZQL018, ZZQL019)								
ZZQL014	Recherche scintigraphique de tumeur par émetteur monophotonique spécifique des tumeurs, avec scintigraphie du corps entier	0	1		G	180,44	105	2
À l'exclusion de : recherche de tumeurs endocrines ou neuroendocrines (cf 10.01.02)								
Recherche de tumeur par injection de peptides, anticorps radioactifs [immunoscintigraphie], avec scintigraphie du corps entier								
ZZQL002	Recherche scintigraphique de tumeur par émetteur monophotonique spécifique des tumeurs, avec tomoscintigraphie complémentaire, scintigraphie du corps entier complémentaire d'une image segmentaire et scintigraphie du corps entier à 72 heures	0	1		G	268,87	100	2
À l'exclusion de : recherche de tumeurs endocrines ou neuroendocrines (cf 10.01.02)								
Recherche de tumeur par injection de peptides, anticorps radioactifs, avec scintigraphie et tomoscintigraphie du corps entier								
ZZQL020	Scintigraphie et/ou tomoscintigraphie de contrôle avec quantification, après administration d'agent pharmacologique radio-isotopique à visée thérapeutique	0	1		G	265,28	109	2

17.01.06 Ponction et cytoponction, sans précision topographique

À l'exclusion de : ponction de collection

ZZHB001	Ponction ou cytoponction de lésion superficielle, par voie transcutanée sans guidage À l'exclusion de : ponction ou cytoponction, par voie transcutanée sans guidage - de noeud [ganglion] lymphatique (FCHB001) - de glande salivaire (HCHB001) - de la glande thyroïde (KCHB001) - d'une articulation du membre supérieur (MZHB002) - d'une articulation du membre inférieur (NZHB002) - de lésion de la glande mammaire (QEHB001)	0	1					19,20	22	2
ZZHJ007	Ponction ou cytoponction d'un organe superficiel sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique À l'exclusion de : ponction ou cytoponction, par voie transcutanée avec guidage échographique - d'une lésion de la glande thyroïde (KCHJ001) - d'une lésion de la glande mammaire (QEJH003)	0	1			I,X		26,10	48	2
ZZHJ016	Ponction ou cytoponction d'organe superficiel sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique À l'exclusion de : ponction ou cytoponction, par voie transcutanée avec guidage échographique - de plusieurs lésions de la glande thyroïde (KCHJ004) - de plusieurs lésions de la glande mammaire (QEJH002)	0	1			X		47,15	66	2
ZZHJ006	Ponction ou cytoponction d'un organe profond sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1			X		68,20	68	1
ZZHH004	Ponction ou cytoponction d'un organe profond sur une cible, par voie transcutanée avec guidage radiologique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1			F,P,S,U,X		87,19	178	1
ZZHH006	Ponction ou cytoponction d'un organe profond sur une cible, par voie transcutanée avec guidage scanographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1			I		43,68	229	1
ZZHJ002	Ponction ou cytoponction d'un organe profond sur une cible, par voie transcutanée avec guidage remnographique [IRM] Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1					38,40	275	1
ZZHJ003	Ponction ou cytoponction d'un organe profond sur une cible, par voie intracavitaire avec guidage échographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1			X		75,78	73	1
ZZHJ021	Ponction ou cytoponction d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1			X		86,73	83	1
ZZHH011	Ponction ou cytoponction d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage radiologique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1			F,P,S,U		57,60	215	1
ZZHH009	Ponction ou cytoponction d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage scanographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1					57,60	279	1
ZZHJ018	Ponction ou cytoponction d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage remnographique [IRM] Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1					57,60	335	1
ZZHJ020	Ponction ou cytoponction d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie intracavitaire avec guidage échographique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1			X		93,46	91	1
17.01.07	Biopsie, sans précision topographique	Ph	A	Cl		modificateur		Tarif	ICR	Ex
ZZHB002	Biopsie de lésion superficielle, par voie transcutanée sans guidage À l'exclusion de : biopsie, par voie transcutanée sans guidage - d'un os et/ou d'une articulation du membre supérieur (MZHB001) - d'un os et/ou d'une articulation du membre inférieur (NZHB001) - de lésion de la glande mammaire (QEHB002)	0	1					19,20	35	2
ZZHJ001	Biopsie d'un organe superficiel sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique À l'exclusion de : biopsie, par voie transcutanée avec guidage échographique - d'une lésion de la glande thyroïde (KCHJ003) - d'une lésion de la glande mammaire (QEJH001)	0	1					76,80	51	2
ZZHJ022	Biopsie d'organe superficiel sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique À l'exclusion de : biopsie, par voie transcutanée avec guidage échographique - de plusieurs lésions de la glande thyroïde (KCHJ002) - de plusieurs lésions de la glande mammaire (QEJH005)	0	1					115,20	64	2
ZZHJ013	Biopsie d'un organe profond sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique À l'exclusion de : biopsie sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique - du foie (HLHJ006) - du rein (JAHJ006) Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1					76,80	68	1
ZZHH001	Biopsie d'un organe profond sur une cible, par voie transcutanée avec guidage radiologique Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1			I,X		104,15	175	1
ZZHH008	Biopsie d'un organe profond sur une cible, par voie transcutanée avec guidage scanographique À l'exclusion de : biopsie du foie sur une cible, par voie transcutanée avec guidage scanographique (HLHH006) Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)	0	1					76,80	232	1

ZZHJ009	Biopsie d'un organe profond sur une cible, par voie transcutanée avec guidage remnographique [IRM]	0	1			76,80	278	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
ZZHJ019	Biopsie d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique À l'exclusion de : biopsie sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique - du foie (HLHJ005) - du rein (JAHJ007) - de la prostate (JGHJ002)	0	1			115,20	93	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
ZZHH012	Biopsie d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage radiologique	0	1		9,1	136,84	217	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
ZZHH010	Biopsie d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage scanographique À l'exclusion de : biopsie du foie sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage scanographique (HLHH007)	0	1			115,20	282	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
ZZHJ017	Biopsie d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage remnographique [IRM]	0	1			115,20	338	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
ZZHJ010	Biopsie d'un organe profond, par voie intracavitaire avec guidage échographique À l'exclusion de : biopsie de la prostate, par voie transrectale avec guidage échographique (JGHJ001)	0	1		9,1	75,78	85	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							

17.02 EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE DES TISSUS

Par structure anatomique, on entend : élément du corps humain, unitissulaire ou pluritissulaire, topographiquement délimité, constituant un ensemble organisé destiné à remplir un rôle déterminé ou une fonction. Il peut s'agir par exemple :

- d'un organe : estomac, peau, muscle,
- d'une entité concourant à une finalité caractéristique : méninge, séreuse,
- d'une région anatomique : médiastin, région rétropéritonéale

Par prélèvements non différenciés [non individualisés], on entend : prélèvements multiples, quels que soient leur nombre et leurs modalités, non distingués les uns des autres lors du prélèvement

Par prélèvements différenciés [individualisés], on entend : prélèvements multiples, quels que soient leur nombre et leurs modalités, distingués les uns des autres lors du prélèvement

L'examen cytopathologique d'un prélèvement inclut : la préparation de l'échantillon, sa fixation, la préparation microscopique avec une coloration standard, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu et le codage

Avec ou sans : coloration spéciale

Par biopsie, on entend : prélèvement sur une structure anatomique d'un fragment biopsique ou de fragments biopsiques multiples non distingués les uns des autres lors du prélèvement.

L'examen histopathologique de biopsie inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalum ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans : - coloration spéciale

- coupes sériées
- empreinte par apposition cellulaire
- écrasis cellulaire

Par pièce d'exérèse, on entend : exérèse partielle ou totale, monobloc ou en plusieurs fragments non différenciés par le préleveur, pour chaque structure anatomique

Par marge, on entend : zone comprise entre les limites de la lésion et les limites de la résection [berges].

Par recoupe, on entend : exérèse supplémentaire effectuée par le préleveur, au-delà des berges de l'exérèse initiale

Avec ou sans : examen de berge

Par groupe lymphonodal [ganglionnaire lymphatique], on entend : ensemble de noeuds [ganglions] lymphatiques non différenciés par le préleveur au cours d'un curage lymphonodal [ganglionnaire]

L'examen anatomopathologique, inclut : l'examen macroscopique et microscopique de pièce d'exérèse

L'examen anatomopathologique d'un organe inclut : l'examen du feuillet viscéral de son éventuelle séreuse

L'examen anatomopathologique de pièce d'exérèse inclut : l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalum ou d'hématoxyline-éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu, le codage

Avec ou sans : - coloration spéciale

- coupes sériées
- empreinte par apposition cellulaire
- écrasis cellulaire

Facturation :

- un seul acte peut être facturé que l'exérèse soit monobloc ou en fragments non différenciés par le préleveur, partielle ou totale, pour chaque structure anatomique

Par examen de génétique somatique des cancers, on entend les examens permettant l'identification d'altérations génétiques au sein des cellules cancéreuses en vue d'identifier les biomarqueurs moléculaires indispensables au diagnostic, à la classification, à l'évaluation pronostique, au choix thérapeutique et à la recherche de maladie résiduelle de certains cancers

17.02.01 Examen cytopathologique

Par produit de ponction, on entend : prélèvement de lésion solide ou kystique, de structure anatomique

Par prélèvement de liquide, on entend : prélèvement de liquide d'aspiration, de ponction, d'émission ou de lavage, de structure anatomique

17.02.01.01 Examen cytopathologique de prélèvement

À l'exclusion de : examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] (cf. 17.02.01.02)

À l'exclusion de : examen cytopathologique de :

- de produit de lavage bronchioloalvéolaire, avec coloration spéciale (GEQX002, GEQX001)
- prélèvement du col de l'utérus (JKQX347, JKQX261, JKQX027)
- de l'étalement de produit de brossage, de grattage ou d'écouvillonnage de la peau ou de muqueuse (ZZQX107)

ZZQX128	Examen cytopathologique de l'étalement d'un prélèvement ou de plusieurs prélèvements non différenciés de liquide de structure anatomique	0	1			28,00	20	5
ZZQX103	Examen cytopathologique de l'étalement de 2 prélèvements différenciés de liquide de structure anatomique	0	1			46,42	31	5

ZZQX110	Examen cytopathologique de l'étalement de 3 prélèvements différenciés de liquide de structure anatomique	0 1		78,25	41 5
ZZQX117	Examen cytopathologique de l'étalement de 4 prélèvements différenciés ou plus de liquide de structure anatomique	0 1		75,79	48 5
ZZQX151	Examen cytopathologique de l'étalement d'un prélèvement ou de plusieurs prélèvements non différenciés de produit de ponction de structure anatomique <i>Examen cytopathologique de l'étalement de produit de ponction de sein</i>	0 1		33,60	38 5
ZZQX139	Examen cytopathologique de l'étalement de 2 prélèvements différenciés de produit de ponction de structure anatomique <i>Examen cytopathologique de l'étalement de 2 prélèvements différenciés de produit de ponction d'un sein ou des 2 seins</i>	0 1		41,94	56 5
ZZQX141	Examen cytopathologique de l'étalement de 3 prélèvements différenciés de produit de ponction de structure anatomique	0 1		42,62	77 5
ZZQX133	Examen cytopathologique de l'étalement de 4 prélèvements différenciés ou plus de produit de ponction de structure anatomique	0 1		64,24	94 5
ZZQX116	Examen cytopathologique de culot cellulaire d'un prélèvement ou de plusieurs prélèvements non différenciés de liquide et/ou de produit de ponction de structure anatomique, avec inclusion en paraffine <i>Examen cytopathologique d'un culot de centrifugation de liquide pleural</i>	0 1		36,62	18 5
ZZQX023	Examen cytopathologique de culot cellulaire de 2 prélèvements différenciés de liquide et/ou de produit de ponction de structure anatomique, avec inclusion en paraffine	0 1		36,62	28 5
ZZQX098	Examen cytopathologique de culot cellulaire de 3 prélèvements différenciés de liquide et/ou de produit de ponction de structure anatomique, avec inclusion en paraffine	0 1		36,62	36 5
ZZQX054	Examen cytopathologique de culot cellulaire de 4 prélèvements différenciés de liquide et/ou de produit de ponction de structure anatomique, avec inclusion en paraffine	0 1		36,62	43 5
ZZQP107	Examen cytopathologique de l'étalement de produit de brossage, de grattage ou d'écouvillonnage de la peau ou de muqueuse <i>À l'exclusion de : examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus (JKQP001)</i>	0 1		28,00	0 5
JKQP001	Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus	0 1		15,40	0 5
ZZQP128	Examen cytopathologique de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage d'une structure anatomique, avec prélèvement non différencié <i>À l'exclusion de : examen cytopathologique de liquide de lavage bronchioloalvéolaire (GEQP002)</i> <i>Avec ou sans : cytocentrifugation</i>	0 1		28,00	0 5
ZZQP103	Examen cytopathologique de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage de 2 structures anatomiques, avec prélèvement non différencié sur chaque structure <i>À l'exclusion de : examen cytopathologique de liquide de lavage bronchioloalvéolaire (GEQP001)</i> <i>Avec ou sans : cytocentrifugation</i>	0 1		56,00	0 5
ZZQP110	Examen cytopathologique de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage de 3 structures anatomiques, avec prélèvement non différencié sur chaque structure <i>Avec ou sans : cytocentrifugation</i>	0 1		84,00	0 5
ZZQP117	Examen cytopathologique de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage de 4 structures anatomiques ou plus, avec prélèvement non différencié sur chaque structure <i>Avec ou sans : cytocentrifugation</i>	0 1		112,00	0 5
ZZQP134	Examen cytopathologique de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage d'une structure anatomique, avec prélèvements différenciés <i>À l'exclusion de : examen cytopathologique de liquide de lavage bronchioloalvéolaire (GEQP002)</i> <i>Avec ou sans : cytocentrifugation</i>	0 1		36,40	0 5
ZZQP122	Examen cytopathologique de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage de plusieurs structures anatomiques, avec prélèvements différenciés sur chaque structure <i>À l'exclusion de : examen cytopathologique de liquide de lavage bronchioloalvéolaire (GEQP001)</i> <i>Avec ou sans : cytocentrifugation</i>	0 1		72,80	0 5
GEQP002	Examen cytopathologique de produit de lavage bronchioloalvéolaire unilatéral, avec une coloration spéciale <i>Avec ou sans : cytocentrifugation</i>	0 1		28,00	0 5
GEQP001	Examen cytopathologique de produit différencié de lavage bronchioloalvéolaire bilatéral, avec coloration spéciale <i>Avec ou sans : cytocentrifugation</i>	0 1		56,00	0 5
ZZQP151	Examen cytopathologique de l'étalement de produit de ponction d'une structure anatomique, sur une cible <i>Avec ou sans : - cytocentrifugation</i> <i>- inclusion du culot</i> <i>Examen cytopathologique de l'étalement de produit de ponction unilatérale du sein</i>	0 1		33,60	0 5
ZZQP139	Examen cytopathologique de l'étalement de produit de ponction de 2 structures anatomiques, sur une cible pour chaque structure <i>Avec ou sans : - cytocentrifugation</i> <i>- inclusion du culot</i> <i>Examen cytopathologique de l'étalement de produit de ponction bilatérale du sein</i>	0 1		67,20	0 5
ZZQP141	Examen cytopathologique de l'étalement de produit de ponction de 3 structures anatomiques, sur une cible pour chaque structure <i>Avec ou sans : - cytocentrifugation</i> <i>- inclusion du culot</i>	0 1		100,80	0 5

ZZQP133	Examen cytopathologique de l'étalement de produit de ponction de 4 structures anatomiques ou plus, sur une cible pour chaque structure <i>Avec ou sans : - cytocentrifugation - inclusion du culot</i>	0 1		134,40	0 5
ZZQP120	Examen cytopathologique de l'étalement de produit de ponction d'une structure anatomique, sur plusieurs cibles <i>Avec ou sans : - cytocentrifugation - inclusion du culot</i>	0 1		36,40	0 5
ZZQP142	Examen cytopathologique de l'étalement de produit de ponction de plusieurs structures anatomiques, sur plusieurs cibles pour chaque structure <i>Avec ou sans : - cytocentrifugation - inclusion du culot</i>	0 1		72,80	0 5
ZZQP116	Examen cytopathologique de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage d'une structure anatomique, avec inclusion en paraffine <i>Examen cytopathologique d'un culot de centrifugation de liquide pleural</i>	0 1		28,00	0 5
ZZQP143	Examen cytopathologique de l'étalement de produit de ponction d'une structure anatomique, avec inclusion en paraffine	0 1		33,60	0 5
ZZQP108	Examen cytopathologique de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage d'une structure anatomique, avec inclusion en paraffine et examen immunocytochimique <i>Examen cytopathologique d'un culot de centrifugation de liquide pleural avec examen immunocytochimique Facturation : - quel que soit le nombre d'anticorps - le compte rendu d'un examen immunocytochimique précise : - la technique utilisée, - le nom des anticorps utilisés, - les résultats de l'examen, - les conclusions.</i>	0 1		84,00	0 5
ZZQP152	Examen cytopathologique de l'étalement de produit de ponction d'une structure anatomique, avec inclusion en paraffine et examen immunocytochimique <i>Facturation : - quel que soit le nombre d'anticorps - le compte rendu d'un examen immunocytochimique précise : - la technique utilisée, - le nom des anticorps utilisés, - les résultats de l'examen, - les conclusions.</i>	0 1		89,60	0 5

17.02.01.02 Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche]

À l'exclusion de : examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement du col de l'utérus (JKQX147, JKQX426, JKQX015)

ZZQX153	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] d'un prélèvement ou de prélèvements non différenciés de liquide, de structure anatomique	0 1		28,00	20 5
ZZQX145	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de 2 prélèvements différenciés de liquide, de structure anatomique	0 1		42,57	31 5
ZZQX147	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de 3 prélèvements différenciés de liquide, de structure anatomique	0 1		75,50	38 5
ZZQX155	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de 4 prélèvements différenciés ou plus de liquide, de structure anatomique	0 1		104,70	48 5
ZZQX170	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] d'un prélèvement ou de plusieurs prélèvements non différenciés de produit de ponction de structure anatomique	0 1		33,60	31 5
ZZQX172	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de 2 prélèvements différenciés de produit de ponction de structure anatomique	0 1		47,46	56 5
ZZQX158	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de 3 prélèvements différenciés de produit de ponction de structure anatomique	0 1		62,74	77 5
ZZQX174	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de 4 prélèvements différenciés ou plus de produit de ponction de structure anatomique	0 1		80,50	94 5
JKQP008	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus	0 1		15,40	0 5
ZZQP153	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage d'une structure anatomique, avec prélèvement non différencié	0 1		28,00	0 5
ZZQP145	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage de 2 structures anatomiques, avec prélèvement non différencié sur chaque structure	0 1		56,00	0 5
ZZQP147	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage de 3 structures anatomiques, avec prélèvement non différencié sur chaque structure	0 1		84,00	0 5
ZZQP155	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage de 4 structures anatomiques ou plus, avec prélèvement non différencié sur chaque structure	0 1		112,00	0 5
ZZQP165	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage d'une structure anatomique, avec prélèvements différenciés	0 1		36,40	0 5
ZZQP179	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage de plusieurs structures anatomiques, avec prélèvements différenciés sur chaque structure	0 1		72,80	0 5
ZZQP170	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit de ponction d'une structure anatomique, sur une cible	0 1		33,60	0 5

ZZQP172	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit de ponction de 2 structures anatomiques, sur une cible pour chaque structure	0 1		67,20	0 5
ZZQP158	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit de ponction de 3 structures anatomiques, sur une cible pour chaque structure	0 1		100,80	0 5
ZZQP174	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit de ponction de 4 structures anatomiques ou plus, sur une cible pour chaque structure	0 1		134,40	0 5
ZZQP129	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit de ponction d'une structure anatomique, sur plusieurs cibles	0 1		36,40	0 5
ZZQP187	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit de ponction de plusieurs structures anatomiques, sur plusieurs cibles pour chaque structure	0 1		72,80	0 5

17.02.02 Examen histopathologique

Par biopsies étagées, on entend : prélèvement sur une structure anatomique de 2 à 4 fragments biopsiques distingués les uns des autres lors du prélèvement.

Par cartographie, on entend : biopsie de 5 fragments ou plus d'une structure anatomique, distingués les uns des autres lors du prélèvement.

ZZQX162	Examen histopathologique de biopsie d'une structure anatomique	0 1		28,00	26 5
À l'exclusion de :					
- examen histopathologique de biopsie de noeud [ganglion] lymphatique (FCQX028)					
- examen histopathologique de macrobiopsie de sein (QEZX016, QEZX037)					
- examen histopathologique de biopsie avec coloration spéciale :					
-- d'artère (ENQX011)					
-- de moelle osseuse (FDQX007)					
-- de poumon (GFQX020)					
-- de foie (HLQX013)					
-- de rein (JAQX006)					
-- de peau (QZQX021)					
-- d'ongle (QZQX014)					
ZZQX163	Examen histopathologique de biopsie de 2 structures anatomiques	0 1		54,00	41 5
ZZQX132	Examen histopathologique de biopsie de 3 structures anatomiques	0 1		80,00	56 5
ZZQX197	Examen histopathologique de biopsie de 4 structures anatomiques	0 1		100,00	69 5
ZZQX035	Examen histopathologique de biopsie de 5 structures anatomiques ou plus	0 1		110,00	84 5
ZZQX077	Examen histopathologique de biopsies étagées d'une structure anatomique	0 1		36,40	46 5
<i>Examen anatomopathologique de biopsies étagées de la muqueuse de l'oesophage</i>					
ZZQX200	Examen histopathologique de biopsies étagées de 2 structures anatomiques	0 1		73,10	69 5
ZZQX068	Examen histopathologique de biopsies étagées de 3 structures anatomiques	0 1		107,89	94 5
ZZQX047	Examen histopathologique de biopsies étagées de 4 structures anatomiques ou plus	0 1		126,55	122 5
ZZQX217	Examen histopathologique de biopsies d'une structure anatomique avec cartographie	0 1		84,69	105 5
<i>Examen histopathologique de biopsies de prostate avec cartographie</i>					
ZZQX012	Examen histopathologique de biopsies de plusieurs structures anatomiques avec cartographie de chaque structure anatomique	0 1		138,73	186 5
ZZQP162	Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique d'une structure anatomique	0 1		28,00	0 5
ZZQP163	Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de 2 structures anatomiques	0 1		56,00	0 5
ZZQP132	Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de 3 structures anatomiques ou plus	0 1		84,00	0 5
ZZQP148	Examen anatomopathologique de prélèvements biopsiques étagés d'une structure anatomique	0 1		36,40	0 5
ZZQP161	Examen anatomopathologique de prélèvements biopsiques étagés de plusieurs structures anatomiques	0 1		72,80	0 5
ZZQP176	Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique d'une structure anatomique avec cartographie	0 1		61,60	0 5
Coder éventuellement 1 : (YYYY040, YYYY042)					
ZZQP101	Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de muqueuse d'une structure anatomique	0 1		28,00	0 5
ZZQP183	Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de muqueuse de 2 structures anatomiques	0 1		56,00	0 5
ZZQP157	Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de muqueuse de 3 structures anatomiques	0 1		84,00	0 5
ZZQP144	Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de muqueuse de 4 structures anatomiques	0 1		112,00	0 5
ZZQP168	Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de muqueuse de 5 structures anatomiques ou plus	0 1		140,00	0 5
ZZQP156	Examen anatomopathologique de prélèvements biopsiques étagés de muqueuse d'une structure anatomique	0 1		36,40	0 5
<i>Examen anatomopathologique de biopsies étagées de la muqueuse de l'oesophage ou du côlon</i>					
ZZQP167	Examen anatomopathologique de prélèvements biopsiques étagés de muqueuse de 2 structures anatomiques	0 1		72,80	0 5
ZZQP124	Examen anatomopathologique de prélèvements biopsiques étagés de muqueuse de 3 structures anatomiques	0 1		109,20	0 5
ZZQP102	Examen anatomopathologique de prélèvements biopsiques étagés de muqueuse de 4 structures anatomiques ou plus	0 1		145,60	0 5
ZZQP121	Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de muqueuse avec cartographie	0 1		61,60	0 5
<i>Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de l'oesophage avec cartographie</i>					
Coder éventuellement 1 : (YYYY040, YYYY042)					
ZZQP149	Examen anatomopathologique extemporané d'un prélèvement de structure anatomique, hors du lieu du prélèvement	0 1		84,00	0 5
ZZQP119	Examen anatomopathologique extemporané d'un prélèvement de structure anatomique, sur le lieu du prélèvement [au bloc opératoire]	0 1		84,00	0 5

ZZQP175	Examen anatomopathologique extemporané de 2 à 4 prélèvements différenciés de structure anatomique, hors du lieu du prélèvement	0 1		84,00	0 5
ZZQP118	Examen anatomopathologique extemporané de 2 à 4 prélèvements différenciés de structure anatomique, sur le lieu du prélèvement [au bloc opératoire]	0 1		84,00	0 5
ZZQP146	Examen anatomopathologique extemporané de 5 prélèvements différenciés de structure anatomique ou plus, hors du lieu du prélèvement	0 1		84,00	0 5
ZZQP104	Examen anatomopathologique extemporané de 5 prélèvements différenciés de structure anatomique ou plus, sur le lieu du prélèvement [au bloc opératoire]	0 1		84,00	0 5

17.02.02.01 Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de structure anatomique

À l'exclusion de : examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de muqueuse (cf. 17.02.02.02)

17.02.02.02 Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de muqueuse

Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
----	---	----	--------------	-------	-----	----

17.02.02.03 Examen anatomopathologique extemporané

Par examen anatomopathologique extemporané, on entend : examen anatomopathologique de prélèvement de structure anatomique réalisé pendant une intervention et susceptible d'en modifier le déroulement.

L'examen anatomopathologique extemporané inclut le contrôle anatomopathologique ultérieur par inclusion des prélèvements examinés extemporanément.

Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées avec les codes marqués d'un symbole distinctif pour préciser la nature du noeud [ganglion] lymphatique, lorsque l'examen anatomopathologique porte sur le système lymphatique :

- A noeud [ganglion] lymphatique sentinelle [noeud du premier bassin de drainage lymphatique d'une lésion, repérable par détection par colorant et/ou radio-isotope]

Facturation : la facturation d'un examen anatomopathologique extemporané (17.02.02.03) est compatible avec la facturation d'un examen anatomopathologique de matériel d'exérèse (17.02.03) d'une structure anatomique prélevé au cours de la même intervention si :

- le compte rendu de l'intervention précise qu'il s'agit d'une exérèse supplémentaire dont la nécessité est apparue en cours d'intervention

- le compte rendu de l'examen indique explicitement :

. la nature et le résultat de l'examen extemporané de structure anatomique

. le résultat du contrôle histopathologique ultérieur

. la nature de la pièce opératoire pour laquelle est facturé un examen anatomopathologique de matériel d'exérèse (17.02.03)

17.02.03 Examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané

Par examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané, on entend : examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané de prélèvement de structure anatomique réalisé pendant une intervention et susceptible d'en modifier le déroulement

Avec ou sans : écrasis cellulaire

Facturation :

- le contrôle cytopathologique et/ou histopathologique ultérieur par inclusion des prélèvements examinés extemporanément peut être facturé en sus de l'examen extemporané

ZZQX149	Examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané d'un prélèvement de structure anatomique, hors du lieu du prélèvement	0 1		84,00	46 5
ZZQX119	Examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané d'un prélèvement de structure anatomique, sur le lieu du prélèvement	0 1		84,00	128 5
ZZQX175	Examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané de 2 à 4 prélèvements différenciés de structure anatomique, hors du lieu du prélèvement	0 1		84,00	84 5
ZZQX118	Examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané de 2 à 4 prélèvements différenciés de structure anatomique, sur le lieu du prélèvement	0 1		84,00	179 5
ZZQX146	Examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané de 5 prélèvements différenciés ou plus de structure anatomique, hors du lieu du prélèvement	0 1		84,00	122 5
ZZQX104	Examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané de 5 prélèvements différenciés ou plus de structure anatomique, sur le lieu du prélèvement	0 1		84,00	214 5
ZZQP123	Examen anatomopathologique de fragment de résection endoscopique ou de curetage de structure anatomique, non différencié par le préleveur À l'exclusion de : examen anatomopathologique de fragment de résection endoscopique - de la vessie (JDQP002) - de la prostate (JGQP001) Examen anatomopathologique de l'endomètre, de muqueuse nasale	0 1		33,60	0 5
ZZQP159	Examen anatomopathologique de fragments de résection endoscopique ou de curetage d'une structure anatomique, différenciés par le préleveur À l'exclusion de : examen anatomopathologique de fragment de résection endoscopique - de la vessie (JDQP002) - de la prostate (JGQP001) Examen anatomopathologique de la muqueuse de l'endocol et de l'endomètre, prélevés séparément	0 1		33,60	0 5
ZZQP177	Examen anatomopathologique de fragments de résection endoscopique ou de curetage de plusieurs structures anatomiques, différenciés par le préleveur sur chaque structure	0 1		67,20	0 5
JDQP002	Examen anatomopathologique de fragment de résection endoscopique de la vessie	0 1		33,60	0 5
JGQP001	Examen anatomopathologique de fragment de résection endoscopique de la prostate Coder éventuellement 1 : (YYYY040, YYYY042)	0 1		61,60	0 5
ZZQP109	Examen anatomopathologique d'une pièce d'expulsion Examen anatomopathologique du produit d'avortement	0 1		33,60	0 5
ZZQP188	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une structure anatomique, sans examen des marges ou de recoupe À l'exclusion de : examen anatomopathologique - d'une pièce de laryngectomie ou de pharyngolaryngectomie (GDQP001) - d'une pièce de pneumonectomie ou de pièces de lobectomies pulmonaires multiples (GFQP002) Examen anatomopathologique d'une pièce d'appendicectomie, de cholécystectomie ou de tumorectomie cutanée non orientée	0 1		33,60	0 5

ZZQP193	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une structure anatomique, avec examen des marges nécessitant un échantillonnage <i>À l'exclusion de : examen anatomopathologique - d'une pièce de conisation du col de l'utérus ou de mastectomie partielle (JKQP002) - d'une pièce de laryngectomie ou de pharyngolaryngectomie (GDQP001) - d'une pièce de pneumonectomie ou de pièces de lobectomies pulmonaires multiples (GFQP002) Examen anatomopathologique d'une pièce de tumorectomie cutanée orientée</i>	0 1		33,60	0 5
JKQP002	Examen anatomopathologique d'une pièce de conisation du col de l'utérus ou de mastectomie partielle <i>Facturation : pour la mastectomie partielle : en cas d'exérèse mammaire pour lésions infracliniques Coder éventuellement 1 : (YYYY040, YYYY042)</i>	0 1		61,60	0 5
GDQP001	Examen anatomopathologique d'une pièce de laryngectomie ou de pharyngolaryngectomie <i>Avec ou sans : examen de chaînes lymphonodales cervicales - examen des marges ou de recoupe Coder éventuellement 1 : (YYYY040, YYYY042)</i>	0 1		61,60	0 5
GFQP002	Examen anatomopathologique d'une pièce de pneumonectomie ou de pièces de lobectomies pulmonaires multiples <i>Avec ou sans : examen de chaînes lymphonodales médiastinales - examen des marges ou de recoupe Coder éventuellement 1 : (YYYY040, YYYY042)</i>	0 1		61,60	0 5
ZZQP127	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une structure anatomique en plusieurs fragments différenciés par le préleveur, sans examen des marges ou de recoupe <i>Examen anatomopathologique de plusieurs polypes intestinaux Coder éventuellement 1 : (YYYY040, YYYY042)</i>	0 1		61,60	0 5
ZZQP154	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une structure anatomique en plusieurs fragments différenciés par le préleveur, avec examen des marges ou de recoupe <i>Examen anatomopathologique de plusieurs pièces de tumorectomie cutanée orientée Coder éventuellement 1 : (YYYY040, YYYY042)</i>	0 1		61,60	0 5
ZZQP136	Examen anatomopathologique de pièces d'exérèse bilatérale d'une structure anatomique paire, sans examen des marges ou de recoupe <i>Examen anatomopathologique de pièces d'ovariectomie bilatérale Facturation : ne peut être facturé pour la pulpectomie testiculaire bilatérale qui doit être codée par l'acte ZZQP188</i>	0 1		67,20	0 5
ZZQP111	Examen anatomopathologique de pièces d'exérèse bilatérale d'une structure anatomique paire, avec examen des marges ou de recoupe	0 1		67,20	0 5
ZZQP192	Examen anatomopathologique de pièces d'exérèse bilatérale d'une structure anatomique paire en plusieurs fragments différenciés par le préleveur sur chaque structure anatomique, sans examen des marges ou de recoupe <i>Coder éventuellement 1 : (YYYY040, YYYY042)</i>	0 1		123,20	0 5
ZZQP166	Examen anatomopathologique de pièces d'exérèse bilatérale d'une structure anatomique paire en plusieurs fragments différenciés par le préleveur sur chaque structure anatomique, avec examen des marges ou de recoupe de chaque structure <i>Coder éventuellement 1 : (YYYY040, YYYY042)</i>	0 1		123,20	0 5
ZZQP180	Examen anatomopathologique de pièces d'exérèse de 2 structures anatomiques non contiguës, sans examen des marges ou de recoupe <i>Examen anatomopathologique d'une pièce d'hystérectomie pour affection bénigne et d'une pièce de cholécystectomie</i>	0 1		67,20	0 5
ZZQP178	Examen anatomopathologique de pièces d'exérèse de 3 structures anatomiques non contiguës, sans examen des marges ou de recoupe	0 1		100,80	0 5
ZZQP181	Examen anatomopathologique de pièces d'exérèse de 4 structures anatomiques non contiguës ou plus, sans examen des marges ou de recoupe	0 1		134,40	0 5
ZZQP184	Examen anatomopathologique de pièces d'exérèse de plusieurs structures anatomiques non contiguës, avec examen des marges nécessitant un échantillonnage	0 1		67,20	0 5
ZZQP164	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de plusieurs structures anatomiques contiguës, sans examen des marges ou de recoupe <i>Examen anatomopathologique d'une pièce d'hystérectomie avec annexectomie, de néphrectomie avec surrénalectomie Coder éventuellement 1 : (YYYY040, YYYY042)</i>	0 1		61,60	0 5
ZZQP169	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de plusieurs structures anatomiques contiguës, avec examen des marges nécessitant un échantillonnage <i>Examen anatomopathologique de pièce de néphro-urétérectomie élargie, de pièce d'hystérectomie élargie Coder éventuellement 1 : (YYYY040, YYYY042)</i>	0 1		61,60	0 5
ZZQP191	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse bilatérale de plusieurs structures anatomiques contiguës paires, sans examen des marges ou de recoupe <i>Examen anatomopathologique d'une pièce de mastectomie totale bilatérale avec curage lymphonodal Coder éventuellement 1 : (YYYY040, YYYY042)</i>	0 1		123,20	0 5
ZZQP185	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse bilatérale de plusieurs structures anatomiques contiguës paires, avec examen des marges ou de recoupe de chaque structure <i>Coder éventuellement 1 : (YYYY040, YYYY042)</i>	0 1		123,20	0 5

17.02.03.01 Examen anatomopathologique de fragment de résection de structure anatomique

17.02.03.02 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse

Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex

Par structures anatomiques contiguës, on entend : structures anatomiques ayant un rapport anatomique de continuité ou de contiguïté [organes de voisinage], ou

structures anatomiques distinctes atteintes par un processus pathologique de même nature.

Par structures anatomiques non contiguës, on entend : structures anatomiques sans rapport anatomique de continuité ou de contiguïté, atteintes par un processus pathologique de nature différente.

Par marge, on entend : zone comprise entre les limites de la lésion et les limites de la résection [berges].

Par berge, on entend : limite de la résection [incision].

Par recoupe, on entend : exérèse supplémentaire de tissu effectuée par le préleveur, au-delà des berges de l'exérèse initiale.

Avec ou sans : examen de berge

Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées avec les codes marqués d'un symbole distinctif pour préciser la nature du noeud [ganglion] lymphatique, lorsque l'examen anatomopathologique porte sur le système lymphatique :

- A noeud [ganglion] lymphatique sentinelle [noeud du premier bassin de drainage lymphatique d'une lésion, repérable par détection par colorant et/ou radio-isotope]

- B noeud [ganglion] lymphatique analysé pour recherche de lymphome

- C noeud [ganglion] lymphatique, autre et sans précision

17.02.04 Examen histopathologique de fragment d'exérèse de structure anatomique

Code	Description	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ZZQX123	Examen histopathologique de fragment d'exérèse endoscopique ou de curetage de structure anatomique, non différenciés par le préleveur À l'exclusion de : examen histopathologique de fragment d'exérèse endoscopique : de la vessie (JDQX002) de la prostate (JGQX001) Examen histopathologique de l'endomètre, de muqueuse nasale	0	1			33,60	33	5
ZZQX159	Examen histopathologique de fragments d'exérèse endoscopique ou de curetage d'une structure anatomique, différenciés par le préleveur À l'exclusion de : examen histopathologique de fragment d'exérèse endoscopique : de la vessie (JDQX002) de la prostate (JGQX001) Examen histopathologique de la muqueuse de l'endocol et de la muqueuse de l'endomètre, prélevées séparément	0	1			33,60	46	5
ZZQX177	Examen histopathologique de fragments d'exérèse endoscopique ou de curetage de plusieurs structures anatomiques, différenciés par le préleveur sur chaque structure	0	1			67,20	64	5
ZZQP140	Examen immunohistochimique de prélèvement tissulaire fixé avec 1 à 4 anticorps, sans quantification du signal	0	1			56,00	0	5
ZZQP195	Examen immunohistochimique de prélèvement tissulaire fixé avec 1 à 4 anticorps, avec quantification du signal	0	1			56,00	0	5
ZZQP114	Examen immunohistochimique de prélèvement tissulaire fixé avec 5 anticorps ou plus, sans quantification du signal	0	1			56,00	0	5
ZZQP171	Examen immunohistochimique de prélèvement tissulaire fixé avec 5 anticorps ou plus, avec quantification du signal	0	1			56,00	0	5
ZZQP150	Examen anatomopathologique de prélèvement tissulaire congelé, avec examen immunohistochimique avec 1 à 4 anticorps	0	1			84,00	0	5
ZZQP112	Examen anatomopathologique de prélèvement tissulaire congelé, avec examen immunohistochimique avec 5 anticorps ou plus	0	1			84,00	0	5
ZZQP186	Examen anatomopathologique par hybridation in situ Indication : selon les recommandations de bonne pratique - détection de HER 2 neu dans le cancer du sein, en deuxième intention après examen immunohistochimique si celui-ci a un score de 2+, - détection de oncogène N+ myc dans le neuroblastome de l'enfant, - détection de virus d'Epstein Barr dans les carcinomes de site primitif inconnu Formation : spécifique Environnement : spécifique	0	1			140,00	0	5
ZZQP173	Test de détection du génome des papillomavirus humains oncogènes Indication : selon les recommandations de bonnes pratiques Anaes 2002 (frottis ASC-US) Formation : spécifique : formation à la biologie moléculaire Environnement : spécifique : à réaliser dans les mêmes conditions que celles des laboratoires d'analyse de biologie médicale	0	1			37,80	0	5

17.02.04.01 Examen immunohistochimique de prélèvement tissulaire

Facturation :

- le compte rendu d'un examen immunohistochimique précise :
 - . la technique utilisée,
 - . le nom des anticorps utilisés,
 - . les résultats de l'examen,
 - . les conclusions
- les examens immunohistochimiques ne peuvent pas être facturés pour des étalements sur lame.

17.02.04.02 Autres examens particuliers de tissu

Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex

17.02.05 Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse

À l'exclusion de :

- examen anatomopathologique de pièce d'exérèse :
 - de noeud [ganglion] lymphatique (cf 05.01.08.02)
 - intestinale pour maladie inflammatoire chronique de l'intestin (HGQX003)
- examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse
 - du système nerveux (cf 01.01.14)
 - de l'oeil et ses annexes (cf 02.01.10)
 - de tumeur du coeur (DZQX005)
 - des systèmes immunitaires et hématopoïétiques (cf 05.01.08.02, 05.01.08.03)
 - de l'appareil respiratoire (cf 06.01.11.03, 06.01.11.04)
 - de l'appareil digestif (cf 07.01.13.02, 07.01.13.03, 07.01.13.04)
 - de l'appareil urinaire et génital (cf 08.01.09.03, 08.01.09.04, 08.01.09.05, 08.01.09.06)
 - des glandes endocrines (cf 10.01.05)
 - de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire (cf 15.01.07.01, 15.01.07.02)
 - de la peau et des tissus mous (cf 16.01.06.03)
 - du sein (cf 16.02.06.02)
- examen anatomopathologique :
 - d'un placenta complet avec cordon et membranes (JPQX007)

-- de plusieurs placentas complets avec cordons et membranes (JPQX019)

-- de produit d'avortement avant la 14e semaine d'aménorrhée (ZZQX109)

ZZQX188	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse monobloc ou en fragments non différenciés, d'une structure anatomique Avec ou sans : examen des marges ou de recoupe Examen anatomopathologique d'une pièce d'appendicectomie, ou d'un kyste cutané fragmenté	0 1		34,52	38 5
ZZQX127	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse en fragments différenciés d'une structure anatomique Avec ou sans : examen des marges ou de recoupe Examen anatomopathologique de plusieurs myomes utérins, différenciés	0 1		40,00	43 5
ZZQX192	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse en fragments différenciés de plusieurs structures anatomiques Avec ou sans : examen des marges ou de recoupe Examen anatomopathologique de plusieurs myomes utérins, différenciés, et de plusieurs kystes ovariens, différenciés.	0 1		119,48	61 5
ZZQX180	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 2 structures anatomiques Avec ou sans : examen des marges ou de recoupe Examen anatomopathologique pour affection bénigne d'une pièce d'hystérectomie et d'une pièce de cholécystectomie, ou d'une hystérectomie avec annexectomie unilatérale	0 1		67,79	51 5
ZZQX178	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 3 structures anatomiques Avec ou sans : examen des marges ou de recoupe Examen anatomopathologique pour affection bénigne d'une pièce d'hystérectomie avec annexectomie bilatérale	0 1		93,45	66 5
ZZQX181	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 4 structures anatomiques ou plus Avec ou sans : examen des marges ou de recoupe	0 1		86,70	82 5
JQQP005	Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de 4 jours de vie, sans examen de l'encéphale Avec ou sans : examen radiographique	0 1		61,60	0 5
JQQP003	Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de 4 jours de vie, avec examen de l'encéphale Avec ou sans : examen radiographique	0 1		61,60	0 5
JQQP002	Autopsie médicale de 2 fœtus Avec ou sans : examen radiographique	0 1		123,20	0 5
JQQP004	Autopsie médicale de 3 fœtus ou plus Avec ou sans : examen radiographique	0 1		184,80	0 5

17.02.06 Examens particuliers de tissu

17.02.06.01 Examen immunologique de prélèvement cellulaire ou tissulaire

Facturation :

– le compte rendu d'un examen immunocytochimique ou immunohistochimique précise :

- . la technique utilisée,
- . le nom des anticorps utilisés,
- . les résultats de l'examen,
- . les conclusions

– un seul examen immunocytochimique ou immunohistochimique, sans quantification du signal peut-être facturé par acte quel que soit le nombre de structures anatomiques concernées pour cet acte

– un seul examen immunocytochimique ou immunohistochimique, avec quantification du signal, peut-être facturé par acte quel que soit le nombre de structures anatomiques concernées pour cet acte

ZZQX069	Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 1 à 2 anticorps, sans quantification du signal	0 1		48,00	20 5
ZZQX081	Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 1 à 2 anticorps, avec quantification du signal pour chaque anticorps	0 1		56,00	33 5
ZZQX027	Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 3 à 5 anticorps, sans quantification du signal	0 1		68,00	46 5
ZZQX045	Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 3 à 5 anticorps, avec quantification du signal pour chaque anticorps	0 1		83,00	64 5
ZZQX034	Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 6 à 9 anticorps, sans quantification du signal	0 1		100,00	77 5
ZZQX122	Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 6 à 9 anticorps, avec quantification du signal pour chaque anticorps	0 1		130,00	64 5
ZZQX092	Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé, avec 10 anticorps ou plus, sans quantification du signal	0 1		160,00	92 5
ZZQX016	Examen cytopathologique ou anatomopathologique de prélèvement cellulaire ou tissulaire congelé, avec examen immunocytochimique, immunohistochimique et/ou immunofluorescence avec 1 à 4 anticorps Avec ou sans : quantification du signal	0 1		84,00	43 5
ZZQX073	Examen cytopathologique ou anatomopathologique de prélèvement cellulaire ou tissulaire congelé, avec examen immunocytochimique, immunohistochimique et/ou immunofluorescence avec 5 anticorps ou plus Avec ou sans : quantification du signal	0 1		84,00	66 5

17.02.06.02 Examens de génétique somatique des cancers

Par dépistage organisé, on entend dépistage défini dans un programme national de santé au sens de l'article L.1411-6 du code de la santé publique et répondant au cahier des charges correspondant à la thématique publié par arrêté ministériel

Par dépistage individuel, on entend dépistage ne s'inscrivant pas dans un programme national de santé au sens de l'article L.1411-6 du code de la santé publique, mais dont la pertinence, la population cible, les indications et conditions de réalisation font l'objet de recommandations de la Haute Autorité de santé

Par qualification, on entend la sélection, l'analyse d'échantillon, le compte rendu incluant la conclusion sur la possibilité de réalisation de l'analyse génétique

ZZQX029 Examen cytopathologique ou histopathologique par hybridation in situ, sans quantification du signal	0	1			140,00	20	5						
<p>Indication : selon les recommandations de bonne pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> - détection de HER 2 neu dans le cancer du sein, en deuxième intention après examen immunohistochimique si celui-ci a un score de 2 +, - détection de oncogène N+ myc dans le neuroblastome de l'enfant, - détection de virus d'Epstein Barr dans les carcinomes de site primitif inconnu <p>Formation : spécifique</p> <p>Environnement : spécifique</p>													
ZZQX129 Qualification pour analyse de génétique somatique d'échantillon tissulaire fixé en paraffine	0	1				56	5						
<p>Indication : selon les recommandations de la Haute autorité de santé et de l'Institut national du cancer</p> <p>Environnement :</p> <p>Conditions de réalisation : selon les préconisations formulées par la Haute autorité de santé en décembre 2019</p>													
ZZQX058 Examen cytopathologique ou histopathologique par hybridation in situ, avec quantification du signal	0	1			190,00	79	5						
<p>Indication : selon les recommandations de bonne pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> - détection de HER 2 neu dans le cancer du sein, en deuxième intention après examen immunohistochimique si celui-ci a un score de 2 +, - détection de oncogène N+ myc dans le neuroblastome de l'enfant, - détection de virus d'Epstein Barr dans les carcinomes de site primitif inconnu <p>Formation : spécifique</p> <p>Environnement : spécifique</p>													
ZZQX201 Qualification pour analyse de génétique somatique d'échantillon tissulaire congelé	0	1				63	5						
<p>Indication : selon les recommandations de la Haute autorité de santé et de l'Institut national du cancer</p> <p>Environnement :</p> <p>Conditions de réalisation : selon les préconisations formulées par la Haute autorité de santé en décembre 2019</p>													
ZZQX173 Test de détection du génome des papillomavirus humains oncogènes	0	1			37,80	20	5						
<p>Indication : selon les recommandations pour la pratique clinique de septembre 2002 de l'Agence nationale d'accreditation et d'évaluation en santé [ANAES] (frottis ASC-US selon le système de Bethesda)</p> <p>Formation : spécifique : formation à la biologie moléculaire</p> <p>Environnement : spécifique : à réaliser dans les mêmes conditions que celles des laboratoires d'analyse de biologie médicale</p>													
ZZQX628 Test de détection de l'acide ribonucléique ou désoxyribonucléique des papillomavirus humains oncogènes [test HPV à ARNm ou test HPV à ADN] pour dépistage individuel	0	1				0	5						
<p>Indication : selon les recommandations de bonnes pratiques en vigueur</p> <p>Formation : spécifique à la biologie moléculaire</p> <p>Environnement : conforme aux conditions requises pour l'accréditation en biologie médicale pour la réalisation d'examens de biologie moléculaire</p>													
ZZQX603 Test de détection de l'acide ribonucléique ou désoxyribonucléique des papillomavirus humains oncogènes [test HPV à ARNm ou test HPV à ADN] pour dépistage organisé	0	1				0	5						
<p>Indication : selon l'arrêté en vigueur relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus</p> <p>Formation : spécifique à la biologie moléculaire</p> <p>Environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - conformément au cahier des charges défini par l'arrêté en vigueur relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus - conforme aux conditions requises pour l'accréditation en biologie médicale pour la réalisation d'examens de biologie moléculaire 													
17.02.06.03 Autres examens particuliers de tissu							Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
17.02.07 Examen anatomocytopathologique expertal													
<p>Le pathologiste expert doit exercer en relation avec un centre de compétence ou de référence et disposer dans son environnement des moyens techniques nécessaires pour aboutir à un diagnostic et un pronostic dans le champ des pathologies relevant de son expertise</p>													
ZZQX065 Examen histopathologique ou cytopathologique pour second avis	0	1				33	5						
<p>A l'exclusion de : examen histopathologique ou cytopathologique de cancer rare pour seconde lecture (ZZQX086)</p> <p>Par lésion de diagnostic difficile, on entend : une lésion dont l'interprétation de l'examen histopathologique ou cytopathologique, incluant la séquence de colorations standards et éventuellement spéciales, de l'immunocytohistochimie et autres techniques, ne permet pas à l'observateur d'aboutir à un diagnostic de certitude ou aboutit à des diagnostics différents suivant les observateurs ou encore ne permet pas d'aboutir à une évaluation complète des facteurs pronostiques et prédictifs</p> <p>Coder éventuellement : la réalisation de techniques complémentaires d'anatomie et cytologie pathologiques nécessaires à l'avis expertal</p> <p>Indication : le pathologiste confronté au problème d'une lésion de diagnostic difficile ayant une incidence pronostique ou thérapeutique, qu'il ne peut résoudre seul en respectant son obligation de moyens, adresse à son initiative, à un expert de son choix, le matériel nécessaire à cette expertise de seconde intention, conformément aux recommandations de bonne pratique en vigueur</p> <p>Environnement : Dans ou en relation avec un centre de compétence ou de référence, tels que définis par la Haute Autorité de santé dans son rapport d'évaluation technologique de décembre 2009</p> <p>Recueil prospectif de données : le pathologiste à l'initiative de la demande renseigne l'outil de suivi des demandes d'avis mis en place par l'Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques [AFAQAP] sous l'égide du Conseil National Professionnel d'Anatomie et Cytologie Pathologiques (CNPath)</p> <p>Facturation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - par un pathologiste expert dans le domaine concerné, identifié dans l'outil de suivi des demandes d'avis mis en place par l'Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques [AFAQAP] sous l'égide du Conseil National Professionnel d'Anatomie et Cytologie Pathologiques (CNPath) - ne peut pas être facturé pour : <p>l'envoi d'un compte rendu complémentaire au compte rendu initial</p> <p>un cancer rare relevant d'un circuit de double lecture systématique des prélèvements tumoraux mis en place par l'Institut national du cancer [INCa] des demandes de techniques supplémentaires seules la réalisation par le pathologiste expert d'une technique déjà réalisée en première intention par le pathologiste demandeur</p> <ul style="list-style-type: none"> - deux techniques complémentaires au plus peuvent être facturées par l'expert en lien avec cet examen de second avis 													

ZZQX086	Examen histopathologique ou cytopathologique de cancer rare pour seconde lecture	0	1						33	5
	<i>Examen histopathologique ou cytopathologique de cancer rare pour double lecture</i>									
	<i>Indication : cancers entrant dans le champ des missions des réseaux nationaux anatomopathologiques pour cancers rares dont la liste est actualisée et publiée par l'Institut national du cancer [INCa]</i>									
	<i>Environnement : dans le cadre d'un réseau labellisé comme réseau national de référence pour cancers rares</i>									

17.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES, SANS PRÉCISION TOPOGRAPHIQUE

17.03.01 Évacuation de collection, sans précision topographique

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ZZJJ003	0	1		F,O,P,S,U,X	26,10	46	1
	Évacuation d'une collection d'un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique						
	<i>À l'exclusion de : évacuation de collection de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique (QEJH001)</i>						
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
ZZJJ002	0	1		F,P,S,U,X	47,15	62	1
	Évacuation de plusieurs collections d'un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique						
	<i>À l'exclusion de : évacuation de collection de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique (QEJH001)</i>						
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
ZZJJ013	0	1		F,P,S,U,X	68,20	76	1
	Évacuation d'une collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage échographique						
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
ZZJH002	0	1		F,P,S,U,X	96,88	186	1
	Évacuation d'une collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage radiologique						
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
ZZJH001	0	1		9,F,P,S,U	43,68	167	1
	Évacuation d'une collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage scanographique						
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
ZZJJ011	0	1		F,P,S,U,X	75,78	94	1
	Évacuation d'une collection d'un organe profond, par voie intracavitaire avec guidage échographique						
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
ZZJJ012	0	1		F,P,S,U,X	92,62	118	1
	Évacuation de plusieurs collections d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage échographique						
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
ZZJH004	0	1		F,P,S,U,X	152,59	261	1
	Évacuation de plusieurs collections d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage radiologique						
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
ZZJH008	0	1		F,I,P,S,U,X	56,64	205	1
	Évacuation de plusieurs collections d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage scanographique						
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
ZZJJ009	0	1		F,P,S,U,X	90,09	112	1
	Évacuation de plusieurs collections d'un organe profond, par voie intracavitaire avec guidage échographique						
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
ZZJJ001	0	1		F,P,S,U	41,80	246	1
	Évacuation de collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage remnographique [IRM]						
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						

17.03.02 Drainage de collection, sans précision topographique

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ZZJJ007	0	1		F,P,S,U,X	48,84	60	1
	Drainage d'une collection d'un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique						
	<i>À l'exclusion de : drainage de collection du sein, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique (QEJH002)</i>						
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
ZZJJ010	0	1		F,P,S,U,X	65,68	75	1
	Drainage de plusieurs collections d'un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique						
	<i>À l'exclusion de : drainage de collection du sein, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique (QEJH002)</i>						
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
ZZJJ008	0	1		F,P,S,U,X	106,09	82	1
	Drainage d'une collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage échographique						
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
ZZJH007	0	1		F,P,S,U,X	121,10	178	1
	Drainage d'une collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage radiologique						
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
ZZJH003	0	1		F,P,S,U,X	60,00	266	1
	Drainage d'une collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage scanographique						
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
ZZJJ004	0	1		F,P,S,U,X	146,51	140	1
	Drainage de plusieurs collections d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage échographique						
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
ZZJH006	0	1		F,P,S,U,X	175,60	264	1
	Drainage de plusieurs collections d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage radiologique						
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						
ZZJH005	0	1		F,P,S,U,X	76,32	323	1
	Drainage de plusieurs collections d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage scanographique						
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)						

ZZJJ006	Drainage de collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage remnographique [IRM]	0	1		F,P,S,U	41,80	344	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
ZZLJ005	Drainage de collection d'un organe profond, par voie intracavitaire avec guidage échographique	0	1		F,P,S,U,X	111,14	165	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
17.03.03 Injection d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage								
ZZLJ002	Injection d'agent pharmacologique dans un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0	1		9	10,10	41	1
ZZLJ001	Injection d'agent pharmacologique dans un organe profond, par voie transcutanée avec guidage échographique	0	1		X	82,52	82	1
À l'exclusion de :								
- injection intraovulaire d'agent pharmacologique pour grossesse extra-utérine, par voie transvaginale avec guidage échographique (JLJ001)								
- sclérose d'un kyste intraabdominal par injection d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique (ZCNH001)								
- sclérose de plusieurs kystes intraabdominaux par injection d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique (ZCNH004)								
- sclérose de tumeur intraabdominale par injection intralésionnelle d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique (ZCNH005)								
- sclérose d'un kyste du rein par injection d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage scanographique (JANH002)								
- sclérose de plusieurs kystes du rein par injection d'agent pharmacologique, par voie transcutanée avec guidage scanographique (JANH001)								
17.03.04 Administration d'agent pharmacologique anticancéreux								
ZZLF900	Séance d'administration locorégionale intrartérielle d'agent pharmacologique anticancéreux par un dispositif implanté, sans CEC, sans hyperthermie	0	1			0,00	180	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
ZZLF004	Administration locorégionale d'agent pharmacologique anticancéreux par voie artérielle, avec CEC, avec hyperthermie	0	1		9	173,71	300	1
		0	4		A	122,06	100	1
Indication : perfusion de membre isolé : traitement palliatif des mélanomes avancés localement inopérables, traitement adjuvant des sarcomes des tissus mous localement inopérables								
Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale								
Environnement : spécifique ; chirurgiens cardiovasculaires et/ou chirurgiens oncologues, présence d'un médecin isotopiste, déclaration particulière de la salle.								
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
ZZNL016	Irradiation interne par injection intraveineuse transcutanée d'un agent pharmacologique radio-isotopique	0	1	Y	G	180,44	120	1
À l'exclusion de :								
- de la glande thyroïde par administration d'iode 131 (KCNL003, KCNL004)								
- d'une lésion osseuse par injection intraveineuse d'agent pharmacologique radio-isotopique (PANL001)								

17.03.05 Transport intrahospitalier

Par surveillance médicalisée du transport d'un patient, on entend : préparation au transport et transport aller et retour d'un patient, avec surveillance médicalisée au cours de l'acte ayant motivé le transport.

ZZQP001	Surveillance médicalisée du transport intrahospitalier d'un patient non ventilé	0	1			0,00	45	1
ZZQP003	Surveillance médicalisée du transport intrahospitalier d'un patient ventilé	0	1			0,00	60	1

17.03.06 Autres actes thérapeutiques, sans précision topographique

ZZGP001	Mobilisation ou ablation de dispositif de drainage, sous anesthésie générale ou locorégionale	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0	1		F,P,S,U	41,80	14	1
		0	4		7,A,F,P,S,U	70,74	5	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
ZZKP001	Changement de dispositif de drainage, sous anesthésie générale ou locorégionale	0	1		F,J,K,O,P,S,T,U	104,50	28	1
		0	4		7,A,F,O,P,S,U	72,94	10	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
QZGA010	Ablation d'un système diffuseur ou d'une pompe souscutané implanté	0	1		F,P,S,U	41,80	60	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
QZKA007	Changement d'un système diffuseur ou d'une pompe souscutané implanté	0	1	Y	F,J,K,O,P,S,T,U	104,50	188	1
Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)								
ZZEA800	Acte CCAM descriptif sans code père							
Descriptif : ZZEA800-01 Transplantation exceptionnelle de tissu et d'organe								

17.04 RADIOTHÉRAPIE EXTERNE

Facturation : établissement d'un protocole de traitement présentable au contrôle médical à sa demande

17.04.01 Préparation à une irradiation externe

Par repérage, on entend : détection des volumes-cibles et des organes à risque sur les images obtenues lors de l'acquisition des données anatomiques et délimitation de leurs contours.

Par acquisition des données anatomiques, on entend : obtention des informations anatomiques de la zone à irradier, en position de traitement, à l'aide d'un appareil d'imagerie :

- échographe
- scanographe
- remnographie [IRM]
- tépographe

- simulateur ou appareil à fonction simulateur

Par simulation d'irradiation externe, on entend : préparation balistique à une irradiation externe.

Par dosimétrie, on entend : calcul et tracé des courbes isodoses.

Par dosimétrie tridimensionnelle, on entend : calcul et tracé des courbes isodoses sur au moins 10 coupes de scanographie ou de remnographie.

Par fusion numérique multimodale (ZZQL021), on entend : mise en correspondance spatiale d'images acquises par des techniques différentes. Elle comporte deux étapes fondamentales : le recalage et la visualisation. Le recalage est la recherche de la transformation géométrique qui aligne les données.

Environnement : spécifique : concertation pluridisciplinaire

17.04.01.01 Préparation sans dosimétrie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ZZMK014 Préparation à une irradiation externe sans dosimétrie, avec simulation sous l'appareil de traitement <i>À l'exclusion de : préparation à une radiothérapie de contact intracavitaire (ZZMP018)</i> Coder éventuellement 1 : (ZZML002, ZZMP015, ZZMP017)	0	1		F,U	133,60	41	1
ZZMK002 Préparation à une irradiation externe sans dosimétrie, avec simulation à l'aide d'un simulateur, d'un simulateur-scanographe ou d'un scanographe à fonction simulateur intégrée Coder éventuellement 1 : (ZZML002, ZZMP015, ZZMP017)	0	1			133,60	86	1
ZZMK013 Préparation à une irradiation externe sans dosimétrie, avec simulation à l'aide d'un simulateur, d'un simulateur-scanographe ou d'un scanographe à fonction simulateur intégrée et fabrication de cache personnalisé focalisé et/ou paramétrage d'un collimateur multilame Coder éventuellement 1 : (YYYY109, YYYY128, ZZML002, ZZMP015, ZZMP017)	0	1		H,Q,V,W	133,60	112	1

17.04.01.02 Préparation avec dosimétrie bidimensionnelle

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ZZMK026 Préparation à une irradiation externe avec repérage par simulateur-scanographe, dosimétrie bidimensionnelle et simulation à l'aide d'un simulateur-scanographe Coder éventuellement 1 : (ZZML002, ZZMP015, ZZMP017)	0	1			257,55	0	1
ZZMK028 Préparation à une irradiation externe avec repérage par simulateur-scanographe, dosimétrie bidimensionnelle, simulation à l'aide d'un simulateur-scanographe et fabrication de cache personnalisé focalisé et/ou paramétrage d'un collimateur multilame Coder éventuellement 1 : (YYYY109, YYYY128, ZZML002, ZZMP015, ZZMP017)	0	1			257,55	0	1
ZZMK001 Préparation à une irradiation externe avec repérage par scanographe, dosimétrie bidimensionnelle et simulation à l'aide d'un simulateur ou d'un scanographe à fonction simulateur intégrée Coder éventuellement 1 : (ZZML002, ZZMP015, ZZMP017)	0	1			257,55	292	1
ZZMK017 Préparation à une irradiation externe avec repérage par scanographe, dosimétrie bidimensionnelle, simulation à l'aide d'un simulateur ou d'un scanographe à fonction simulateur intégrée et fabrication de cache personnalisé focalisé et/ou paramétrage d'un collimateur multilame Coder éventuellement 1 : (YYYY109, YYYY128, ZZML002, ZZMP015, ZZMP017)	0	1		H,Q,V,W	292,25	319	1
ZZMK006 Préparation à une irradiation externe avec repérage par conformateur, dosimétrie bidimensionnelle sur 1 ou 2 coupes et simulation à l'aide d'un simulateur, d'un simulateur-scanographe ou d'un scanographe à fonction simulateur intégrée Coder éventuellement 1 : (YYYY080, YYYY081, YYYY151, YYYY166, YYYY225)	0	1			200,40	176	1
ZZMK012 Préparation à une irradiation externe avec repérage par conformateur, dosimétrie bidimensionnelle sur 1 ou 2 coupes, simulation à l'aide d'un simulateur, d'un simulateur-scanographe ou d'un scanographe à fonction simulateur intégrée et fabrication de cache personnalisé focalisé et/ou paramétrage d'un collimateur multilame Coder éventuellement 1 : (YYYY080, YYYY081, YYYY109, YYYY128, YYYY151, YYYY166, YYYY225)	0	1		H,Q,V,W	200,40	202	1
ZZMK010 Préparation à une irradiation externe avec repérage par conformateur, dosimétrie bidimensionnelle sur 3 coupes ou plus et simulation à l'aide d'un simulateur, d'un simulateur-scanographe ou d'un scanographe à fonction simulateur intégrée Coder éventuellement 1 : (YYYY080, YYYY081, YYYY151, YYYY166, YYYY225)	0	1			292,25	225	1
ZZMK004 Préparation à une irradiation externe avec repérage par conformateur, dosimétrie bidimensionnelle sur 3 coupes ou plus, simulation à l'aide d'un simulateur, d'un simulateur-scanographe ou d'un scanographe à fonction simulateur intégrée et fabrication de cache personnalisé focalisé et/ou paramétrage d'un collimateur multilame Coder éventuellement 1 : (YYYY080, YYYY081, YYYY109, YYYY128, YYYY151, YYYY166, YYYY225)	0	1		H,Q,V,W	292,25	251	1
ZZMK015 Préparation à une irradiation externe avec repérage par conformateur et analyse des données acquises par échographie, dosimétrie bidimensionnelle sur 3 coupes ou plus et simulation à l'aide d'un simulateur, d'un simulateur-scanographe ou d'un scanographe à fonction simulateur intégrée Coder éventuellement 1 : (YYYY080, YYYY081, YYYY151, YYYY166, YYYY225)	0	1			292,25	240	1
ZZMK005 Préparation à une irradiation externe avec repérage par conformateur et analyse des données acquises par échographie, dosimétrie bidimensionnelle sur 3 coupes ou plus, simulation à l'aide d'un simulateur, d'un simulateur-scanographe ou d'un scanographe à fonction simulateur intégrée et fabrication de cache personnalisé focalisé et/ou paramétrage d'un collimateur multilame Coder éventuellement 1 : (YYYY080, YYYY081, YYYY109, YYYY128, YYYY151, YYYY166, YYYY225)	0	1		H,Q,V,W	292,25	266	1
ZZMK003 Préparation à une irradiation externe avec repérage par simulateur-scanographe, dosimétrie bidimensionnelle sur 3 coupes ou plus et simulation à l'aide d'un simulateur-scanographe Coder éventuellement 1 : (YYYY080, YYYY081, YYYY151, YYYY166, YYYY225)	0	1			292,25	236	1
ZZMK007 Préparation à une irradiation externe avec repérage par simulateur-scanographe, dosimétrie bidimensionnelle sur 3 coupes ou plus, simulation à l'aide d'un simulateur-scanographe et fabrication de cache personnalisé focalisé et/ou paramétrage d'un collimateur multilame Coder éventuellement 1 : (YYYY080, YYYY081, YYYY109, YYYY128, YYYY225)	0	1		H,Q,V,W	292,25	262	1

17.04.01.03 Préparation avec dosimétrie tridimensionnelle sans histogramme dose-volume [HDV]

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ZZMK016 Préparation à une irradiation externe avec repérage par scanographe, dosimétrie tridimensionnelle sans HDV, simulation à l'aide d'un simulateur ou d'un scanographe à fonction simulateur intégrée et fabrication de cache personnalisé focalisé et/ou paramétrage d'un collimateur multilame Coder éventuellement 1 : (YYYY109, YYYY128, ZZML002, ZZMP015, ZZMP017)	0	1	Y	H,Q,V,W	501,00	386	1

ZZMP008	Préparation à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle sans HDV après repérage par remnographie [IRM], simulation virtuelle utilisant la fonction "vue de la source" [beam's eye view] [BEV] et la restitution tridimensionnelle, et fabrication de cache personnalisé focalisé et/ou paramétrage d'un collimateur multilame <i>Avec ou sans : repérage par scanographie</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY080, YYYY081, YYYY109, YYYY128, YYYY151, YYYY166, YYYY225)	0	1	Y	H,Q,V,W	668,00	461	1	
ZZMK011	Préparation à une irradiation externe avec repérage par scanographe, dosimétrie tridimensionnelle sans HDV, simulation virtuelle utilisant la fonction "vue de la source" [beam's eye view] [BEV] et la restitution tridimensionnelle, et fabrication de cache personnalisé focalisé et/ou paramétrage d'un collimateur multilame Coder éventuellement 1 : (YYYY109, YYYY128, ZZML002, ZZMP015, ZZMP017)	0	1	Y	H,Q,V,W	668,00	461	1	
17.04.01.04 Préparation avec dosimétrie tridimensionnelle avec histogramme dose-volume [HDV]									
ZZMK018	Préparation à une irradiation externe avec repérage par scanographe, dosimétrie tridimensionnelle avec HDV, simulation virtuelle utilisant la fonction "vue de la source" [beam's eye view] [BEV] et la restitution tridimensionnelle, et fabrication de filtre compensateur personnalisé ou de cache personnalisé focalisé et/ou paramétrage d'un collimateur multilame <i>À l'exclusion de : préparation à une irradiation externe avec repérage par scanographe, dosimétrie tridimensionnelle avec HDV, simulation virtuelle utilisant la fonction "vue de la source" [beam's eye view] [BEV] et la restitution tridimensionnelle, et paramétrage d'un collimateur multilame pour modulation d'intensité (ZZMK024)</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY109, YYYY128, ZZML002, ZZMP015, ZZMP017, ZZQL021)	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
		0	1	Y	H,Q,V,W	668,00	675	1	
ZZMK900	Préparation à une irradiation externe avec repérage par scanographe, dosimétrie tridimensionnelle avec HDV, simulation virtuelle utilisant la fonction "vue de la source" [beam's eye view] [BEV] et la restitution tridimensionnelle, et paramétrage d'un collimateur multilame pour utilisation dynamique Coder éventuellement 1 : (YYYY080, YYYY225)	0	1	Y		0,00	911	1	
ZZMK024	Préparation à une irradiation externe avec repérage par scanographe, dosimétrie tridimensionnelle avec HDV, simulation virtuelle utilisant la fonction "vue de la source" [beam's eye view] [BEV] et la restitution tridimensionnelle, et paramétrage d'un collimateur multilame pour modulation d'intensité <i>Indication : tumeur de la tête et du cou lorsqu'une protection des glandes salivaires est nécessaire ; tumeur de la prostate ; tumeur du canal anal ; tumeur du col de l'utérus ; tumeur du rachis ; tumeur de la base du crâne et de la voûte, à l'exclusion de gliome de haut grade ; irradiation corporelle totale (RCMI par tomothérapie)</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY128, ZZML002, ZZMP015, ZZMP017, ZZQL021)	0	1	Y		668,00	0	1	
ZZMP010	Préparation à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle avec HDV après repérage par remnographie [IRM], simulation virtuelle utilisant la fonction "vue de la source" [beam's eye view] [BEV] et la restitution tridimensionnelle, et fabrication de filtre compensateur personnalisé ou de cache personnalisé focalisé et/ou paramétrage d'un collimateur multilame <i>Avec ou sans : repérage par scanographie</i> <i>Indication : cancer de la tête et du cou et du système nerveux central.</i> <i>Environnement : spécifique ; contrôle qualité</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY080, YYYY081, YYYY109, YYYY128, YYYY225)	0	1	Y	H,Q,V,W	668,00	675	1	
ZZMP900	Préparation à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle avec HDV après repérage par remnographie [IRM], simulation virtuelle utilisant la fonction "vue de la source" [beam's eye view] [BEV] et la restitution tridimensionnelle, et paramétrage d'un collimateur multilame pour utilisation dynamique <i>Avec ou sans : repérage par scanographie</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY080, YYYY225)	0	1	Y		0,00	911	1	
17.04.01.05 Préparations spécifiques à une irradiation externe									
ZZMP001	Préparation à une irradiation corporelle totale <i>À l'exclusion de : préparation à une irradiation externe avec repérage par scanographe, dosimétrie tridimensionnelle avec HDV, simulation virtuelle utilisant la fonction "vue de la source" [beam's eye view] [BEV] et la restitution tridimensionnelle, et paramétrage d'un collimateur multilame pour modulation d'intensité (ZZMK024)</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY109, YYYY128, ZZML002, ZZMP017)	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
		0	1			668,00	266	1	
QZMP003	Préparation à une irradiation cutanée totale Coder éventuellement 1 : (YYYY109, YYYY128, ZZML002, ZZMP015, ZZMP017)	0	1			668,00	310	1	
ZZMP011	Préparation à une irradiation encéphalique en conditions stéréotaxiques à dose fractionnée <i>Indication : fonction topographie, taille tumeur, patient ; méningiomes, certains gliomes, certains neurinomes de l'acoustique, certaines métastases cérébrales (moins de 3), certaines malformations artérioveineuses</i> <i>Environnement : spécifique ; présence, à des temps différents, des spécialités concernées : radiothérapeute, neurochirurgien, neuroradiologue et physicien</i> Coder éventuellement 1 : (YYYY080, YYYY081, YYYY128, YYYY151, YYYY166)	0	1	Y		668,00	624	1	
AGMP001	Préparation à une irradiation externe du névraxe [irradiation craniospinale] Coder éventuellement 1 : (YYYY109, YYYY128, ZZML002, ZZMP015, ZZMP017)	0	1	Y		668,00	0	1	
ZZMP018	Préparation à une radiothérapie de contact intracavitaire <i>Indication : cancer du rectum T1 à T3</i> <i>Facturation : 3 maximum par patient</i> Coder éventuellement 1 : (ZZML002, ZZMP017)	0	1			167,00	0	1	

ZZMP012	Préparation à une irradiation intracrânienne en conditions stéréotaxiques en dose unique, avec pose de cadre effractif	1 1	0,00	600	1
		2 1 Y	668,00	600	1
<i>Phase 1 : pose du cadre crânien de stéréotaxie</i> <i>Phase 2 : préparation à l'irradiation encéphalique en conditions stéréotaxiques en dose unique</i> <i>Indication : selon le patient, la taille et la localisation de la tumeur : méningiome, gliome, neurinome du nerf vestibulocochléaire [acoustique] [VIII], métastase cérébrale (moins de 3) ; malformation artérioveineuse</i> <i>Environnement : spécifique ; présence, à des temps différents, des spécialités concernées : radiothérapeute, neurochirurgien, neuroradiologue et physicien</i> Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZML002, ZZMP015, ZZMP017, ZZQL021)					

AZMP001	Préparation à une irradiation externe du névraxe [irradiation craniospinale]	0 1 Y	668,00	727	1
---------	---	-------	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY080, YYYY081, YYYY109, YYYY128, YYYY151, YYYY166, YYYY225)

ZZMP016	Préparation à une irradiation externe en conditions stéréotaxiques sans synchronisation avec la respiration avec dosimétrie tridimensionnelle avec HDV après repérage par fusion numérique multimodale et simulation virtuelle utilisant la fonction "vue de la source" [beam's eye view] [BEV] et la restitution tridimensionnelle	0 1 Y	668,00	0	1
---------	--	-------	--------	---	---

Avec ou sans : pose de cadre crânien non effractif

Indication : selon le patient, la taille et la localisation de la tumeur : méningiome, gliome, neurinome du nerf vestibulocochléaire [acoustique] [VIII], métastase cérébrale (moins de 3) ; malformation artérioveineuse ; tumeur du rachis

Coder éventuellement 1 : (ZZML002, ZZMP015, ZZMP017)

ZZMP013	Préparation à une irradiation externe en conditions stéréotaxiques avec synchronisation avec la respiration avec dosimétrie tridimensionnelle avec HDV après repérage par fusion numérique multimodale et simulation virtuelle utilisant la fonction "vue de la source" [beam's eye view] [BEV] et la restitution tridimensionnelle	0 1 Y	668,00	0	1
---------	--	-------	--------	---	---

Indication : tumeur bronchopulmonaire T1/T2 N0 M0, métastase bronchopulmonaire à croissance lente avec tumeur primitive contrôlée

Coder éventuellement 1 : (ZZML002, ZZMP015, ZZMP017)

17.04.01.06 Autres actes de préparation à une irradiation externe

Ce sousparagraphe est vide dans cette version de la CCAM.

17.04.01.07 Reprises de préparation à une irradiation externe, en cours de traitement

Par reprise de préparation à une irradiation externe, on entend : réalisation d'une nouvelle préparation à une irradiation externe, en cours de traitement, 3 semaines au moins après son début. Elle peut être justifiée par :

- la modification de la morphologie du patient ;

- la modification du volume-cible irradié ;

- la nécessité de délivrer un complément de dose dans un volume réduit [surimpression] ;

- la nécessité d'une réduction de l'étendue des champs d'irradiation en raison de la présence ou de la proximité d'un organe à risque.

Facturation : 2 reprises maximum ; un délai de 15 jours doit être respecté entre la facturation de 2 reprises.

ZZMK019	Reprise de préparation à une irradiation externe sans dosimétrie, avec simulation sous l'appareil de traitement	0 1	50,10	41	1
---------	--	-----	-------	----	---

Coder éventuellement 1 : (ZZML002, ZZMP015, ZZMP017)

ZZMK021	Reprise de préparation à une irradiation externe avec repérage par conformateur, dosimétrie bidimensionnelle sur 1 ou 2 coupes, simulation à l'aide d'un simulateur, d'un simulateur-scanographe ou d'un scanographe à fonction simulateur intégrée et fabrication de cache personnalisé focalisé et/ou paramétrage d'un collimateur multilame	0 1	116,90	101	1
---------	---	-----	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY080, YYYY081, YYYY109, YYYY128, YYYY151, YYYY166, YYYY225)

ZZMK023	Reprise de préparation à une irradiation externe avec repérage par conformateur et analyse des données acquises par échographie, dosimétrie bidimensionnelle sur 3 coupes ou plus, simulation à l'aide d'un simulateur, d'un simulateur-scanographe ou d'un scanographe à fonction simulateur intégrée et fabrication de cache personnalisé focalisé et/ou paramétrage d'un collimateur multilame	0 1	208,75	126	1
---------	--	-----	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY080, YYYY081, YYYY109, YYYY128, YYYY151, YYYY166, YYYY225)

ZZMK027	Reprise de préparation à une irradiation externe, dosimétrie bidimensionnelle, simulation à l'aide d'un simulateur, d'un simulateur-scanographe ou d'un scanographe à fonction simulateur intégrée et fabrication de cache personnalisé focalisé et/ou paramétrage d'un collimateur multilame	0 1	178,41	0	1
---------	--	-----	--------	---	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY109, YYYY128, ZZML002, ZZMP015, ZZMP017)

ZZMK022	Reprise de préparation à une irradiation externe avec repérage par scanographe, dosimétrie tridimensionnelle sans HDV, simulation à l'aide d'un simulateur ou d'un scanographe à fonction simulateur intégrée et fabrication de cache personnalisé focalisé et/ou paramétrage d'un collimateur multilame	0 1 Y	417,50	193	1
---------	---	-------	--------	-----	---

Coder éventuellement 1 : (YYYY109, YYYY128, ZZML002, ZZMP015, ZZMP017)

ZZMK020	Reprise de préparation à une irradiation externe avec repérage par scanographe, dosimétrie tridimensionnelle avec HDV, simulation virtuelle utilisant la fonction "vue de la source" [beam's eye view] [BEV] et la restitution tridimensionnelle, et fabrication de filtre compensateur personnalisé ou de cache personnalisé focalisé et/ou paramétrage d'un collimateur multilame	0 1 Y	584,50	87	1
---------	--	-------	--------	----	---

À l'exclusion de : reprise de préparation à une irradiation externe avec repérage par scanographe, dosimétrie tridimensionnelle avec HDV, simulation virtuelle utilisant la fonction "vue de la source" [beam's eye view] [BEV] et la restitution tridimensionnelle, et paramétrage d'un collimateur multilame pour modulation d'intensité (ZZMK025)

Coder éventuellement 1 : (YYYY109, YYYY128, ZZML002, ZZMP015, ZZMP017, ZZQL021)

ZZMK025	Reprise de préparation à une irradiation externe avec repérage par scanographe, dosimétrie tridimensionnelle avec HDV, simulation virtuelle utilisant la fonction "vue de la source" [beam's eye view] [BEV] et la restitution tridimensionnelle, et paramétrage d'un collimateur multilame pour modulation d'intensité	0	1	Y			584,50	0	1
	<i>Indication : tumeur de la tête et du cou ou de la sphère ORL lorsqu'une protection des glandes salivaires est nécessaire ; tumeur de la prostate ; tumeur du canal anal ; tumeur du col de l'utérus ; tumeur du rachis en fonction de la nature anatomo-pathologique ; tumeur de la base du crâne et de la voûte, à l'exclusion des gliomes de haut grade ; irradiation corporelle totale (RCMT par tomothérapie)</i>								
	Coder éventuellement 1 : (YYYY128, ZZML002, ZZMP015, ZZMP017, ZZQL021)								

17.04.02 Irradiation externe

17.04.02.01 Séances d'irradiation externe

Comprend : irradiation externe :

- par électrons
- par photons

À l'exclusion de : irradiation externe avec utilisation de collimateur multilame pour modulation d'intensité (cf 17.04.02.02)

Par collimateur multilame, on entend : système de lames parallèles dont chacune est commandée par un moteur et peut se déplacer de manière indépendante ; le déplacement est contrôlé par le système informatique de la machine.

Par imagerie portale, on entend : système d'imagerie numérique de contrôle permettant la vision de l'image d'un champ d'irradiation externe.

Par guidage par imagerie [image guided radiation therapy] [IGRT], on entend : système d'imagerie numérique permettant de vérifier le centrage des champs d'irradiation externe [contrôle balistique] et de corriger les positions des faisceaux.

ZZNL061	Séance d'irradiation externe par machine de puissance inférieure à 5 mégavolts [MV]	0	1	Y			0,00	0	1
	<i>À l'exclusion de : séance d'irradiation de contact endocavitaire (ZZNL066)</i>								
	<i>Séance d'irradiation de contact de lésion cutanée</i>								
ZZNL053	Séance d'irradiation externe par accélérateur linéaire de puissance égale ou supérieure à 5 mégavolts [MV], sans système de contrôle du positionnement	0	1	Y			0,00	0	1
ZZNL064	Séance d'irradiation externe par accélérateur linéaire de puissance égale ou supérieure à 5 mégavolts [MV], équipé d'imagerie portale	0	1	Y			0,00	0	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZML001)								
ZZNL048	Séance d'irradiation externe par accélérateur linéaire de puissance égale ou supérieure à 5 mégavolts [MV], équipé d'un collimateur multilame	0	1	Y			0,00	0	1
ZZNL065	Séance d'irradiation externe par accélérateur linéaire de puissance égale ou supérieure à 5 mégavolts [MV], équipé d'un collimateur multilame et d'imagerie portale	0	1	Y			0,00	0	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZML001)								
ZZNL062	Séance d'irradiation externe par accélérateur linéaire de puissance égale ou supérieure à 5 mégavolts [MV], équipé d'un système de repositionnement	0	1	Y			0,00	0	1
	<i>À l'exclusion de : séance d'irradiation externe par accélérateur linéaire de puissance égale ou supérieure à 5 mégavolts [MV], équipé d'un système de repositionnement guidé par imagerie [IGRT] (ZZNL063)</i>								
	Coder éventuellement 1 : (ZZML001)								
ZZNL063	Séance d'irradiation externe par accélérateur linéaire de puissance égale ou supérieure à 5 mégavolts [MV], équipé d'un système de repositionnement guidé par imagerie [IGRT]	0	1	Y			0,00	0	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZML001, ZZML003)								
ZZNL020	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie inférieure à 5 MV par 1 ou 2 faisceaux, sans utilisation de modificateur de faisceau	0	1	Y		F,U	0,00	22	1
ZZNL021	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie inférieure à 5 MV par 1 ou 2 faisceaux, avec utilisation de modificateur de faisceau	0	1	Y			0,00	30	1
	<i>À l'exclusion de : avec utilisation dynamique de collimateur multilame</i>								
ZZNL025	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie inférieure à 5 MV par 5 faisceaux ou plus, sans utilisation de modificateur de faisceau	0	1	Y			0,00	41	1
ZZNL023	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie inférieure à 5 MV par 3 ou 4 faisceaux, sans utilisation de modificateur de faisceau	0	1	Y			0,00	30	1
ZZNL024	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie inférieure à 5 MV par 3 ou 4 faisceaux, avec utilisation de modificateur de faisceau	0	1	Y			0,00	40	1
ZZNL028	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 MV et inférieure à 15 MV par 1 ou 2 faisceaux, avec utilisation de modificateur de faisceau	0	1	Y			0,00	44	1
	<i>À l'exclusion de : avec utilisation dynamique de collimateur multilame (ZZNL900)</i>								
ZZNL034	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 MV et inférieure à 15 MV par 5 faisceaux ou plus, avec utilisation de modificateur de faisceau	0	1	Y			0,00	73	1
	<i>À l'exclusion de : avec utilisation dynamique de collimateur multilame (ZZNL902)</i>								
ZZNL900	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 MV et inférieure à 15 MV par 1 ou 2 faisceaux, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité]	0	1	Y			0,00	67	1
ZZNL905	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 MV et inférieure à 15 MV par 3 ou 4 faisceaux, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité]	0	1	Y			0,00	79	1
ZZNL026	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie inférieure à 5 MV par 5 faisceaux ou plus, avec utilisation de modificateur de faisceau	0	1	Y			0,00	51	1
ZZNL027	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 MV et inférieure à 15 MV par 1 ou 2 faisceaux, sans utilisation de modificateur de faisceau	0	1	Y		F,U	0,00	30	1
ZZNL902	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 MV et inférieure à 15 MV par 5 faisceaux ou plus, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité]	0	1	Y			0,00	112	1
ZZNL036	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV par 1 ou 2 faisceaux, sans utilisation de modificateur de faisceau	0	1	Y		F,U	0,00	34	1
ZZNL030	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 MV et inférieure à 15 MV par 3 ou 4 faisceaux, sans utilisation de modificateur de faisceau	0	1	Y			0,00	41	1

ZZNL031	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 MV et inférieure à 15 MV par 3 ou 4 faisceaux, avec utilisation de modificateur de faisceau <i>À l'exclusion de : avec utilisation dynamique de collimateur multilame (ZZNL905)</i>	0	1	Y		0,00	55	±
ZZNL037	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV par 1 ou 2 faisceaux, avec utilisation de modificateur de faisceau <i>À l'exclusion de : avec utilisation dynamique de collimateur multilame (ZZNL904)</i>	0	1	Y		0,00	48	±
ZZNL033	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 MV et inférieure à 15 MV par 5 faisceaux ou plus, sans utilisation de modificateur de faisceau	0	1	Y		0,00	56	±
ZZNL040	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV par 3 ou 4 faisceaux, avec utilisation de modificateur de faisceau <i>À l'exclusion de : avec utilisation dynamique de collimateur multilame (ZZNL906)</i>	0	1	Y		0,00	63	±
ZZNL039	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV par 3 ou 4 faisceaux, sans utilisation de modificateur de faisceau	0	1	Y		0,00	45	±
ZZNL906	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV par 3 ou 4 faisceaux, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité]	0	1	Y		0,00	86	±
ZZNL904	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV par 1 ou 2 faisceaux, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité]	0	1	Y		0,00	71	±
ZZNL043	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV par 5 faisceaux ou plus, avec utilisation de modificateur de faisceau <i>À l'exclusion de : avec utilisation dynamique de collimateur multilame (ZZNL903)</i>	0	1	Y		0,00	80	±
ZZNL042	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV par 5 faisceaux ou plus, sans utilisation de modificateur de faisceau	0	1	Y		0,00	60	±
ZZNL903	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 MV par 5 faisceaux ou plus, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité]	0	1	Y		0,00	120	±

17.04.02.02 Séances d'irradiation externe avec modulation d'intensité

Comprend : irradiation externe avec modulation d'intensité par collimateur multilame

ZZNL050	Séance d'irradiation externe par accélérateur linéaire avec modulation d'intensité, sans contrôle de la position de la cible <i>Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité [RCMI], sans guidage Indication : tumeur de la tête et du cou lorsqu'une protection des glandes salivaires est nécessaire ; tumeur du rachis ; tumeur de la base du crâne et de la voûte, à l'exclusion de gliome de haut grade Coder éventuellement 1 : (ZZML001)</i>	0	1	Y		0,00	0	1
ZZNL054	Séance d'irradiation externe par accélérateur linéaire avec modulation d'intensité, avec contrôle de la position de la cible <i>À l'exclusion de : séance d'irradiation externe par machine dédiée produisant des photons, avec modulation d'intensité par collimateur multilame et contrôle de la position de la cible par imagerie (ZZNL051) Indication : tumeur de la tête et du cou lorsqu'une protection des glandes salivaires est nécessaire ; tumeur de la prostate ; tumeur du canal anal ; tumeur du col de l'utérus ; tumeur du rachis ; tumeur de la base du crâne et de la voûte, à l'exclusion de gliome de haut grade Coder éventuellement 1 : (ZZML001, ZZML003)</i>	0	1	Y		0,00	0	1
ZZNL051	Séance d'irradiation externe par machine dédiée produisant des photons avec modulation d'intensité et contrôle de la position de la cible par imagerie [IGRT] <i>Indication : tumeur de la tête et du cou lorsqu'une protection des glandes salivaires est nécessaire ; tumeur de la prostate ; tumeur du canal anal ; tumeur du col de l'utérus ; tumeur du rachis ; tumeur de la base du crâne et de la voûte, à l'exclusion de gliome de haut grade ; irradiation corporelle totale</i>	0	1	Y		0,00	0	1

17.04.02.03 Irradiation externe en conditions stéréotaxiques

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ZZNL058	Séance d'irradiation externe en conditions stéréotaxiques par machine produisant des photons avec guidage par imagerie, sans synchronisation avec la respiration <i>À l'exclusion de : séance d'irradiation externe en conditions stéréotaxiques par machine dédiée produisant des photons avec guidage par imagerie, sans synchronisation avec la respiration (ZZNL059) Indication : selon le patient, la taille et la localisation de la tumeur : méningiome, gliome, neurinome du nerf vestibulocochléaire [acoustique] [VIII], métastase cérébrale (de 1 à 3) ; malformation artérioveineuse ; tumeur spinale ou paraspinale Facturation : maximum de 10 séances</i>	0	1	Y		0,00	0	1
ZZNL052	Séance d'irradiation externe en conditions stéréotaxiques par machine produisant des photons avec guidage par imagerie, avec synchronisation avec la respiration <i>À l'exclusion de : séance d'irradiation externe en conditions stéréotaxiques par machine dédiée produisant des photons avec guidage par imagerie, avec synchronisation avec la respiration (ZZNL060) Indication : selon le patient, la taille et la localisation de la tumeur : tumeur bronchopulmonaire T1/T2 N0 M0 ; métastase bronchopulmonaire à croissance lente avec tumeur primitive contrôlée Facturation : maximum de 10 séances</i>	0	1	Y		0,00	0	1
ZZNL059	Séance d'irradiation externe en conditions stéréotaxiques par machine dédiée produisant des photons avec guidage par imagerie, sans synchronisation avec la respiration <i>Indication : selon le patient, la taille et la localisation de la tumeur : méningiome, gliome, neurinome du nerf vestibulocochléaire [acoustique] [VIII], métastase cérébrale (moins de 3) ; malformation artérioveineuse ; tumeur spinale ou paraspinale Facturation : maximum de 10 séances</i>	0	1	Y		0,00	0	1
ZZNL060	Séance d'irradiation externe en conditions stéréotaxiques par machine dédiée produisant des photons avec guidage par imagerie, avec synchronisation avec la respiration <i>Indication : selon le patient, la taille et la localisation de la tumeur : tumeur bronchopulmonaire T1/T2 N0 M0 ; métastase bronchopulmonaire à croissance lente avec tumeur primitive contrôlée Facturation : maximum de 10 séances</i>	0	1	Y		0,00	0	1
ZANL001	Irradiation externe intracrânienne en conditions stéréotaxiques avec cadre effractif, en dose unique <i>Indication : selon la topographie et la taille de la lésion : méningiome, gliome, neurinome du nerf vestibulocochléaire [acoustique] [VIII], métastase cérébrale (moins de 3), malformation artérioveineuse intracrânienne Environnement : spécifique ; présence, à des temps différents, des spécialités concernées : radiothérapeute, neurochirurgien, neuroradiologue et physicien</i>	0	1			0,00	0	1

ZZNL049	Irradiation externe en conditions stéréotaxiques par machine produisant des photons avec guidage par imagerie, sans synchronisation avec la respiration, en dose unique À l'exclusion de : irradiation externe intracrânienne en conditions stéréotaxiques avec cadre effractif, en dose unique (ZANL001) irradiation externe en conditions stéréotaxiques par machine dédiée avec guidage par imagerie, sans synchronisation avec la respiration, en dose unique (ZZNL055) Indication : selon le patient, la taille et la localisation de la tumeur : méningiome, gliome, neurinome du nerf vestibulocochléaire [acoustique] [VIII], métastase cérébrale (de 1 à 3) ; malformation artérioveineuse ; tumeur spinale et paraspinale	0	1				0,00	0	1
ZZNL055	Irradiation externe en conditions stéréotaxiques par machine dédiée produisant des photons avec guidage par imagerie, sans synchronisation avec la respiration, en dose unique À l'exclusion de : irradiation externe intracrânienne en conditions stéréotaxiques avec cadre effractif, en dose unique (ZANL001) Indication : selon le patient, la taille et la localisation de la tumeur : méningiome, gliome, neurinome du nerf vestibulocochléaire [acoustique] [VIII], métastase cérébrale (de 1 à 3) ; malformation artérioveineuse ; tumeur spinale ou paraspinale	0	1				0,00	0	1

17.04.02.04 Techniques spéciales d'irradiation externe

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AZNL001	0	1	Y		0,00	101	1
ZZNL045	0	1	Y		0,00	266	1
Indication : tumeur primitive de l'oeil, tumeur de l'enfant, chordome et chondrosarcome de la base du crâne et du rachis Coder éventuellement 1 : (ZZLP025)							
ZZNL046	0	1	Y		0,00	266	1
Indication : tumeur des glandes salivaires inopérable, sarcome inopérable de bas grade et cylindrome (carcinome adénoïde kystique) quelle que soit leur localisation Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale							
ZZNL047	0	1	Y		0,00	532	1
À l'exclusion de : séance d'irradiation externe par machine dédiée produisant des photons avec modulation d'intensité et contrôle de la position de la cible par imagerie (ZZNL051)							
QZNL001	0	1	Y		0,00	146	1
AANL001	0	1			0,00	289	1
Indication : fonction topographie, taille tumeur, patient ; méningiomes, certains gliomes, certains neurinomes de l'acoustique, certaines métastases cérébrales (moins de 3), certaines malformations artérioveineuses Environnement : spécifique ; présence, à des temps différents, des spécialités concernées : radiothérapeute, neurochirurgien, neuroradiologue et physicien							
AANL002	0	1	Y		0,00	401	1
Indication : fonction topographie, taille tumeur, patient ; méningiomes, certains gliomes, certains neurinomes de l'acoustique, certaines métastases cérébrales (moins de 3), certaines malformations artérioveineuses Environnement : spécifique ; présence, à des temps différents, des spécialités concernées : radiothérapeute, neurochirurgien, neuroradiologue et physicien							
ZZNL066	0	1	Y		0,00	0	1
Indication : cancer du rectum T1 à T3 Facturation : 3 séances maximum par traitement							

17.05 CURIETHÉRAPIE

Acquisition des données anatomiques comprend acquisition des données anatomiques

- par simulateur ou appareil à fonction simulateur

- par scanographie

À l'exclusion de : acquisition des données anatomiques par

- échographie

- remnographie [IRM]

Par dosimétrie, on entend : calcul et tracé des courbes isodoses.

Par dosimétrie tridimensionnelle, on entend : calcul et tracé des courbes isodoses sur au moins 10 coupes de scanographie ou de remnographie.

17.05.01 Curiethérapie intracavitaire utérovaginale

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JKNL003	0	1	Y		384,10	345	1
Codié éventuellement 1 : (ZZMP004) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
JKNL005	0	1	Y		384,10	506	1
Codié éventuellement 1 : (ZZMP004) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
JKNL004	0	1	Y		384,10	442	1
Codié éventuellement 1 : (ZZMP004) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
JKNL001	0	1	Y		384,10	604	1
Codié éventuellement 1 : (ZZMP004) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
JKNL006	0	1	Y		384,10	525	1
Codié éventuellement 1 : (ZZMP004) - 4 : (GELE001, YYYY041)							
JKNL002	0	1	Y		384,10	686	1
Codié éventuellement 1 : (ZZMP004) - 4 : (GELE001, YYYY041)							

17.05.02 Curiethérapie intracavitaire vaginale [Curiethérapie du fond vaginal]

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
JLNL001	0	1	Y		367,40	296	1
Codié éventuellement 1 : (ZZMP004) - 4 : (GELE001, YYYY041)							

JLNL005	Curiethérapie intracavitaire vaginale à bas débit de dose sans projecteur de source, avec dosimétrie bidimensionnelle après acquisition des données anatomiques par clichés radiographiques de repérage spatial	0 1 Y		384,10	345	1
		0 4 Y	7,A	53,64	158	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZMP004) - 4 : (GELE001, YYYY041)					
JLNL004	Curiethérapie intracavitaire vaginale à bas débit de dose avec projecteur de source, avec dosimétrie dans un plan	0 1 Y		367,40	394	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZMP004)					
JLNL003	Curiethérapie intracavitaire vaginale à bas débit de dose avec projecteur de source, avec dosimétrie bidimensionnelle après acquisition des données anatomiques par clichés radiographiques de repérage spatial	0 1 Y		384,10	442	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZMP004)					
JLNL007	Curiethérapie intracavitaire vaginale à débit de dose pulsé, avec dosimétrie dans un plan	0 1 Y		367,40	476	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZMP004)					
JLNL006	Curiethérapie intracavitaire vaginale à débit de dose pulsé, avec dosimétrie bidimensionnelle après acquisition des données anatomiques par clichés radiographiques de repérage spatial	0 1 Y		384,10	476	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZMP004)					
JLNL008	Curiethérapie intracavitaire vaginale à haut débit de dose avec dosimétrie dans un plan	1 1		200,40	75	1
	<i>Phase 1 : préparation avec dosimétrie dans un plan</i>	2 1 Y		167,00	229	1
	<i>Phase 2 : séance de curiethérapie intracavitaire vaginale à haut débit de dose</i>					
	<i>Environnement : spécifique</i>					
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZMP004)					
JLNL002	Curiethérapie intracavitaire vaginale à haut débit de dose avec dosimétrie bidimensionnelle	1 1		217,10	124	1
	<i>Phase 1 : préparation avec dosimétrie bidimensionnelle après acquisition des données anatomiques par clichés radiographiques de repérage spatial</i>	2 1 Y		167,00	229	1
	<i>Phase 2 : séance de curiethérapie intracavitaire vaginale à haut débit de dose</i>					
	<i>Environnement : spécifique : respect des normes ministérielles d'exécution</i>					
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZMP004)					
	17.05.03 Curiethérapie intraluminaire					
	<i>À l'exclusion de : curiethérapie intracavitaire</i>					
	<i>- utérovaginale (cf 17.04.01)</i>					
	<i>- vaginale (cf 17.04.02)</i>					
ZZNL007	Curiethérapie intraluminaire à bas débit de dose sans projecteur de source	0 1 Y		384,10	360	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZMP004)					
ZZNL010	Curiethérapie intraluminaire à bas débit de dose avec projecteur de source	0 1 Y		384,10	457	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZMP004)					
ZZNL008	Curiethérapie intraluminaire à débit de dose pulsé	0 1 Y		384,10	540	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZMP004)					
ZZNL019	Curiethérapie intraluminaire à haut débit de dose	1 1		217,10	124	1
	<i>Phase 1 : préparation à une curiethérapie intraluminaire à haut débit de dose</i>	2 1 Y		167,00	244	1
	<i>Phase 2 : séance de curiethérapie intraluminaire à haut débit de dose</i>					
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZMP004)					
	17.05.04 Curiethérapie interstitielle superficielle					
	<i>Comprend : curiethérapie interstitielle</i>					
	<i>- de la peau</i>					
	<i>- du sein</i>					
	<i>- des lèvres</i>					
ZZNL001	Curiethérapie interstitielle superficielle à bas débit de dose sans projecteur de source, avec dosimétrie dans un plan	0 1 Y		367,40	341	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZMP003)					
ZZNL006	Curiethérapie interstitielle superficielle à bas débit de dose sans projecteur de source, avec dosimétrie bidimensionnelle après acquisition des données anatomiques par clichés radiographiques de repérage spatial	0 1 Y		384,10	390	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZMP003)					
ZZNL011	Curiethérapie interstitielle superficielle à débit de dose pulsé, avec dosimétrie dans un plan	0 1 Y		367,40	521	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZMP003)					
ZZNL002	Curiethérapie interstitielle superficielle à débit de dose pulsé, avec dosimétrie bidimensionnelle après acquisition des données anatomiques par clichés radiographiques de repérage spatial	0 1 Y		384,10	570	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZLP025, ZZMP003)					
	17.05.05 Curiethérapie interstitielle profonde					
	<i>Comprend : curiethérapie interstitielle</i>					
	<i>- du canal anal</i>					
	<i>- des paramètres</i>					
	<i>- des voies aérodigestives supérieures</i>					
ZZNL005	Curiethérapie interstitielle profonde à bas débit de dose sans projecteur de source, avec dosimétrie bidimensionnelle après acquisition des données anatomiques par clichés radiographiques de repérage spatial	0 1 Y		384,10	502	1
		0 4 Y	7,A	56,77	255	1
	Coder éventuellement 1 : (ZZMP003) - 4 : (GELE001, YYYY041)					

ZZNL009	Curiethérapie interstitielle profonde à bas débit de dose sans projecteur de source, avec dosimétrie tridimensionnelle après acquisition des données anatomiques par scanographie et/ou remnographie [IRM]	0 1 Y			384,10	664	1	
		0 4 Y	7,A		56,77	313	1	
Coder éventuellement 1 : (ZZMP003) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
ZZNL015	Curiethérapie interstitielle profonde à débit de dose pulsé, avec dosimétrie bidimensionnelle après acquisition des données anatomiques par clichés radiographiques de repérage spatial	0 1 Y			384,10	682	1	
		0 4 Y	7,A		56,77	255	1	
Coder éventuellement 1 : (ZZMP003) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
ZZNL018	Curiethérapie interstitielle profonde à débit de dose pulsé, avec dosimétrie tridimensionnelle après acquisition des données anatomiques par scanographie et/ou remnographie [IRM]	0 1 Y			384,10	844	1	
		0 4 Y	7,A		56,77	313	1	
Coder éventuellement 1 : (ZZMP003) - 4 : (GELE001, YYYY041)								
17.05.06 Techniques spéciales de curiethérapie		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR Ex	
ZZNL012	Curiethérapie interstitielle à bas débit de dose sans projecteur de source après mise en place de vecteur au cours d'une intervention chirurgicale, avec dosimétrie dans un plan	0 1 Y				367,40	427	1
		0 4 Y	7,A			51,14	272	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
ZZNL013	Curiethérapie interstitielle à bas débit de dose sans projecteur de source après mise en place de vecteur au cours d'une intervention chirurgicale, avec dosimétrie bidimensionnelle après acquisition des données anatomiques par clichés radiographiques de repérage spatial	0 1 Y				384,10	476	1
		0 4 Y	7,A			53,43	292	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
ZZNL017	Curiethérapie interstitielle à bas débit de dose sans projecteur de source après mise en place de vecteur au cours d'une intervention chirurgicale, avec dosimétrie tridimensionnelle après acquisition des données anatomiques par scanographie et/ou remnographie [IRM]	0 1 Y				384,10	637	1
		0 4 Y	7,A			53,43	308	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
ZZNL014	Curiethérapie interstitielle à débit de dose pulsé après mise en place de vecteur au cours d'une intervention chirurgicale, avec dosimétrie dans un plan	0 1 Y				367,40	607	1
		0 4 Y	7,A			53,43	272	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
ZZNL004	Curiethérapie interstitielle à débit de dose pulsé après mise en place de vecteur au cours d'une intervention chirurgicale, avec dosimétrie bidimensionnelle après acquisition des données anatomiques par clichés radiographiques de repérage spatial	0 1 Y				384,10	656	1
		0 4 Y	7,A			53,43	292	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
ZZNL003	Curiethérapie interstitielle à débit de dose pulsé après mise en place de vecteur au cours d'une intervention chirurgicale, avec dosimétrie tridimensionnelle après acquisition des données anatomiques par scanographie et/ou remnographie [IRM]	0 1 Y				384,10	817	1
		0 4 Y	7,A			53,43	308	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
BHNLO01	Curiethérapie transclérale du bulbe [globe] oculaire <i>Phase 1 : préparation à une curiethérapie transclérale du bulbe oculaire</i> <i>Phase 2 : implantation sur la sclère d'une source de rayonnement pour curiethérapie du bulbe oculaire</i> <i>Phase 3 : ablation d'une source de rayonnement implantée sur la sclère</i>	1 1				167,00	124	1
		2 1 Y				125,40	210	1
		2 4 Y	7,A			83,60	53	1
		3 1 Y				104,50	180	1
		3 4 Y	7,A			57,60	30	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								
JGNL001	Curiethérapie de la prostate par insertion permanente d'iode 125 <i>Indication : cancer localisé de la prostate avec une concentration sérique de PSA maximale de 15 ng/ml, score de Gleason maximal de 7, tumeur classée stade T2 au maximum (selon les critères de AUA)</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i>	0 1 Y				334,00	761	1
		0 4 Y	7,A			48,00	30	1
Coder éventuellement 4 : (GELE001, YYYY041)								

18 ANESTHÉSIES COMPLÉMENTAIRES ET GESTES COMPLÉMENTAIRES

18.01 GESTES D'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE OU LOCORÉGIONALE, COMPLÉMENTAIRE D'UN ACTE DIAGNOSTIQUE OU THÉRAPEUTIQUE ; ANESTHÉSIE RACHIDIENNE POUR ACCOUCHEMENT

Par anesthésie complémentaire, on entend : geste d'anesthésie générale ou locorégionale, réalisé dans certaines circonstances, au cours d'acte effectué habituellement sans anesthésie générale ou locorégionale

ZZLP025	Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 1 À l'exclusion de : anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse (AFLB010) Facturation : doit être facturé lors de la réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale pour un acte diagnostique ou thérapeutique qui, dans la classification, ne comporte ni tarif propre à l'anesthésie ni indication d'un autre code d'anesthésie complémentaire au-dessous du libellé de l'acte	0 1			0,00	0 1
		0 4	7,8,A,F,P,R,S,U		48,00	20 1
ZZLP030	Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 2 À l'exclusion de : anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse (AFLB010) Facturation : doit être facturé lors de la réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale pour un acte diagnostique ou thérapeutique qui, dans la classification, ne comporte pas de tarif propre à l'anesthésie, mais comporte ce code au-dessous du libellé de l'acte	0 1			0,00	0 1
		0 4	7,A,F,P,R,S,U		57,60	24 1
ZZLP054	Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 3 À l'exclusion de : anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse (AFLB010) Facturation : doit être facturé lors de la réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale pour un acte diagnostique ou thérapeutique qui, dans la classification, ne comporte pas de tarif propre à l'anesthésie, mais comporte ce code au-dessous du libellé de l'acte	0 1			0,00	0 1
		0 4	7,A,F,P,S,U		72,00	35 1
ZZLP042	Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 4 À l'exclusion de : anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse (AFLB010) Facturation : doit être facturé lors de la réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale pour un acte diagnostique ou thérapeutique qui, dans la classification, ne comporte pas de tarif propre à l'anesthésie, mais comporte ce code au-dessous du libellé de l'acte	0 1			0,00	0 1
		0 4	7,A,F,P,S,U		83,60	40 1
ZZLP008	Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 5 À l'exclusion de : anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse (AFLB010) Facturation : doit être facturé lors de la réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale pour un acte diagnostique ou thérapeutique qui, dans la classification, ne comporte pas de tarif propre à l'anesthésie, mais comporte ce code au-dessous du libellé de l'acte	0 1			0,00	0 1
		0 4	7,A,F,P,S,U		94,05	45 1
ZZLP012	Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 6 À l'exclusion de : anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse (AFLB010) Facturation : doit être facturé lors de la réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale pour un acte diagnostique ou thérapeutique qui, dans la classification, ne comporte pas de tarif propre à l'anesthésie, mais comporte ce code au-dessous du libellé de l'acte	0 1			0,00	0 1
		0 4	7,A,F,P,S,U		141,08	67 1
AFLB010	Anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse Facturation : - ne peut pas être facturée avec anesthésie pour accouchement par césarienne du sous-paragraphe 09.03.03.02 ; ne peut être facturée avec anesthésie locorégionale complémentaire niveau 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 - ne peut pas être facturée avec les actes relatifs au traitement de la douleur inscrits au chapitre 1 de la liste des actes et des prestations	0 1	F,P,S,U		0,00	82 1
		0 4	7,A,F,P,S,U		209,00	82 1

18.02 GESTES COMPLÉMENTAIRES

18.02.01 Gestes complémentaires sur le système nerveux

18.02.01.01 Surveillances électroencéphalographique et électrocorticographique peropératoires

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AAQP004	Surveillance électroencéphalographique peropératoire sur au moins 8 dérivations, pendant moins de 4 heures Avec ou sans : pose d'électrode sphénoïdale Facturation : médecin différent de celui qui réalise l'anesthésie	0	1		0,00	163	2
AAQP008	Surveillance électroencéphalographique peropératoire sur au moins 8 dérivations, pendant 4 heures ou plus Avec ou sans : pose d'électrode sphénoïdale Facturation : médecin différent de celui qui réalise l'anesthésie	0	1		0,00	315	2
AAQP005	Surveillance électrocorticographique peropératoire de l'activité encéphalique spontanée et/ou provoquée	0	1		0,00	124	1
				0	4	A	0,00

18.02.01.02 Potentiels évoqués peropératoires

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AGQP006	Surveillance peropératoire des potentiels évoqués moteurs, sensoriels ou somesthésiques, pendant moins de 2 heures	0	1		0,00	40	1
				0	4	A	0,00
AGQP005	Surveillance peropératoire des potentiels évoqués moteurs, sensoriels ou somesthésiques pendant 2 à 4 heures	0	1		0,00	120	1
				0	4	A	0,00
AGQP004	Surveillance peropératoire des potentiels évoqués moteurs, sensoriels ou somesthésiques, pendant plus de 4 heures	0	1		0,00	200	1
				0	4	A	0,00

18.02.01.03 Autres gestes complémentaires sur le système nerveux

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AGQC001	Endoscopie intradurale peropératoire	0	1		0,00	20	1
				0	4	A	0,00
ACQP002	Repérage de structure nerveuse et/ou osseuse et guidage peropératoires assistés par ordinateur [Navigation] Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : spécifique Recueil prospectif de données : nécessaire	0	1	J,K,T,X	203,04	41	1
				0	4	A	0,00
AHFA009	Prélèvement peropératoire d'autogreffe nerveuse sur un membre différent du membre opéré	0	1		0,00	43	1
				0	4	A	0,00
AGMA001	Réparation de perte de substance dure de plus de 10 cm² par greffe ou substitut, au cours d'une intervention intracrânienne ou intrarachidienne	0	1		0,00	22	1
				0	4	A	0,00
ZZLB004	Sédation et curarisation continues avec surveillance de la curarisation par stimulateur de nerf spinal, par 24 heures	0	1		0,00	50	1

18.02.02 Gestes complémentaires sur l'oeil et ses annexes

Ph A Cl modificateur Tarif ICR Ex

BFLA002	Insertion d'un anneau de contention intrasacculaire, au cours d'une extraction du cristallin	0 1			0,00	6 1
		0 4	A		0,00	6 1
BFLA900	Insertion d'un deuxième système optique intraoculaire, au cours d'une extraction du cristallin	0 1			0,00	100 1
		0 4	A		0,00	30 1
BGFA008	Vitrectomie mécanique complémentaire, par abord antérieur	0 1			0,00	17 1
		0 4	A		0,00	16 1
BGBA002	Tamponnement intraoculaire provisoire par utilisation peropératoire de perfluorocarbène	0 1			0,00	21 1
		0 4	A		0,00	20 1

18.02.03 Gestes complémentaires sur l'oreille

Ce sous-chapitre est vide dans cette version de la CCAM.

18.02.04 Gestes complémentaires sur l'appareil circulatoire

18.02.04.01 Échographie peropératoire du coeur et des vaisseaux intrathoraciques

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
DDQJ001	Échographie et/ou échographie-doppler intraartérielle coronaire, au cours d'un acte par voie vasculaire transcutanée	0 1			0,00	17 2	
	<i>Indication : aide au diagnostic et au traitement en cas de coronarographie d'interprétation difficile</i>						
	<i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>						
	<i>Environnement : spécifique</i>						
	<i>Recueil prospectif de données : nécessaire</i>						
EDQJ900	Échographie et/ou échographie-doppler intraartérielle aortique ou rénale, au cours d'un acte par voie vasculaire transcutanée	0 1			0,00	20 2	
DZQM003	Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au cours d'un acte thérapeutique intracavitaire cardiaque par voie vasculaire transcutanée	0 1			0,00	51 2	
	<i>Indication : valvuloplastie mitrale percutanée</i>						
DZQJ012	Échographie-doppler du coeur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, au cours d'un acte thérapeutique intracavitaire cardiaque par voie vasculaire transcutanée	0 1			0,00	64 2	
	<i>Avec ou sans : échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques</i>						
DZQJ002	Échographie-doppler peropératoire du coeur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, pour contrôle de la correction chirurgicale d'une cardiopathie congénitale ou d'une valvulopathie [valvulopathie]	0 1			122,85	73 2	
	<i>Facturation: médecin différent de celui qui réalise l'anesthésie</i>						
DZQJ007	Échographie-doppler peropératoire du coeur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, pour surveillance de défaillance cardiocirculatoire à l'issue d'une CEC	0 1			122,85	60 2	
	<i>Facturation: médecin différent de celui qui réalise l'anesthésie</i>						
DAQM900	Vidéodensitométrie pour analyse tissulaire du myocarde, au cours d'une échographie du coeur et des vaisseaux intrathoraciques	0 1			0,00	20 2	
DAQM901	Échographie harmonique avec injection intraveineuse transcutanée d'un produit de contraste ultrasonore pour étude de la perfusion du myocarde, au cours d'une échographie du coeur et des vaisseaux intrathoraciques	0 1			0,00	80 2	
DZQJ900	Restitution tridimensionnelle informatisée des structures cardiaques et des flux, au cours d'une échographie du coeur et des vaisseaux intrathoraciques	0 1			0,00	40 2	
EZQJ900	Restitution tridimensionnelle informatisée, au cours d'une échographie-doppler des vaisseaux périphériques	0 1			0,00	20 2	

18.02.04.02 Autres gestes complémentaires diagnostiques sur l'appareil circulatoire

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EZQH004	Angiographie peropératoire	0 1		Z	0,00	50 2	
	<i>Facturation : amplificateur de brillance numérisée avec soustraction</i>						
DEQP008	Restitution tridimensionnelle informatisée de l'activité électrophysiologique cardiaque [Cartographie cardiaque tridimensionnelle], au cours d'une intervention sur le système cardionecteur	0 1			0,00	50 2	
	<i>Environnement : spécifique</i>						
DDRH001	Épreuve pharmacodynamique de provocation de spasme coronaire, au cours d'une artériographie coronaire	0 1			0,00	7 1	
	<i>Indication : suspicion d'angor de Prinzmetal sans preuve électrocardiographique ou survenue de douleurs angineuses au repos chez des patients avec des artères coronaires normales sur l'artériographie coronaire et pour lesquels le traitement médical a été inefficace</i>						
	<i>Environnement : spécifique</i>						
DDQF202	Mesure du flux de réserve coronaire [FFR] au cours d'une artériographie coronaire	0 1			148,00	0 1	
	<i>Indications : en situation de coronaropathie stable, en cas de lésions pluri tronculaires ou en cas de lésion monotrunculaire avec une sténose intermédiaire lorsque les tests d'ischémie myocardiques préalables n'ont pas été contributifs ou été contre indiqués selon avis de la HAS du 8 avril 2015.</i>						

18.02.04.03 Prélèvement peropératoire d'autogreffe vasculaire

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EPFA006	Prélèvement peropératoire d'autogreffe veineuse pour pontage vasculaire	0 1			0,00	91 1	
	<i>À l'exclusion de : prélèvement d'autogreffe veineuse pour revascularisation coronaire</i>						
	<i>Prélèvement peropératoire d'autogreffe veineuse pour pontage artériel des membres</i>						
	<i>Prélèvement peropératoire d'autogreffe veineuse pour anastomose portocave</i>						
ENFA003	Prélèvement peropératoire d'autogreffe artérielle pour pontage vasculaire	0 1			0,00	56 1	
	0 4		A		0,00	41 1	

18.02.04.04 Assistance circulatoire peropératoire

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
EQCF002	Prolongation ou reprise d'assistance circulatoire par circulation extracorporelle au bloc opératoire à la fin d'une intervention cardiovasculaire, pendant plus d'une demi-heure	0 1			0,00	86 1	
	0 4		A		0,00	50 1	
DGLA001	Pose d'un dispositif de contrepression diastolique intraaortique, au cours d'une intervention par thoracotomie avec CEC	0 1			0,00	26 1	
	0 4		A		0,00	25 1	
FELF001	Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume supérieur à une demimasse sanguine, au cours d'une intervention sous anesthésie générale ou locorégionale	0 1			0,00	0 1	
	0 4		A		0,00	30 1	

DELA002	Pose peropératoire d'électrode épicaudique sans pose de générateur <i>Indication : indication probable d'une stimulation ultérieure avec impossibilité ou contre indication d'une stimulation par voie veineuse.</i> <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i>	0 1				0,00	26	1	
		0 4		A		0,00	19	1	
AALF002	Perfusion peropératoire de protection du parenchyme encéphalique, au cours d'une intervention avec CEC <i>Avec ou sans : arrêt circulatoire</i>	0 1				0,00	20	1	
		0 5				0,00	0	1	
18.02.04.05 Rétablissement peropératoire de la circulation									
EAMA002	Réparation de plaie d'un sinus veineux de la dure-mère par suture ou angioplastie [patch], au cours d'une intervention intracrânienne	0 1	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 4				A	0,00	35	1
EAMA001	Reconstruction d'un sinus veineux de la dure-mère ou d'une artère intracrânienne par autogreffe, au cours d'une intervention intracrânienne	0 1					0,00	72	1
		0 4				A	0,00	53	1
EDEA002	Réimplantation ou pontage de l'artère mésentérique inférieure, au cours d'une intervention sur l'aorte	0 1				J,K,T	261,25	49	1
		0 4				A	114,95	36	1
EDEA003	Réimplantation ou pontage de l'artère iliaque interne, au cours d'une intervention sur l'aorte	0 1				J,K,T	261,25	53	1
		0 4				A	114,95	39	1
EDAA003	Dilatation intraluminale de l'artère iliaque et/ou de l'artère fémorale, au cours d'une intervention restauratrice de l'aorte, de l'artère iliaque ou de l'artère fémorale	0 1				J,K,T	156,75	30	1
		0 4				A	47,03	15	1
EMMA001	Création d'une fistule artérioveineuse pour augmentation locale du débit, au cours d'un pontage artériel des membres inférieurs	0 1				J,K,O,T,X	131,87	49	1
		0 4				A	28,80	36	1
EPCA003	Suture complémentaire d'une veine de drainage sur un lambeau pédiculé	0 1					0,00	54	1
		0 4				A	0,00	40	1
EZCA005	Pontage artériel ou veineux, au cours d'une réparation par lambeau libre	0 1					0,00	122	1
		0 4				A	0,00	90	1
EZCA001	Pontages artériel et veineux, au cours d'une réparation par lambeau libre	0 1					0,00	163	1
		0 4				A	0,00	120	1
18.02.04.06 Occlusion et résection peropératoires de vaisseau									
ELCA002	Exclusion vasculaire totale, au cours d'une hépatectomie	0 1	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 4				A	0,00	58	1
EZSF001	Occlusion définitive peropératoire d'un tronc vasculaire par ballonnet ou embolisation	0 1					0,00	39	1
		0 4				A	0,00	38	1
ELFA001	Résection du tronc de la veine porte, des vaisseaux mésentériques supérieurs et/ou de l'artère hépatique avec rétablissement de la continuité vasculaire, au cours d'une exérèse du foie ou du pancréas	0 1					0,00	133	1
		0 4				A	0,00	98	1
18.02.04.07 Autres gestes complémentaires thérapeutiques sur l'appareil circulatoire									
EZNF900	Irradiation intravasculaire, au décours d'une dilatation de vaisseau par voie vasculaire transcutanée	0 1	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1		Y			0,00	50	2
DZSA900	Suppression d'une anastomose palliative au cours d'une correction chirurgicale secondaire de cardiopathie congénitale, avec CEC	0 1					0,00	20	1
		0 4				A	0,00	10	1
18.02.05 Gestes complémentaires sur les systèmes immunitaire et hématopoïétique									
FCFA017	Curage lymphonodal du hile du poumon et du médiastin, au cours d'une intervention pleuropulmonaire	0 1	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 4				A	0,00	46	1
18.02.06 Gestes complémentaires sur l'appareil respiratoire									
18.02.06.01 Gestes complémentaires au cours d'exploration fonctionnelle respiratoire									
GERD001	Épreuve pharmacodynamique par agent bronchodilatateur, au cours d'une épreuve fonctionnelle respiratoire	0 1	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1					0,00	9	2
GERD002	Épreuve de provocation par agent bronchoconstricteur ou facteur physique, au cours d'une épreuve fonctionnelle respiratoire <i>Environnement : spécifique</i>	0 1					0,00	17	2
GLQD003	Mesure des volumes pulmonaires non mobilisables par dilution ou rinçage d'un gaz indicateur, au cours d'une épreuve fonctionnelle respiratoire	0 1					0,00	8	2
GLQD001	Mesure de la capacité de transfert pulmonaire du monoxyde de carbone [TLCO] ou d'un autre gaz en apnée ou en état stable, au cours d'une épreuve fonctionnelle respiratoire	0 1					0,00	11	2
18.02.06.02 Lambeau intrathoracique au cours d'une intervention intrathoracique									
GGBA001	Interposition ou apposition de lambeau pleural ou péricardique, au cours d'une intervention intrathoracique	0 1	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 4				A	0,00	38	1
LMBA001	Interposition ou apposition d'un lambeau de muscle thoracique ou abdominal sur un organe médiastinal, au cours d'une intervention intrathoracique <i>À l'exclusion de : interposition ou apposition de lambeau diaphragmatique ou intercostal, au cours d'une intervention intrathoracique (LLBA002)</i>	0 1					0,00	102	1
		0 4				A	0,00	8	1
LLBA002	Interposition ou apposition de lambeau diaphragmatique ou intercostal, au cours d'une intervention intrathoracique	0 1					0,00	54	1
		0 4				A	0,00	40	1
HPBA002	Interposition ou apposition de grand omentum [grand épiploon], au cours d'une intervention intrathoracique	0 1					0,00	122	1
		0 4				A	0,00	90	1
18.02.06.03 Autres gestes complémentaires sur l'appareil respiratoire									
GEHE001	Biopsie trachéale et/ou bronchique, au cours d'une endoscopie diagnostique des voies aériennes	0 1	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0 1					0,00	3	2
GELE001	Intubation trachéale par fibroscopie ou dispositif laryngé particulier, au cours d'une anesthésie générale	0 1					0,00	0	1
		0 4				A	0,00	0	1
HEMA010	Création d'une fistule oesotrachéale avec pose d'implant phonatoire, au cours d'une pharyngolaryngectomie	0 1					0,00	20	1
		0 4				A	0,00	8	1
GLLD005	Administration de monoxyde d'azote [NO] inhalé, chez un patient ventilé	0 1					0,00	15	2
18.02.07 Gestes complémentaires sur l'appareil digestif									
18.02.07.01 Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif									

Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique :

- d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
- des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires

HBQK040	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique	0 1		E,F,U	11,97	27 2
	<i>Facturation : forfaitaire quel que soit le nombre de clichés réalisés et de séances</i>					
HBQK303	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique	0 1		E,F,U	15,96	36 2
	<i>Facturation : forfaitaire quel que soit le nombre de clichés réalisés et de séances</i>					
HBQK061	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües finale pour acte thérapeutique endodontique ou perinterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique	0 1		E,F,U	3,99	18 2
	<i>Non associable à HBQK040 et HBQK303</i>					
	<i>Facturation : quel que soit le nombre de clichés réalisés</i>					
HMQH008	Cholangiographie et/ou pancréaticographie [wirsungographie] peropératoire	0 1		Z	0,00	20 2
		0 4		7,A	0,00	19 2
18.02.07.02 Endoscopie peropératoire de l'appareil digestif						
HEQE004	Endoscopie oeso-gastro-duodénale peropératoire	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
		0 1			0,00	71 1
		0 4		A	0,00	36 1
HGQE004	Entéroskopie jéjunale et/ou iléale peropératoire	0 1			0,00	107 1
		0 4		A	0,00	60 1
HHQE001	Coloscopie peropératoire	0 1			0,00	89 1
		0 4		A	0,00	48 1
HMQA001	Endoscopie peropératoire des voies biliaires, par abord transcystique ou par cholédochotomie	0 1		J,K,T,X	116,38	29 1
	<i>Cholédochofibroscopie peropératoire</i>	0 4		A	19,20	25 1
	<i>Cholédochoscopie peropératoire</i>					
18.02.07.03 Prélèvement au cours d'une endoscopie du tube digestif						
HZHE002	Biopsie et/ou brossage cytologique de la paroi du tube digestif ou de conduit biliopancréatique, au cours d'une endoscopie diagnostique	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
		0 1			17,60	5 1
	<i>Facturation : la facturation est limitée aux biopsies effectuées dans le cadre de la surveillance des MICI [maladies inflammatoires chroniques de l'intestin] répondant aux critères médicaux d'une ALD ; facturation pour une surveillance correspondant aux recommandations de l'ECCO [European Crohn's and Colitis Organisation], 4 biopsies minimum tous les 10 cm sur la totalité du côlon sans coloration de repérage, 5 biopsies minimum ciblées avec coloration de repérage (optique ou électronique).</i>					
HZHE005	Macrobiopsie de la paroi du tube digestif, au cours d'une endoscopie diagnostique	0 1			0,00	10 1
HZHE004	Coloration et/ou tatouage de la paroi du tube digestif, au cours d'une endoscopie diagnostique	0 1			0,00	10 1
HZHE001	Prélèvement pour analyse biologique, au cours d'une endoscopie diagnostique des voies digestives	0 1			0,00	5 1
18.02.07.04 Exploration peropératoire de la cavité abdominale						
ZCQA002	Exploration de la cavité abdominale par phrénotomie, au cours d'une intervention par thoracotomie	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
		0 1			0,00	20 1
		0 4		A	0,00	10 1
ZCFA001	Exérèse de lésion d'un organe infradiaphragmatique par phrénotomie, au cours de l'exérèse de lésion intrathoracique par thoracotomie	0 1			0,00	45 1
		0 4		A	0,00	33 1
18.02.07.05 Gestes complémentaires sur les dents et les arcades dentaires						
HBDD008	Contention peropératoire des arcades dentaires par arc vestibulaire continu	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
		0 1			0,00	56 1
		0 4		A	0,00	52 1
HBDD007	Contention peropératoire des arcades dentaires par moyen autre qu'un arc vestibulaire continu	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
	<i>Pose peropératoire de ligature d'Ivy, de ligature péridentaire, de grille, de collage sur les arcades dentaires</i>	0 1			0,00	26 1
		0 4		A	0,00	25 1
HBDD014	Contention peropératoire des arcades dentaires par un arc vestibulaire continu sur l'une, par autre moyen sur l'autre	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
		0 1			0,00	38 1
		0 4		A	0,00	38 1
HBMD006	Reconstitution coronaire provisoire pour acte endodontique sur dent délabrée	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
	<i>À l'exclusion de : pansement provisoire en cours de traitement endodontique</i>	0 1			0,00	70 1
18.02.07.06 Soins prothétiques - Gestes complémentaires en prothèse plurale fixée						
HBMD490	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément métallique intermédiaire de bridge]	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
		0 1			0,10	11 5
HBMD342	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale [3e élément métallique intermédiaire de bridge]	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
		0 1			0,10	11 5
HBMD082	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire métallique supplémentaire, au-delà du 3e	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
		0 1			10,75	11 5
HBMD479	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
		0 1			0,10	15 5
HBMD433	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [3e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
		0 1			0,10	15 5
HBMD072	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux supplémentaire, au-delà du 3e	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
		0 1			10,75	15 5
HBMD081	Adjonction d'un pilier d'ancrage métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
	<i>Facturation : quand la dent pilier ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation ; la ou les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement sont conservées dans le dossier du patient</i>	0 1			107,50	31 5
HBMD087	Adjonction d'un pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
	<i>Facturation : quand la dent pilier ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation ; la ou les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement sont conservées dans le dossier du patient</i>	0 1			107,50	34 5
HBMD062	Adjonction de 4 éléments intermédiaires métalliques à une prothèse dentaire plurale	Ph A Cl		modificateur	Tarif	ICR Ex
		0 1			0,00	44 2

HBMD776	Adjonction d'un élément en extension métallique, autre qu'une canine, à une prothèse plurale fixée [bridge] comportant au moins 2 piliers d'ancrage et 1 élément intermédiaire	0	1						11	5
<i>Conditions de réalisation : la largeur de l'extension ne doit pas dépasser celle d'une prémolaire</i>										
HBMD063	Adjonction de 2 piliers d'ancrage céramométalliques à une prothèse dentaire plurale	0	1				0,00		59	2
HBMD689	Adjonction d'1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux, autre qu'une canine, à une prothèse plurale fixée [bridge] comportant au moins 2 piliers d'ancrage et 1 élément intermédiaire	0	1						15	5
<i>Conditions de réalisation : la largeur de l'extension ne doit pas dépasser celle d'une prémolaire</i>										
HBMD064	Adjonction de 5 piliers d'ancrage céramométalliques à une prothèse dentaire plurale	0	1				0,00		168	2
HBMD065	Adjonction de 4 piliers d'ancrage métalliques à une prothèse dentaire plurale	0	1				0,00		123	2
HBMD066	Adjonction de 2 piliers d'ancrage métalliques à une prothèse dentaire plurale	0	1				0,00		61	2
HBMD067	Adjonction de 3 piliers d'ancrage métalliques à une prothèse dentaire plurale	0	1				0,00		92	2
HBMD068	Adjonction de 5 éléments intermédiaires céramométalliques à une prothèse dentaire plurale	0	1				0,00		74	2
HBMD069	Adjonction de 6 piliers d'ancrage céramométalliques à une prothèse dentaire plurale	0	1				0,00		202	2
HBMD070	Adjonction de 3 éléments intermédiaires céramométalliques à une prothèse dentaire plurale	0	1				0,00		45	2
HBMD071	Adjonction de 4 éléments intermédiaires céramométalliques à une prothèse dentaire plurale	0	1				0,00		59	2
HBMD073	Adjonction de 2 éléments intermédiaires métalliques à une prothèse dentaire plurale	0	1				0,00		22	2
HBMD074	Adjonction de 2 éléments intermédiaires céramométalliques à une prothèse dentaire plurale	0	1				0,00		30	2
HBMD075	Adjonction de 6 piliers d'ancrage métalliques à une prothèse dentaire plurale	0	1				0,00		184	2
HBMD077	Adjonction de 4 piliers d'ancrage céramométalliques à une prothèse dentaire plurale	0	1				0,00		135	2
HBMD078	Adjonction de 5 éléments intermédiaires métalliques à une prothèse dentaire plurale	0	1				0,00		54	2
HBMD080	Adjonction de 6 éléments intermédiaires céramométalliques à une prothèse dentaire plurale	0	1				0,00		89	2
HBMD083	Adjonction de 3 piliers d'ancrage céramométalliques à une prothèse dentaire plurale	0	1				0,00		101	2
HBMD084	Adjonction de 3 éléments intermédiaires métalliques à une prothèse dentaire plurale	0	1				0,00		33	2
HBMD085	Adjonction de 5 piliers d'ancrage métalliques à une prothèse dentaire plurale	0	1				0,00		153	2
HBMD086	Adjonction de 6 éléments intermédiaires métalliques à une prothèse dentaire plurale	0	1				0,00		65	2
18.02.07.07 Autres gestes complémentaires sur l'appareil digestif										
HCNE083	Fragmentation intracanalair de calcul des glandes salivaires au cours d'une sialendoscopie	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex	
		0	1			J,K,T			41	1
		0	4			A			10	1
HGCA004	Entérostomie ou colostomie cutanée de protection, au cours d'une résection intestinale avec rétablissement de la continuité	0	1				0,00		41	1
		0	4			A	0,00		30	1
HGMA003	Confection d'un réservoir iléal ou colique, au cours d'une anastomose iléoanale ou coloanale	0	1			9,J,K,T,X	191,43		71	1
		0	4			A	92,78		52	1
HPMA001	Épiploplastie intraabdominale par libération de la grande courbure gastrique avec pédiculisation sur un pédicule gastroépiploïque, au cours d'une intervention par laparotomie	0	1				0,00		49	1
		0	4			A	0,00		36	1
HMJE001	Drainage de conduit biliaire ou pancréatique par voie nasale, au cours d'une endoscopie ½so-gastro-duodénale	0	1				0,00		13	1
HMJA001	Drainage transpariétal de conduit biliaire [Drainage biliaire externe], au cours d'une intervention intraabdominale	0	1				0,00		10	1
		0	4			A	0,00		5	1
18.02.08 Gestes complémentaires sur l'appareil urinaire et génital										
HHFA032	Kystectomie ovarienne, par abord vaginal au cours d'une intervention par abord vaginal	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex	
		0	1			J,K,T	31,35		109	1
		0	4				24,00		35	1
<i>Indication : kyste d'allure bénigne</i>										
18.02.09 Gestes complémentaires liés à la grossesse et à l'accouchement										
JNQD001	Monitoring électronique des contractions de l'utérus gravide et/ou du rythme cardiaque du fœtus, par voie utérine	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex	
		0	1				0,00		8	2
<i>Avec ou sans : monitoring transcutané</i>										
JQQP900	Oxymétrie transcutanée du fœtus sur la présentation [Oxymétrie de pouls foetal]	0	1				0,00		19	2
JQHB001	Prélèvement de sang du fœtus sur la présentation	0	1				0,00		18	1
JMPA006	Épisiotomie	0	1				0,00		17	1
<i>Réalisation et réparation d'épisiotomie</i>										
JQED001	Version du fœtus par manoeuvres obstétricales internes	0	1				0,00		12	1
<i>Indication : naissance assistée d'un fœtus dans une grossesse multiple après naissance par voie basse du premier enfant. Il peut permettre l'accouchement par voie basse d'un fœtus unique mort in utero</i>										
<i>Environnement : salle d'opération proche et disponible de façon à pouvoir réaliser une césarienne dans les meilleurs délais</i>										
JQED002	Réduction d'une dystocie sévère des épaules	0	1				0,00		10	1
<i>Manoeuvre de Jacquemier</i>										
JQGD009	Extraction instrumentale au détroit moyen sur présentation céphalique	0	1				0,00		16	1
<i>Application de forceps, spatules, ventouses obstétricales au détroit moyen</i>										
<i>Environnement : salle d'opération proche et disponible de façon à pouvoir réaliser une césarienne dans les meilleurs délais</i>										
JQGD006	Extraction instrumentale au détroit inférieur sur présentation céphalique	0	1				0,00		13	1
<i>Application de forceps, spatules, ventouses obstétricales au détroit inférieur</i>										
JQGD011	Extraction instrumentale sur tête dernière, au cours d'un accouchement par le siège	0	1				0,00		11	1
JPGD001	Extraction manuelle du placenta complet	0	1				0,00		13	1
<i>Délivrance artificielle avec révision utérine</i>										
JNMD002	Révision de la cavité de l'utérus après délivrance naturelle	0	1				0,00		10	1
18.02.10 Gestes complémentaires sur les glandes endocrines										
<i>Ce souschapitre est vide dans cette version de la CCAM.</i>										
18.02.11 Gestes complémentaires sur l'appareil ostéoarticulaire et musculaire de la tête										
LBLP001	Pose d'un guide positionnel, au cours d'une ostéotomie de la mâchoire	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex	
		0	1				0,00		10	1
		0	4			A	0,00		5	1
18.02.12 Gestes complémentaires sur l'appareil ostéoarticulaire et musculaire du cou et du tronc										
LGDA001	Fixation sacrale ou sacro-iliaque par abord postérieur, au cours d'une arthrodèse lombale sur 6 vertèbres ou plus	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif	ICR	Ex	
		0	1				0,00		41	1
		0	4			A	0,00		30	1

LHDA003	Ligamentoplastie interépineuse de la colonne vertébrale, par abord postérieur	0 1			0,00	80 1
	<i>Indication : hernie discale récidivante</i>	0 4		A	0,00	25 1

18.02.13 Gestes complémentaires sur l'appareil ostéoarticulaire et musculaire du membre supérieur

Ce souschapitre est vide dans cette version de la CCAM.

18.02.14 Gestes complémentaires sur l'appareil ostéoarticulaire et musculaire du membre inférieur

Ce souschapitre est vide dans cette version de la CCAM.

18.02.15 Gestes complémentaires sur l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
LFAFA008	Prélèvement d'autogreffe osseuse par dédoublement de la voûte du crâne	0 1				0,00	33 1	
		0 4			A	0,00	24 1	
PAFA010	Prélèvement d'autogreffe osseuse corticale ou corticospongieuse, ou d'autogreffe périostée à distance du foyer opératoire, sur un site sans changement de position	0 1				0,00	42 1	
		0 4			7,A	0,00	31 1	
PAFA004	Prélèvement d'autogreffe osseuse corticale ou corticospongieuse à distance du foyer opératoire, sur un site avec changement de position	0 1				0,00	82 1	
		0 4			7,A	0,00	60 1	
PAFA003	Prélèvement d'autogreffe osseuse corticale ou corticospongieuse à distance du foyer opératoire, sur plusieurs sites sans changement de position	0 1				0,00	82 1	
		0 4			A	0,00	60 1	
PAFA009	Prélèvement d'autogreffe osseuse corticale ou corticospongieuse à distance du foyer opératoire, sur plusieurs sites avec changement de position	0 1				0,00	122 1	
		0 4			A	0,00	90 1	

18.02.16 Gestes complémentaires sur le système tégumentaire

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
QAFA001	Prélèvement d'autogreffe cutanée sur le cuir chevelu, pour brûlure	0 1				0,00	33 1	
		0 4			A	0,00	24 1	

18.02.17 Autres gestes complémentaires

18.02.17.01 Autres gestes complémentaires diagnostiques

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ZZQA002	Échographie peropératoire	0 1				28,35	32 1	
	<i>À l'exclusion de : échographie intraartérielle coronaire, au cours d'une intervention par voie vasculaire transcutanée (DDQJ001) aortique ou rénale, au cours d'une intervention par voie vasculaire transcutanée (EDQJ900)</i>	0 4			A	24,00	25 1	
ZZQA003	Échographie-doppler peropératoire	0 1				0,00	60 1	
	<i>À l'exclusion de : échographie-doppler peropératoire du coeur et des vaisseaux intrathoraciques (cf 18.01.04.01)</i>	0 4			A	0,00	58 1	
ZZQM005	Étude de la vascularisation du parenchyme d'un organe au cours d'une échographie	0 1				0,00	6 2	
ZZQL010	Détection peropératoire de lésion après injection de produit radio-isotopique	0 1			G	44,22	67 1	
	<i>Recherche peropératoire de ganglion sentinelle</i>	0 4			A	48,00	65 1	
ZZQL007	Tomoscintigraphie complémentaire d'une image planaire	0 1			G	132,64	14 2	
ZZQL019	Images planaires scintigraphiques tardives sans réinjection, complémentaires d'un examen standard	0 1			G	88,43	20 2	
ZZQL018	Images tomoscintigraphiques tardives sans réinjection, complémentaires d'un examen standard	0 1			G	132,64	20 2	
ZZQL017	Quantification complexe d'une étude scintigraphique en dehors de l'examen de la glande thyroïde ou de la scintigraphie rénale corticale	0 1			G	26,53	20 2	
ZZQL900	Mise en oeuvre d'une correction d'atténuation par transmission tomoscintigraphique	0 1				0,00	28 2	
ZZQP004	Restitution tridimensionnelle des images acquises par scanographie	0 1				0,00	20 2	
ZZQN002	Restitution tridimensionnelle des images acquises par remnographie [IRM]	0 1				0,00	21 2	
ZZHA001	Prélèvement peropératoire pour examen cytologique et/ou anatomopathologique extemporané	0 1				0,00	0 1	
		0 4			A	0,00	0 1	
ZZQL021	Fusion numérique multimodale des images acquises par techniques d'imagerie en coupes ou imagerie fonctionnelle	0 1				0,00	31 2	

18.02.17.02 Autres gestes complémentaires thérapeutiques

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
ZZMP015	Confection d'un système de contention personnalisé [individualisé] pour radiothérapie externe	0 1				50,10	0 1	
	<i>Facturation : par chaque préparation justifiant leur utilisation</i>							
ZZML001	Contrôle du centrage des champs d'irradiation externe [Contrôle balistique] par imagerie portale	0 1				0,00	0 1	
ZZML003	Contrôle du centrage des champs d'irradiation externe [Contrôle balistique] au cours d'une irradiation externe guidée par imagerie [IGRT]	0 1				0,00	0 1	
ZZML002	Contrôle de la dose d'irradiation externe reçue [Dosimétrie in vivo]	0 1				33,40	0 1	
	<i>Facturation : lors de la première séance ainsi qu'à chaque modification de traitement</i>							
ZZMP017	Enregistrement numérisé et vérification des paramètres d'un traitement par irradiation externe [Système record and verify]	0 1				50,10	0 1	
	<i>Facturation : une seule fois par traitement</i>							
ZZMP004	Fabrication d'un applicateur personnalisé pour curiethérapie	0 1				0,00	25 2	
ZZMP003	Fabrication de protection plombée personnalisée pour curiethérapie	0 1				0,00	17 2	
ZZNA002	Irradiation externe peropératoire en dose unique	0 1				0,00	133 1	
	<i>Indication : récurrence pelvienne du cancer du rectum, tumeur pelvienne primitive, tumeur rétropéritonéale</i>	0 4			A	0,00	98 1	

18.02.17.03 Autres gestes complémentaires d'anesthésie

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
AHQJ021	Guidage échographique pour anesthésie locorégionale périphérique du cou, du sein, de la paroi thoracique, de la paroi abdominale ou de membre, ou pour anesthésie rachidienne des patients dont l'indice de masse corporelle est supérieur ou égal à 30 kg/m²	0 1				0,00	0 1	
	<i>Par anesthésie rachidienne on entend : - rachianesthésie, - anesthésie péridurale</i>	0 4				28,44	30 1	
	<i>Facturation : ne peut pas être facturé pour : - les anesthésies rachidiennes des patients dont l'indice de masse corporelle est inférieur à 30 kg/m², - les actes de prise en charge de la douleur chronique, - les actes de pose de cathéter veineux</i>							

19 ADAPTATIONS POUR LA CCAM TRANSITOIRE

19.01 FORFAITS ET ACTES TRANSITOIRES

19.01.01 Surveillance post opératoire

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
YYYY108 Surveillance post opératoire d'un patient de chirurgie cardiaque avec CEC, niveau 1 <i>Réanimation, comprend tous les actes de surveillance et de réanimation, notamment la surveillance continue des fonctions vitales, la mesure des gaz du sang et les tracés d'électrocardiographie nécessités par l'état du malade</i> <i>Facturation : pour l'équipe ; du jour de l'intervention [J0] à J3 inclus</i>	0	1		F	480,00	0	1
YYYY118 Surveillance post opératoire d'un patient de chirurgie cardiaque avec CEC, niveau 2 <i>Réanimation, comprend tous les actes de surveillance et de réanimation, notamment la surveillance continue des fonctions vitales, la mesure des gaz du sang et les tracés d'électrocardiographie nécessités par l'état du malade pour un patient présentant une ou plusieurs défaillances vitales prolongées</i> <i>Facturation : pour l'équipe ; à compter de J4 ; 10 jours au plus peuvent être facturés</i>	0	1		F	96,00	0	1
YYYY044 Assistance anesthésique au cours du travail, sur appel de l'obstétricien <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec des libellés des chapitres 1 à 19</i>	0	1		F,P,S,U	19,20	0	2

19.01.02 Cardiologie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
YYYY001 Forfait de cardiologie niveau 1 <i>Surveillance monitorée continue et traitement d'un ou 2 malades au maximum hospitalisés sous la responsabilité d'un médecin avec surveillance du tracé électrocardiographique, sur oscilloscope et du cardiofréquence-mètre y compris éventuellement les actes habituels d'électrocardiographie et de réanimation et les prises continues ou intermittentes de pression avec ou sans enregistrement et ce quelle que soit la technique.</i> <i>Facturation éventuellement en supplément :</i> - choc électrique externe quel qu'en soit le nombre, - pose ou changement de cathéter endocavitaire pour stimulation électrosystolique, - pose de cathéter endocavitaire pour prise de pression dans les cavités droites <i>Facturation : par patient, par 24 h, par médecin ; 7 jours au plus peuvent être facturés.</i>	0	1		F	26,88	0	1
YYYY002 Forfait de cardiologie niveau 2 <i>Surveillance monitorée continue et traitement des malades hospitalisés au sein d'un centre de réanimation cardiaque par plusieurs médecins spécialistes dont l'un au moins présent de façon constante pour un max de 10 malades, par équipe, avec surveillance du tracé électrocardiographique, sur oscilloscope et du cardiofréquence-mètre y compris éventuellement les actes habituels d'électrocardiographie et de réanimation et les prises continues ou intermittentes de pression avec ou sans enregistrement et ce quelle que soit la technique</i> <i>Facturation éventuellement en supplément :</i> - choc électrique externe quel qu'en soit le nombre, - pose ou changement de cathéter endocavitaire pour stimulation électrosystolique, - pose de cathéter endocavitaire pour prise de pression dans les cavités droites <i>Facturation : par patient, par équipe, par 24 h</i>	0	1		F	57,60	0	1

19.01.03 Chirurgie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
YYYY035 Participation d'un 2ème chirurgien au cours d'un acte de chirurgie cardiaque avec CEC	0	1		F,J,K,P,S,U	313,50	0	1
YYYY062 Participation d'un 2ème chirurgien au cours d'un acte de chirurgie cardiaque <i>Figure sous les libellés des actes de chirurgie cardiaque auxquels il peut-être affecté</i> <i>Facturation : cet acte ne peut être facturé qu'une seule fois par intervention, quel que soit le nombre d'actes de chirurgie cardiaque réalisés.</i> <i>Facturation : - présence sur le champ opératoire pendant toute la durée de la CEC ou pendant la durée des anastomoses vasculaires pour les pontages à coeur battant</i> - disponibilité exclusive pour l'intervention concernée au sein de l'unité de chirurgie cardiaque	0	1		F,J,K,O,P,S,T,U	313,50	0	1
YYYY017 Injection secondaire souscutanée susfasciale de tissu adipeux autologue au niveau du visage <i>Comblement de dépression cutanée selon Coleman</i> <i>Indication : lipodystrophies iatrogènes du visage secondaires aux bi ou trithérapie antirétrovirales</i> <i>Facturation : prise en charge de l'injection initiale</i> 2 injections secondaires au plus	0	1			62,70	0	1
YYYY059 Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule	0	1		F,P,S,U	249,60	0	2
YYYY027 Prélèvement de spermatozoïdes au niveau du testicule, de l'épididyme ou du conduit déférent, par abord direct <i>Facturation : une seule fois au cours de l'intervention</i>	0	1			125,40	0	1

19.01.04 Échographie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
YYYY172 Échographie et/ou échographie doppler de contrôle ou surveillance de pathologie d'un ou deux organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens, ou de vaisseaux périphérique <i>A l'exclusion de : échographie de contrôle ou surveillance de pathologie gravidique</i>	0	1		F,P,S,U	37,80	0	2
YYYY088 Échographie de contrôle ou surveillance de pathologie gravidique foetale ou maternelle au cours d'une grossesse unifoetale	0	1		F,P,S,U	30,24	0	2
YYYY075 Échographie de contrôle ou surveillance de pathologie gravidique foetale ou maternelle au cours d'une grossesse multifoetale	0	1		F,P,S,U	60,48	0	2
YYYY028 Guidage échographique	0	1		F,P,S,U	34,97	0	2

19.01.05 Médecine hyperbare

Ce sousparagraphe est vide dans cette version de la CCAM.

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
YYYY144 Séance d'oxygénothérapie hyperbare <i>Oxygénothérapie hyperbare en série comprenant toute modalité de surveillance, à raison d'une séance quotidienne d'une heure, à une pression de deux à trois bars absolus (ATA)</i> <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)</i> <i>Facturation : séance quotidienne d'une heure par séance et par patient</i>	0	1		F,P,S,U	28,80	0	2
YYYY169 Traitement hyperbare avec médecin en dehors du caisson <i>Avec ou sans : enrichissement en oxygène</i> <i>Traitement hyperbare des états de détresse cardiorespiratoire et des accidents de plongée, comprenant l'ensemble des actes de réanimation nécessaires</i> <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)</i> <i>Facturation : par vacation de 6 heures</i>	0	1		F,P,S,U	96,00	0	1

YYYY196	Traitement hyperbare avec médecin à l'intérieur du caisson <i>Traitement hyperbare des états de détresse cardiorespiratoire et des accidents de plongée, comprenant l'ensemble des actes de réanimation nécessaires</i> <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)</i> <i>Facturation : par vacation de 6 heures</i>	0	1		F,P,S,U	192,00	0	1	
19.01.06 Médecine d'urgence									
YYYY010	Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : - détresse respiratoire ; - détresse cardiaque ; - détresse d'origine allergique ; - état aigu d'agitation ; - état de mal comitial ; - détresse d'origine traumatique. <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec des actes techniques des chapitres 1 à 17 à l'exception de : Électrocardiographie sur au moins 12 dérivation (DEQP003)</i>	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
		0	1		F,M,P,S,U	48,00	0	2	
YYYY011	Prise en charge diagnostique et thérapeutique dans le même temps d'une lésion ostéo-articulaire, musculo-tendineuse ou des parties molles d'origine traumatique <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec des actes thérapeutiques ou diagnostiques d'autres lésions ostéo-articulaire, musculo-tendineuse ou des parties molles d'origine traumatique</i>	0	1		F,P,S,U	20,16	0	2	
19.01.07 Néonatalogie									
YYYY095	Assistance pédiatrique avant la naissance, sur appel du praticien responsable de l'accouchement, pour une situation de risque néonatal, avec établissement d'un compte rendu <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec réanimation immédiate ou différée d'un nouveau-né en détresse vitale</i>	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
		0	1		F,P,S,U	76,80	0	2	
YYYY154	Réanimation immédiate ou différée du nouveau-né en détresse vitale, comportant toute technique de ventilation, avec ou sans intubation, et les actes associés, avec établissement d'un compte rendu <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec l'assistance pédiatrique avant la naissance</i>	0	1		F,P,S,U	96,00	0	2	
YYYY117	Mise en condition médicale et surveillance d'un nouveau-né pour transfert médicalisé vers un centre spécialisé, avec établissement d'un compte rendu	0	1		F,P,S,U	80,00	0	2	
YYYY123	Surveillance en unité d'obstétrique d'un enfant dont l'état nécessite un placement en incubateur ou des soins de courte durée <i>Facturation : par 24 heures, selon les conditions du décret 98-900 du 9 octobre 1998</i>	0	1		F	23,00	0	2	
YYYY009	Forfait de néonatalogie en unité de néonatalogie <i>Forfait de surveillance par 24 heures d'un nouveau-né en unité de néonatalogie autorisée</i> <i>Facturation : conditions du décret n°98-900 du 9 octobre 1998</i>	0	1		F	31,00	0	2	
19.01.08 Pneumologie									
YYYY006	Épreuve quantitative aux agents pharmacodynamiques ou de provocation aux allergènes comportant une mesure du seuil de réactivité <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec épreuve fonctionnelle respiratoire par pléthysmographie (GLQP009, GLQP011)</i>	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
		0	1			42,24	0	2	
YYYY076	Mesure du transfert de monoxyde de carbone, en état stable, en apnée, en inspiration unique ou en réinspiration	0	1		9,0	37,24	0	2	
YYYY089	Mesure du transfert de monoxyde de carbone, en état stable, en apnée, en inspiration unique ou en réinspiration, avec épreuve d'exercice	0	1			51,84	0	2	
19.01.09 Radiologie									
19.01.09.01 Radiologie, scanographie, remnographie									
YYYY163	Radiographie de l'hémisquelette ou du squelette complet chez l'adulte <i>Facturation : comprend au moins l'association de radiographies du crâne, du rachis entier, du bassin, d'un membre inférieur, quel que soit le nombre d'incidences</i>	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex	
		0	1		F,P,S,U,Y,Z	159,60	0	2	
YYYY024	Bilan radiologique veineux complet des membres inférieurs pour pathologie veineuse complexe nécessitant plusieurs voies d'abord, des poses de garrots éventuelles et des clichés dans différentes positions <i>Bilan radiologique veineux complet des membres inférieurs pour récurrence de varices</i>	0	1			290,40	0	2	
YYYY029	Manoeuvres intratubaires uni ou bilatérales après cathétérisme de trompe utérine avec guidage radiologique <i>Facturation : le tarif comprend les clichés de contrôle</i>	0	1			104,50	0	1	
YYYY033	Guidage radiologique <i>Radioscopie de longue durée avec amplificateur de brillance</i> <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un autre examen radiographique, à l'exception d'un acte diagnostique de radiologie conventionnelle réalisé sur un site anatomique distinct</i>	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	19,29	0	2	
YYYY115	Guidage scanographique	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	25,27	0	2	
YYYY125	Guidage remnographique	0	1		F,P,S,U	69,00	0	2	
YYYY308	Tomographie de l'appareil ostéoarticulaire premier plan en coupe <i>A l'exclusion de : Tomographie unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire (LBQK001)</i> <i>Facturation : tomographie de segment ostéoarticulaire porteur de matériel d'ostéosynthèse ou de prothèse</i>	0	1		E,F,P,S,U,Y,Z	46,55	0	2	
19.01.09.02 Radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle									
<i>Facturation: ne peut pas être facturé avec :</i>									
<i>- Guidage radiologique (YYYY033)</i>									
<i>- Supplément pour imagerie pour acte de radiologie interventionnelle, réalisée au bloc opératoire (YYYY300)</i>									
YYYY105	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 1, réalisée en salle d'imagerie	0	1		F,P,S,U,Y,Z	16,98	0	2	
YYYY110	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 2, réalisée en salle d'imagerie	0	1		F,P,S,U,Y,Z	29,26	0	2	
YYYY120	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 3, réalisée en salle d'imagerie	0	1		F,P,S,U,Y,Z	35,11	0	2	
YYYY140	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 4, réalisée en salle d'imagerie	0	1		F,P,S,U,Y,Z	58,52	0	2	
YYYY150	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 5, réalisée en salle d'imagerie	0	1		F,P,S,U,Y,Z	70,22	0	2	

YYYY160	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 6, réalisée en salle d'imagerie	0	1	F,P,S,U,Y,Z	81,93	0	2
YYYY170	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 7, réalisée en salle d'imagerie	0	1	F,P,S,U,Y,Z	93,63	0	2
YYYY180	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 8, réalisée en salle d'imagerie	0	1	F,P,S,U,Y,Z	105,34	0	2
YYYY130	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 9, réalisée en salle d'imagerie	0	1	F,P,S,U,Y,Z	117,04	0	2
YYYY190	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 10, réalisée en salle d'imagerie	0	1	F,P,S,U,Y,Z	140,45	0	2
YYYY200	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 11, réalisée en salle d'imagerie	0	1	F,P,S,U,Y,Z	175,56	0	2
YYYY210	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 12, réalisée en salle d'imagerie	0	1	F,P,S,U,Y,Z	187,26	0	2
YYYY220	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 13, réalisée en salle d'imagerie	0	1	F,P,S,U,Y,Z	210,67	0	2
YYYY034	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 14, réalisée en salle d'imagerie	0	1	F,P,S,U,Y,Z	222,38	0	2
YYYY230	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 15, réalisée en salle d'imagerie	0	1	F,P,S,U,Y,Z	234,08	0	2
YYYY240	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 16, réalisée en salle d'imagerie	0	1	F,P,S,U,Y,Z	269,19	0	2
YYYY245	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 17, réalisée en salle d'imagerie	0	1	F,P,S,U,Y,Z	280,90	0	2
YYYY250	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 18, réalisée en salle d'imagerie	0	1	F,P,S,U,Y,Z	292,60	0	2
YYYY260	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 19, réalisée en salle d'imagerie	0	1	F,P,S,U,Y,Z	327,71	0	2
YYYY270	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 20, réalisée en salle d'imagerie	0	1	F,P,S,U,Y,Z	351,12	0	2
YYYY280	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 21, réalisée en salle d'imagerie	0	1	F,P,S,U,Y,Z	468,16	0	2
YYYY290	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 22, réalisée en salle d'imagerie	0	1	F,P,S,U,Y,Z	526,68	0	2

19.01.09.03 Tentative d'angioplastie

YYYY082	Tentative d'angioplastie d'un vaisseau coronaire, d'une artère subclavière, viscérale ou périphérique, en cas de non franchissement de la sténose	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0	1		F,P,S,U	209,00		0 1

19.01.10 Radiothérapie

19.01.10.01 Champs fixes de moins de 300 cm²

Facturation : la dose absorbée est comptée sur le rayon central au niveau maximum atteint au cours de la pénétration dans les tissus pour la totalité pour le traitement tel qu'il est établi dans le compte rendu de fin d'irradiation.

YYYY045	Irradiation de moins de 300 cm ² en champs fixes par télécobalt par fraction de 28 centiGrays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV	0	1	H,Q,V,W	1,67	0	1
YYYY099	Irradiation de moins de 300 cm ² en champs fixes par télécobalt par fraction de 2,8 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV	0	1	H,Q,V,W	16,70	0	1
YYYY101	Irradiation de moins de 300 cm ² en champs fixes par télécobalt par fraction de 28 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV	0	1	H,Q,V,W	167,00	0	1
YYYY046	Irradiation de moins de 300 cm ² en champs fixes par accélérateur par fraction de 25 centiGrays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV	0	1	H,Q,V,W	1,67	0	1
YYYY136	Irradiation de moins de 300 cm ² en champs fixes par accélérateur par fraction de 2,5 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV	0	1	H,Q,V,W	16,70	0	1
YYYY312	Irradiation de moins de 300 cm ² en champs fixes par accélérateur par fraction de 25 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV	0	1	H,Q,V,W	167,00	0	1
YYYY047	Irradiation de moins de 300 cm ² en champs fixes par accélérateur par fraction de 20 centiGrays pour les faisceaux de 5 à 7,9 MeV	0	1	H,Q,V,W	1,67	0	1
YYYY152	Irradiation de moins de 300 cm ² en champs fixes par accélérateur par fraction de 2 Grays pour les faisceaux de 5 à 7,9 MeV	0	1	H,Q,V,W	16,70	0	1
YYYY323	Irradiation de moins de 300 cm ² en champs fixes par accélérateur par fraction de 20 Grays pour les faisceaux de 5 à 7,9 MeV	0	1	H,Q,V,W	167,00	0	1
YYYY048	Irradiation de moins de 300 cm ² en champs fixes par accélérateur par fraction de 14 centiGrays pour les faisceaux de 8 à 16,9 MeV	0	1	H,Q,V,W	1,67	0	1
YYYY211	Irradiation de moins de 300 cm ² en champs fixes par accélérateur par fraction de 1,4 Grays pour les faisceaux de 8 à 16,9 MeV	0	1	H,Q,V,W	16,70	0	1
YYYY334	Irradiation de moins de 300 cm ² en champs fixes par accélérateur par fraction de 14 Grays pour les faisceaux de 8 à 16,9 MeV	0	1	H,Q,V,W	167,00	0	1
YYYY049	Irradiation de moins de 300 cm ² en champs fixes par accélérateur par fraction de 12 centiGrays pour les faisceaux de 17 à 24,9 MeV	0	1	H,Q,V,W	1,67	0	1
YYYY197	Irradiation de moins de 300 cm ² en champs fixes par accélérateur par fraction de 1,2 Grays pour les faisceaux de 17 à 24,9 MeV	0	1	H,Q,V,W	16,70	0	1
YYYY345	Irradiation de moins de 300 cm ² en champs fixes par accélérateur par fraction de 12 Grays pour les faisceaux de 17 à 24,9 MeV	0	1	H,Q,V,W	167,00	0	1

YYYY050	Irradiation de moins de 300 cm² en champs fixes par accélérateur par fraction de 9 centigrays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus	0 1	H,Q,V,W	1,67	0 1
YYYY244	Irradiation de moins de 300 cm² en champs fixes par accélérateur par fraction de 0,9 Grays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus	0 1	H,Q,V,W	16,70	0 1
YYYY356	Irradiation de moins de 300 cm² en champs fixes par accélérateur par fraction de 9 Grays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus	0 1	H,Q,V,W	167,00	0 1

19.01.10.02 Irradiation segmentaire par champs fixes par faisceaux de 300 cm² ou plus à l'entrée

Environnement : deux caches protecteurs ou plus

Facturation : l'irradiation correspond à la sommation des doses maximales à l'entrée délivrées par chacun des faisceaux élémentaires habituels de la même zone d'irradiation (jusqu'à un maximum de quatre ; le facteur 4 ne doit pas être systématique).

la dose absorbée est comptée sur le rayon central au niveau maximum atteint au cours de la pénétration dans les tissus pour la totalité pour le traitement tel qu'il est établi dans le compte rendu de fin d'irradiation.

YYYY301	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par télécobalt par fraction de 28 centigrays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	1,67	0 1
YYYY302	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par télécobalt par fraction de 28 centigrays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV, incluant 2 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d'un facteur 2</i>	0 1	H,Q,V,W	3,34	0 1
YYYY313	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par télécobalt par fraction de 28 centigrays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV, incluant 3 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d'un facteur 3</i>	0 1	H,Q,V,W	5,01	0 1
YYYY324	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par télécobalt par fraction de 28 centigrays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV, incluant 4 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d'un facteur 4</i>	0 1	H,Q,V,W	6,68	0 1
YYYY343	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par télécobalt par fraction de 2,8 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	16,70	0 1
YYYY335	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par télécobalt par fraction de 2,8 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV, incluant 2 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d'un facteur 2</i>	0 1	H,Q,V,W	33,40	0 1
YYYY346	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par télécobalt par fraction de 2,8 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV, incluant 3 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d'un facteur 3</i>	0 1	H,Q,V,W	50,10	0 1
YYYY357	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par télécobalt par fraction de 2,8 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV, incluant 4 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d'un facteur 4</i>	0 1	H,Q,V,W	66,80	0 1
YYYY367	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par télécobalt par fraction de 28 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	167,00	0 1
YYYY368	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par télécobalt par fraction de 28 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV, incluant 2 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d'un facteur 2</i>	0 1	H,Q,V,W	334,00	0 1
YYYY379	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par télécobalt par fraction de 28 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV, incluant 3 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d'un facteur 3</i>	0 1	H,Q,V,W	501,00	0 1
YYYY383	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par télécobalt par fraction de 28 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV, incluant 4 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d'un facteur 4</i>	0 1	H,Q,V,W	668,00	0 1
YYYY390	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 25 centigrays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	1,67	0 1
YYYY392	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 25 centigrays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV, incluant 2 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d'un facteur 2</i>	0 1	H,Q,V,W	3,34	0 1
YYYY457	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 25 centigrays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV, incluant 3 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d'un facteur 3</i>	0 1	H,Q,V,W	5,01	0 1
YYYY468	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 25 centigrays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV, incluant 4 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d'un facteur 4</i>	0 1	H,Q,V,W	6,68	0 1
YYYY471	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 2,5 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	16,70	0 1
YYYY479	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 2,5 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV, incluant 2 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d'un facteur 2</i>	0 1	H,Q,V,W	33,40	0 1
YYYY497	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 2,5 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV, incluant 3 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d'un facteur 3</i>	0 1	H,Q,V,W	50,10	0 1
YYYY303	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 2,5 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV, incluant 4 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d'un facteur 4</i>	0 1	H,Q,V,W	66,80	0 1
YYYY310	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 25 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	167,00	0 1
YYYY314	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 25 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV, incluant 2 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d'un facteur 2</i>	0 1	H,Q,V,W	334,00	0 1
YYYY325	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 25 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV, incluant 3 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d'un facteur 3</i>	0 1	H,Q,V,W	501,00	0 1

YYYY470	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 12 centigrays pour les faisceaux de 17 à 24,9 MeV, incluant 3 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d' un facteur 3</i>	0 1	H,Q,V,W	5,01	0 1
YYYY481	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 12 centigrays pour les faisceaux de 17 à 24,9 MeV, incluant 4 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d' un facteur 4</i>	0 1	H,Q,V,W	6,68	0 1
YYYY493	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 1,2 Grays pour les faisceaux de 17 à 24,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	16,70	0 1
YYYY492	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 1,2 Grays pour les faisceaux de 17 à 24,9 MeV, incluant 2 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d' un facteur 2</i>	0 1	H,Q,V,W	33,40	0 1
YYYY305	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 1,2 Grays pour les faisceaux de 17 à 24,9 MeV, incluant 3 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d' un facteur 3</i>	0 1	H,Q,V,W	50,10	0 1
YYYY316	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 1,2 Grays pour les faisceaux de 17 à 24,9 MeV, incluant 4 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d' un facteur 4</i>	0 1	H,Q,V,W	66,80	0 1
YYYY320	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 12 Grays pour les faisceaux de 17 à 24,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	167,00	0 1
YYYY327	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 12 Grays pour les faisceaux de 17 à 24,9 MeV, incluant 2 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d' un facteur 2</i>	0 1	H,Q,V,W	334,00	0 1
YYYY338	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 12 Grays pour les faisceaux de 17 à 24,9 MeV, incluant 3 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d' un facteur 3</i>	0 1	H,Q,V,W	501,00	0 1
YYYY349	Irradiation de 300 cm² et plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 12 Grays pour les faisceaux de 17 à 24,9 MeV, incluant 4 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d' un facteur 4</i>	0 1	H,Q,V,W	668,00	0 1
YYYY360	Irradiation de 300 cm² ou plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 9 centigrays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus	0 1	H,Q,V,W	1,67	0 1
YYYY365	Irradiation de 300 cm² ou plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 9 centigrays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus, incluant 2 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d' un facteur 2</i>	0 1	H,Q,V,W	3,34	0 1
YYYY371	Irradiation de 300 cm² ou plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 9 centigrays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus, incluant 3 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d' un facteur 3</i>	0 1	H,Q,V,W	5,01	0 1
YYYY382	Irradiation de 300 cm² ou plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 9 centigrays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus, incluant 4 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d' un facteur 4</i>	0 1	H,Q,V,W	6,68	0 1
YYYY451	Irradiation de 300 cm² ou plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 0,9 Grays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus	0 1	H,Q,V,W	16,70	0 1
YYYY393	Irradiation de 300 cm² ou plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 0,9 Grays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus, incluant 2 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d' un facteur 2</i>	0 1	H,Q,V,W	33,40	0 1
YYYY500	Irradiation de 300 cm² ou plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 0,9 Grays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus, incluant 3 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d' un facteur 3</i>	0 1	H,Q,V,W	50,10	0 1
YYYY511	Irradiation de 300 cm² ou plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 0,9 Grays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus, incluant 4 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d' un facteur 4</i>	0 1	H,Q,V,W	66,80	0 1
YYYY520	Irradiation de 300 cm² ou plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 9 Grays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus	0 1	H,Q,V,W	167,00	0 1
YYYY522	Irradiation de 300 cm² ou plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 9 Grays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus, incluant 2 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d' un facteur 2</i>	0 1	H,Q,V,W	334,00	0 1
YYYY533	Irradiation de 300 cm² ou plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 9 Grays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus, incluant 3 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d' un facteur 3</i>	0 1	H,Q,V,W	501,00	0 1
YYYY544	Irradiation de 300 cm² ou plus en champs fixes par accélérateur par fraction de 9 Grays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus, incluant 4 volumes <i>Facturation : le tarif prend en compte l'application d' un facteur 4</i>	0 1	H,Q,V,W	668,00	0 1

19.01.10.03 Cyclothérapie partielle ou totale

Facturation : la dose absorbée est comptée à l'axe de rotation

YYYY051	Irradiation en cyclothérapie par télécobalt par fraction de 28 centigrays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	3,34	0 1
YYYY122	Irradiation en cyclothérapie par télécobalt par fraction de 2,8 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	33,40	0 1
YYYY555	Irradiation en cyclothérapie par télécobalt par fraction de 28 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	334,00	0 1
YYYY052	Irradiation en cyclothérapie par accélérateur par fraction de 25 centigrays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	3,34	0 1
YYYY053	Irradiation en cyclothérapie par accélérateur par fraction de 2,5 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	33,40	0 1
YYYY054	Irradiation en cyclothérapie par accélérateur par fraction de 25 Grays pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	334,00	0 1

YYYY055	Irradiation en cyclothérapie par accélérateur par fraction de 20 centigrays pour les faisceaux de 5 à 7,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	3,34	0 1
YYYY056	Irradiation en cyclothérapie par accélérateur par fraction de 2 Grays pour les faisceaux de 5 à 7,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	33,40	0 1
YYYY141	Irradiation en cyclothérapie par accélérateur par fraction de 20 Grays pour les faisceaux de 5 à 7,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	334,00	0 1
YYYY175	Irradiation en cyclothérapie par accélérateur par fraction de 14 centigrays pour les faisceaux de 8 à 16,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	3,34	0 1
YYYY223	Irradiation en cyclothérapie par accélérateur par fraction de 1,4 Grays pour les faisceaux de 8 à 16,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	33,40	0 1
YYYY256	Irradiation en cyclothérapie par accélérateur par fraction de 14 Grays pour les faisceaux de 8 à 16,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	334,00	0 1
YYYY267	Irradiation en cyclothérapie par accélérateur par fraction de 12 centigrays pour les faisceaux de 17 à 24,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	3,34	0 1
YYYY566	Irradiation en cyclothérapie par accélérateur par fraction de 1,2 Grays pour les faisceaux de 17 à 24,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	33,40	0 1
YYYY577	Irradiation en cyclothérapie par accélérateur par fraction de 12 Grays pour les faisceaux de 17 à 24,9 MeV	0 1	H,Q,V,W	334,00	0 1
YYYY588	Irradiation en cyclothérapie par accélérateur par fraction de 9 centigrays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus	0 1	H,Q,V,W	3,34	0 1
YYYY599	Irradiation en cyclothérapie par accélérateur par fraction de 0,9 Grays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus	0 1	H,Q,V,W	33,40	0 1
YYYY306	Irradiation en cyclothérapie par accélérateur par fraction de 9 Grays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus	0 1	H,Q,V,W	334,00	0 1

19.01.10.04 Autres actes de radiothérapie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
YYYY016	0	1			167,00	0	1
Protocole de traitement par radiothérapie de contact pour affection maligne							
<i>Facturation : comprend résumé clinique, diagnostic histologique, description des surfaces à irradier, prévision dosimétrique, compte rendu de fin d'irradiation</i>							
YYYY021	0	1			83,50	0	1
Irradiation de contact pour affection maligne							
<i>Facturation : une seule fois pour l'ensemble du traitement</i>							
YYYY023	0	1			83,50	0	1
Irradiation de contact pour affection maligne							
<i>Facturation : une seule fois pour l'ensemble du traitement</i>							

19.01.11 Réanimation

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
YYYY003	0	1			57,60	0	1
Forfait réanimation niveau 1							
<i>Coder éventuellement en supplément : épuration extrarénale pour insuffisance rénale aiguë</i>							
<i>Traitement d'un malade atteint de délirium tremens ou d'un malade non opéré présentant un état de choc ou de coma ou de détresse respiratoire ou circulatoire nécessitant des manoeuvres complexes de réanimation dans un établissement de soins.</i>							
<i>Facturation : par patient, par 24 h ; par médecin ; pour 2 patients au plus ; 3 jours au plus peuvent être facturés par patient</i>							
YYYY004	0	1			96,00	0	1
Forfait réanimation niveau 2							
<i>Coder éventuellement en supplément : épuration extrarénale pour insuffisance rénale aiguë</i>							
<i>Surveillance par 24 heures dans un centre spécialisé de réanimation par une équipe de plusieurs médecins spécialisés s'occupant au maximum de 10 malades, 1 médecin au moins présent de façon constante pour 1 malade nécessitant des manoeuvres de réanimation complexes éventuellement associées</i>							
<i>Facturation : par patient, par équipe, par 24 h ; 15 jours au plus peuvent être facturés</i>							
YYYY015	0	1		F	96,00	0	1
Forfait de réanimation niveau A							
<i>A l'exclusion de : surveillance par 24 heures dans une unité de soins intensifs cardiologiques</i>							
<i>Surveillance par 24 heures dans une unité de réanimation, de soins intensifs, de surveillance continue, telles que définies dans les décrets 2002-465 et 2002-466, pour 1 malade nécessitant des manoeuvres de réanimation complexes éventuellement associées.</i>							
<i>Surveillance continue de l'électrocardiogramme par oscilloscopie et/ou télésurveillance, par 24 heures (DEQP004)</i>							
<i>Injection intraveineuse continue de dobutamine ou de dopamine à débit inférieur à 8 microgrammes par kilogramme par minute [$\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$], ou de dopexamine en dehors de la période néonatale, par 24 heures (EQLF001)</i>							
<i>Surveillance continue transcutanée de la pression partielle sanguine en oxygène [PO₂] et/ou en dioxyde de carbone [PCO₂] chez le nouveau-né, par 24 heures (GLQP004)</i>							
<i>Surveillance continue de l'électrocardiogramme par oscilloscopie et/ou télésurveillance, avec surveillance continue de la pression intraartérielle et/ou de la saturation artérielle en oxygène par méthodes non effractives, par 24 heures (DEQP007)</i>							
<i>Facturation éventuellement en supplément :</i>							
<i>Épuration extrarénale pour insuffisance rénale aiguë (JVJF003, JVJF002, JVJF006, JVJF005, JVJF007, JVJB002),</i>							
<i>Séance d'ultrafiltration plasmatique (FEJF009),</i>							
<i>Séance non programmée de soustraction thérapeutique de plasma avec perfusion de produit de Substitution [échange plasmatique] pour affection aiguë (FEJF002),</i>							
<i>Séance d'épuration semisélective de substance plasmatique par double filtration [épuration en cascade] (FEJF001)</i>							
<i>Facturation : pour facturer le forfait de réanimation niveau A, le patient bénéficie au moins de l'un des actes de surveillance ou suppléance (chapitre 1 à 17 de la CCAM) suivants</i>							
<i>Facturation : par patient, par équipe, par 24 h</i>							

YYYY020	Forfait de réanimation niveau B	0	1		F	160,00	0	1
<p>Surveillance par 24 heures dans une unité de réanimation, telle que définie dans les décrets 2002-465 et 2002-466, pour 1 malade nécessitant des manoeuvres de réanimation complexes éventuellement associées</p> <p>Ventilation spontanée sur sonde d'intubation trachéale au cours du sevrage d'une ventilation mécanique, par 24 heures (GLLD006)</p> <p>Épuration extracorporelle du dioxyde de carbone [CO2], par 24 heures (GLJF010)</p> <p>Ventilation par oscillations à haute fréquence, par 24 heures (GLLD009)</p> <p>Injection intraveineuse continue de dobutamine ou de dopamine à débit supérieur à 8 microgrammes par kilogramme par minute [$\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$], d'adrénaline ou de noradrénaline en dehors de la période néonatale, par 24 heures (EQLF003)</p> <p>Perfusion intraveineuse de produit de remplissage à un débit supérieur à 50 millilitres par kilogramme [ml/kg] en moins de 24 heures chez l'adulte (EQLF002)</p> <p>Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume supérieur à une demimasse sanguine chez l'adulte ou à 40 millilitres par kilogramme [ml/kg] chez le nouveau-né en moins de 24 heures (FELF004)</p> <p>Suppléance hémodynamique par dispositif de contrepulsion diastolique intraaortique, par 24 heures (EQMP001)</p> <p>Suppléance hémodynamique et ventilatoire d'un patient en état de mort encéphalique, en vue de prélèvement d'organe (EQMF003)</p> <p>Administration intraveineuse simultanée de deux des produits sanguins suivants : plasma frais congelé, plaquettes, facteur antihémothrombique, fibrinogène, antithrombine III pour suppléance de coagulopathie, par 24 heures (FELF003)</p> <p>Ventilation spontanée sur trachéotomie au cours du sevrage d'une ventilation mécanique, par 24 heures (GLLD013)</p> <p>Ventilation mécanique discontinuée au masque facial ou par embout buccal pour kinésithérapie, par 24 heures (GLLD002)</p> <p>Ventilation mécanique continue au masque facial pour suppléance ventilatoire, par 24 heures (GLLD012)</p> <p>Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive [PEP] inférieure ou égale à 6 et FIO2 inférieure ou égale à 60%, par 24 heures (GLLD015)</p> <p>Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive [PEP] supérieure à 6 et/ou FIO2 supérieure à 60%, par 24 heures (GLLD008)</p> <p>Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive [PEP] supérieure à 6 et/ou FIO2 supérieure à 60%, avec technique de décubitus ventral alterné par 24 heures (GLLD004)</p> <p>Ventilation mécanique à poumons séparés, par 24 heures (GLLD007)</p> <p>Facturation éventuellement en supplément :</p> <p>Épuration extrarénale pour insuffisance rénale aiguë (JVJF003, JVJF002, JVJF006, JVJF005, JVJF007, JVJB002),</p> <p>Séance d'ultrafiltration plasmatique (FEJF009),</p> <p>Séance non programmée de soustraction thérapeutique de plasma avec perfusion de produit de Substitution [échange plasmatique] pour affection aiguë (FEJF002),</p> <p>Séance d'épuration semisélective de substance plasmatique par double filtration [épuration en cascade] (FEJF001)</p> <p>Facturation : pour facturer le forfait de réanimation niveau B, le patient bénéficie au moins de l'un des actes de suppléance (chapitre 1 à 17 de la CCAM) suivants :</p> <p>Facturation : par patient, par équipe, par 24 h</p>								

19.01.12 Assistance médicale à la procréation (AMP)

YYYY032	Induction de l'ovulation par gonadotrophines suivie d'une insémination artificielle ou d'une fécondation in vitro	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0	1			61,44	0	2
<p>Avec ou sans : micromanipulation</p> <p>Facturation : - les actes d'assistance médicale à la procréation ne peuvent pas être facturés au delà du jour du 43ème anniversaire de la femme ;</p> <p>- une seule insémination artificielle par cycle peut être facturée avec un maximum de 6 pour l'obtention d'une grossesse ;</p> <p>- 4 tentatives de fécondation in vitro avec ou sans micromanipulations peuvent être facturées pour l'obtention d'une grossesse ; on appelle tentative, toute ponction ovocitaire suivie de transfert embryonnaire ;</p> <p>- une demande d'entente préalable globale doit être déposée avant le début du traitement avec mention de la technique utilisée ; si cette technique change le contrôle médical doit être informé ; l'absence de réponse dans les 15 jours vaut accord ; le biologiste et l'échographiste sont informés de la date de dépôt de l'entente préalable</p> <p>Facturation : par cycle</p> <p>le tarif comprend la prise en charge de toutes les consultations et du monitoring clinique (examens cliniques durant le cycle monitoré, réception et interprétation des dosages et des échographies, prescriptions adaptées)</p>								

19.01.13 Anatomocytopathologie

YYYY060	Examen immunocytochimique de l'étalement d'un produit de ponction ou d'un produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage d'une structure anatomique	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
		0	±			56,00	0	5
<p>Facturation : ne peut être facturé qu'une seule fois avec les actes ZZQP128, ZZQP103, ZZQP110, ZZQP117, GEQP002, GEQP001, ZZQP151, ZZQP139, ZZQP141, ZZQP133, ZZQP153, ZZQP145, ZZQP147, ZZQP155, ZZQP170, ZZQP172, ZZQP158 et ZZQP174</p> <p>Facturation : - quel que soit le nombre d'anticorps</p> <p>- le compte rendu d'un examen immunocytochimique précise :</p> <p>- la technique utilisée,</p> <p>- le nom des anticorps utilisés,</p> <p>- les résultats de l'examen,</p> <p>- les conclusions.</p>								

19.01.14 Néphrologie

		Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
--	--	----	---	----	--------------	-------	-----	----

YYYY007	Forfait hebdomadaire de prise en charge d'un patient insuffisant rénal en dialyse péritonéale	0	1		56,00	0	2
A l'exclusion de :							
- Séance d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire (JVRP008)							
- Séance d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée (JVRP007)							
- Séance d'épuration extrarénale par dialyse péritonéale pour insuffisance rénale chronique (JVJB001)							
Facturation :							
- Forfait hebdomadaire unique par patient traité dans une unité autorisée pour la dialyse péritonéale,							
- pour facturer le forfait de dialyse péritonéale, le patient doit bénéficier des actes et prestations suivants :							
- consultation initiale de mise à domicile							
- consultations de suivi à un rythme au moins trimestriel, y compris les consultations pour affection intercurrente, la télésurveillance des constantes du patient et des paramètres de la dialyse							
- suivi biologique mensuel							
- continuité des soins dans le cadre de l'astreinte assurée par un néphrologue de l'équipe médicale mentionnée à l'article D6124-69 du code de Santé Publique							
- coordination de la prise en charge avec l'équipe paramédicale « Infirmière Diplômée d'État, diététicienne, psychologue », le médecin traitant et les équipes sociales							
- préparation du dossier en vue de l'inscription sur la liste des patients en attente de greffe, le cas échéant							
- Le forfait est facturé par semaine de traitement, y compris lorsque le patient est hospitalisé au sein d'un établissement de santé pour une durée inférieure à 2 jours. Lorsque le patient est hospitalisé 2 jours ou plus, dans un établissement de santé, le forfait ne peut pas être facturé.							
Le forfait ne peut pas être facturé lorsque le patient bénéficie d'une autre modalité de prise en charge de dialyse.							

19.02 SUPPLÉMENTS

Facturation : Les libellés de ce sous-chapitre ne peuvent pas être codés isolément ; ils doivent être codés en association avec des actes des chapitres 1 à 19 et sont facturés à taux plein.

19.02.01 Anesthésie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
YYYY041	0	1			0,00	0	1
Supplément pour récupération peropératoire de sang							
Filtration et réinjection du sang épanché, avec lavage							
Facturation : récupération peropératoire ou postopératoire immédiate c'est à dire initialisée en salle d'opération et retransfusée dans les 6 heures suivantes ;							
volume récupéré supérieur ou égal à 15% de la volémie ;							
la récupération peropératoire ne peut pas être facturée avec la récupération postopératoire							
YYYY595	0	1			0,00	0	1
Supplément pour hémofiltration au cours d'une surveillance de CEC							
	0	5			62,70	0	1

19.02.02 Cardiologie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
YYYY490	0	1			9,60	0	2
Supplément pour électrocardiographie réalisée au domicile du patient							
Facturation : en dehors de tout établissement de soins							

19.02.03 Chirurgie - Obstétrique

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
YYYY066	0	1		J,K,T,X	164,49	0	1
Supplément pour prélèvement peropératoire d'autogreffe veineuse saphène pour pontage fémoropoplité, pour pontage fémorotibial ou pontage fémoropéronier							
	0	4		7	31,35	0	1
YYYY107	0	1		J,K	144,58	0	1
Supplément pour prélèvement peropératoire d'autogreffe veineuse saphène pour pontage fémorotibial ou fémoropéronier							
	0	4		7	92,33	0	1
YYYY013	0	1		I,J,K,T	164,49	0	1
Supplément pour prélèvement peropératoire d'autogreffe veineuse saphène							
A l'exclusion de : Supplément pour prélèvement peropératoire d'autogreffe veineuse saphène pour pontage fémoropoplité, pour pontage fémorotibial ou pontage fémoropéronier (YYYY066)							
	0	4		7	43,20	0	1
YYYY068	0	1			28,80	0	1
Supplément pour injection intravasculaire de produit de contraste radiologique au cours d'une intervention pour pontage des membres inférieurs							
YYYY072	0	1			48,00	0	1
Supplément pour injection intracarotidienne peropératoire de produit de contraste radiologique pour artériographie							
YYYY400	0	1		J,K,T	41,80	0	1
Supplément pour injection peropératoire de produit de contraste radiologique dans les voies excrétrices bilio pancréatiques pour prises de clichés radiologiques							
	0	4		7	19,20	0	1
Avec ou sans : manométrie							
YYYY405	0	1		J,K,T	41,80	0	1
Supplément pour injection peropératoire de produit de contraste radiologique dans les voies excrétrices urinaires pour prises de clichés radiologiques							
	0	4		7	19,20	0	1
A l'exclusion de : supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour urétrocystographie rétrograde YYYY410							
YYYY188	0	1		9,J,K,O,T	85,08	0	1
Supplément pour prélèvement peropératoire et pose d'autogreffe osseuse à distance du foyer opératoire							
	0	4		7	36,00	0	1
YYYY012	0	1			19,29	0	2
Supplément pour radiographie per opératoire au cours d'un acte de chirurgie orthopédique ou traumatologique							
Facturation : par le chirurgien							
YYYY026	0	1		J,K,O,T	178,67	0	1
Supplément pour curage ganglionnaire médiastinal au cours d'une pneumonectomie ou d'une lobectomie							
	0	4			38,40	0	1
YYYY031	0	1		I,J,K,T	178,67	0	1
Supplément pour curage ganglionnaire médiastinal au cours d'un acte de chirurgie médiastinale							
	0	4			94,05	0	1
YYYY022	0	1		J,K,T	313,50	0	1
Supplément pour circulation extracorporelle au cours d'un acte de chirurgie pulmonaire							
	0	4			167,20	0	1
	0	5			313,50	0	1
YYYY603	0	1		F			0
Supplément pour acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié (F) appliqué aux actes d'accouchement ou de surveillance du travail réalisés par la sage-femme							
YYYY740	0	1		P			0
Supplément pour acte réalisé en urgence de 20h à 00h (P) appliqué aux actes d'accouchement ou de surveillance du travail réalisés par la sage-femme							

YYYY285	Supplément pour acte réalisé en urgence entre 00h et 08h (S) appliqué aux actes d'accouchement ou de surveillance du travail réalisés par la sage-femme	0	1		S				0	1
YYYY069	Supplément pour accouchement multiple par césarienne	0	1				104,50		0	1
19.02.04 Dermatologie										
YYYY067	Supplément pour utilisation d'un laser à colorant pulsé pour destruction d'angiome plan sur moins de 30 cm ²	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif		ICR	Ex
		0	1				24,96		0	1
YYYY085	Supplément pour utilisation d'un laser à colorant pulsé pour destruction d'angiome plan sur 30 cm ² à 60 cm ²	0	1				37,94		0	1
YYYY077	Supplément pour utilisation d'un laser à colorant pulsé pour destruction d'angiome plan sur 60 cm ² à 100 cm ²	0	1				47,58		0	1
YYYY094	Supplément pour utilisation d'un laser à colorant pulsé pour destruction d'angiome plan sur 100 cm ² à 200 cm ²	0	1				69,14		0	1
YYYY063	Supplément pour utilisation d'un laser à colorant pulsé pour destruction d'angiome plan sur 200 cm ² à 350 cm ²	0	1				80,29		0	1
YYYY112	Supplément pour utilisation d'un laser à colorant pulsé pour destruction d'angiome plan sur 350 cm ² à 500 cm ²	0	1				93,70		0	1
YYYY222	Supplément pour utilisation d'un laser à colorant pulsé pour destruction d'angiome plan sur 500 cm ² à 700 cm ²	0	1				114,24		0	1
YYYY005	Supplément pour utilisation d'un laser à colorant pulsé pour destruction d'angiome plan sur 700 cm ² et plus	0	1				150,93		0	1
YYYY036	Supplément pour exérèse de nævi cellulaires ou de tumeurs cutanées malignes de moins de 5 cm ²	0	1				23,86		0	1
YYYY043	Supplément pour exérèse de nævi cellulaires ou de tumeurs cutanées malignes de 5 cm ² à 10 cm ²	0	1				36,35		0	1
YYYY061	Supplément pour exérèse de nævi cellulaires ou de tumeurs cutanées malignes sur 10 cm ² et plus	0	1				53,60		0	1
19.02.05 Neurologie										
YYYY146	Réalisation de potentiels évoqués somesthésiques au cours de la chirurgie rachidienne <i>Facturation : par un praticien différent de celui qui réalise l'acte d'anesthésie-réanimation</i>	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif		ICR	Ex
		0	1			I,X	186,62		0	2
YYYY189	Réalisation d'un acte d'électroencéphalographie au cours d'une intervention de chirurgie endo thoracique ou de neurochirurgie <i>Facturation : par un praticien différent de celui qui réalise l'acte d'anesthésie-réanimation</i>	0	1			I,X	186,62		0	2
YYYY456	Supplément pour réalisation d'un acte d'électroencéphalographie au domicile ou dans un établissement dépourvu d'appareillage électroencéphalographique <i>Facturation : pour un malade intransportable : - les frais de déplacement ne peuvent pas être facturés en plus - ne peut être facturé que pour un seul patient</i>	0	1				76,80		0	2
19.02.06 Pneumologie										
YYYY058	Supplément pour réalisation de gaz du sang au cours d'exploration fonctionnelle respiratoire niveau 1 <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec prélèvement de sang artériel avec gazométrie sanguine et mesure du pH (GLHF001, GLHF002)</i>	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif		ICR	Ex
		0	1				24,96		0	2
YYYY186	Supplément pour réalisation de gaz du sang au cours d'exploration fonctionnelle respiratoire niveau 2 <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec prélèvement de sang artériel avec gazométrie sanguine et mesure du pH (GLHF001, GLHF002)</i>	0	1				26,88		0	2
YYYY232	Supplément pour réalisation de gaz du sang au cours d'exploration fonctionnelle respiratoire niveau 3 <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec prélèvement de sang artériel avec gazométrie sanguine et mesure du pH (GLHF001, GLHF002)</i>	0	1				28,80		0	2
YYYY025	Supplément pour mesure du volume résiduel de la ventilation maximale au cours d'une spirométrie standard	0	1				23,04		0	2
19.02.07 Radiologie										
YYYY065	Supplément pour cathétérisme et injection de produit de contraste radiologique dans les voies lacrymales	Ph	A	Cl		modificateur	Tarif		ICR	Ex
		0	1				19,20		0	2
YYYY467	Supplément pour injection intraveineuse de produit de contraste au cours d'un examen radiographique ou scanographique	0	1				9,60		0	2
YYYY425	Supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour sialographie	0	1				28,80		0	2
YYYY145	Supplément pour examen radiologique de la vésicule et des voies biliaires et /ou pancréatiques au cours d'un acte diagnostique ou thérapeutique <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec Guidage radiologique YYYY033</i>	0	1			Y,Z	57,19		0	2
YYYY212	Supplément pour étude mictionnelle au cours d'une urétrocystographie	0	1			Y,Z	27,93		0	2
YYYY410	Supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour urétrocystographie rétrograde	0	1				19,20		0	2
YYYY415	Supplément pour injection intra utérine de produit de contraste radiologique ou de substance médicamenteuse	0	1				38,40		0	2
YYYY070	Supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour discographie intervertébrale	0	1				38,40		0	2
YYYY318	Supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour discographie intervertébrale multiple	0	1				57,60		0	2
YYYY420	Supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour arthrographie <i>A l'exclusion de : supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour arthrographie de la hanche</i>	0	1				9,60		0	2
YYYY397	Supplément pour utilisation de pistolet au cours d'une biopsie du sein	0	1				57,60		0	2
YYYY233	Supplément pour tomographie au cours d'un examen radiographique <i>Facturation : une fois, quel que soit le nombre de plans</i>	0	1			Z	19,95		0	2
YYYY227	Supplément pour tomographie avec plan non parallèle au premier plan de coupe <i>Facturation : une fois, quel que soit le nombre de plan</i>	0	1			Z	33,25		0	2

YYYY030	Supplément pour réalisation d'un examen radiographique à images numérisées Facturation : une seule fois par 24h et par patient, quel que soit le nombre d'actes réalisés Facturation : ne peut pas être facturé avec - technique de numérisation secondaire des images; - radiographie intra-buccale; - radiographie thoracique effectuée en fluorographie numérique - radiographie des extrémités osseuses effectuée en fluorographie numérique - mammographie en dehors du suivi de prothèse - radiographie vasculaire	0 1		Y,Z	2,66	0 2
YYYY300	Supplément pour imagerie pour acte de radiologie interventionnelle, réalisée au bloc opératoire Facturation : amplificateur de brillance numérisée avec soustraction - ne peut être facturé avec les actes d'imagerie pour radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle du 19.01.09.02 - peut être facturé uniquement avec des actes de chirurgie vasculaire réalisés au bloc opératoire	0 1		F,P,S,U,Y,Z	79,80	0 2
YYYY057	Supplément pour injection intrathécale de produit de contraste radiologique	0 1			15,36	0 2
YYYY039	Supplément pour utilisation de radiocinéma, en 35 mm au cours d'un examen de radiologie conventionnelle Facturation : minimum de 30m de film ne peut pas être facturé avec YYYY064	0 1		Y,Z	33,25	0 2
YYYY073	Supplément pour injection de produit de contraste radiologique, dans les conduits lactifères	0 1			28,80	0 2
YYYY064	Supplément pour utilisation de magnétoscope, au cours d'un examen de radiologie conventionnelle Facturation : ne peut pas être facturé avec YYYY039	0 1		Y,Z	33,25	0 2
YYYY037	Supplément pour injection sus pubienne de produit de contraste radiologique pour cystographie	0 1			28,80	0 2
YYYY019	Supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour arthrographie de la hanche	0 1			19,20	0 2
YYYY666	Supplément pour acte de radiographie conventionnelle nécessitant l'utilisation d'un produit de contraste radiologique à la charge du professionnel Note de facturation : ne peut pas être facturé - pour des produits de contraste inscrits à la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale; - en cas de réalisation dans le même temps d'un acte de scanographie.	0 1				0 2
YYYY187	Supplément pour archivage numérique d'un examen radiographique ou échographique Facturation : archivage numérique des images en accès immédiat, réalisé par un médecin ayant adhéré à l'option conventionnelle "archivage", respectant le cahier des charges national pour l'archivage des images Facturation : si le médecin réalise des actes ouvrant droit au supplément archivage à des moments différents et discontinus de la même journée sur un même patient, un supplément peut être facturé pour chacun des moments, sous réserve de respect l'article III-3 h des Dispositions générales et diverses, et en particulier de l'utilisation du code association 5. Facturation : une seule fois par association d'actes, quel que soit le nombre d'actes réalisés Facturation : ne peut pas être facturé avec - toute technique de numérisation secondaire des images; - un acte lorsque ce supplément n'est pas mentionné en regard; - une mammographie, en dehors du dépistage organisé du cancer du sein, et du suivi ou de la surveillance des cancers du sein traités	0 1			3,00	0 2
YYYY201	Supplément pour archivage numérique d'un examen scanographique ou remnographique Facturation : archivage numérique des images en accès immédiat, réalisé par un médecin ayant adhéré à l'option conventionnelle "archivage", respectant le cahier des charges national pour l'archivage des images Facturation : si le médecin réalise des actes ouvrant droit au supplément archivage à des moments différents et discontinus de la même journée sur un même patient, un supplément peut être facturé pour chacun des moments, sous réserve de respect l'article III-3 h des Dispositions générales et diverses, et en particulier de l'utilisation du code association 5. Facturation : une seule fois par association d'actes, quel que soit le nombre d'actes réalisés	0 1			4,00	0 2
YYYY600	Supplément pour archivage numérique d'une mammographie ou d'un examen scanographique ou remnographique Facturation : Ce supplément est pris en charge : - pour l'archivage numérique des images en vue de leur accès immédiat ou différé - pour les mammographies, dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein et du suivi des cancers du sein traités - sous réserve que soient respectées les conditions prévues dans le cahier des charges figurant à l'annexe 5 des livres I et III de la liste des actes et prestations.	0 1			1,50	0 2
19.02.08 Radiothérapie						
YYYY225	Supplément pour utilisation de contentions individualisées Facturation : forfait quel que soit le nombre de faisceaux, pour chaque préparation justifiant leur utilisation	0 1	Ph A Cl	modificateur	50,10	0 1
YYYY109	Supplément pour utilisation de caches personnalisés et focalisés Facturation : forfait par préparation justifiant leur utilisation. Ne peut pas être facturé avec paramétrage d'un collimateur multilames	0 1			66,80	0 1
YYYY128	Supplément pour paramétrage d'un collimateur multilames Facturation : forfait par préparation justifiant leur utilisation ; ne peut pas être facturé avec utilisation de caches personnalisés et focalisés	0 1			83,50	0 1
YYYY151	Supplément pour contrôles balistiques de qualité en radiothérapie par gammagraphie Facturation : lors de la mise en route ou lors des séances d'irradiation, par faisceau. Les faisceaux symétriques ne sont facturables qu'une fois (sauf pour la première semaine lors de la mise en route du traitement : contrôle impératif de tous les champs, surtout si traitement par collimateur multilames pour détecter champ aberrant ou rotation collimateur inversée) ; maximum 41,75 euros par semaine de traitement et par faisceau	0 1		H,Q,V,W	8,35	0 1
YYYY166	Supplément pour contrôles balistiques de qualité en radiothérapie par imagerie portale Facturation : lors de la mise en route ou lors des séances d'irradiation, un maximum par traitement complet de 240 suppléments pour la radiothérapie stéréotaxique et de 190 suppléments pour les autres techniques de radiothérapie.	0 1		H,Q,V,W	25,05	0 1
YYYY080	Supplément pour dosimétrie in vivo Facturation : en début de traitement et lors de réduction par mesure pour l'ensemble des faisceaux	0 1			33,40	0 1
YYYY081	Supplément pour utilisation d'un système d'enregistrement et de vérification des paramètres Facturation : facturation une seule fois par traitement	0 1			50,10	0 1
19.02.09 Médecine d'urgence						
YYYY008	Supplément pour réalisation d'un examen radiologique par un médecin de montagne lors de la prise en charge diagnostique et thérapeutique dans le même temps d'une lésion ostéo-articulaire, musculo-tendineuse ou des parties molles d'origine traumatique	0 1	Ph A Cl	modificateur	11,52	0 2

19.02.10 Anatomocytopathologie

	Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
YYYY040 Supplément pour diagnostic histopathologique portant sur des lésions tumorales <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec YYYY042</i>	0	1			14,00	0	5
YYYY042 Supplément pour diagnostic histopathologique portant sur des lésions malignes tumorales <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec YYYY040</i>	0	1			28,00	0	5
19.02.11 Soins prothétiques - Suppléments pour prothèse amovible et soins dentaires							
YYYY176 Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	0	1			21,50	0	5
YYYY275 Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	0	1			43,00	0	5
YYYY246 Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	0	1			64,50	0	5
YYYY478 Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	0	1			86,00	0	5
YYYY426 Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	0	1			107,50	0	5
YYYY389 Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	0	1			129,00	0	5
YYYY159 Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	0	1			32,25	0	5
YYYY329 Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	0	1			64,50	0	5
YYYY258 Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	0	1			96,75	0	5
YYYY259 Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	0	1			129,00	0	5
YYYY440 Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	0	1			161,25	0	5
YYYY447 Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	0	1			193,50	0	5
YYYY142 Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	0	1			225,75	0	5
YYYY158 Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	0	1			258,00	0	5
YYYY476 Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	0	1			290,25	0	5
YYYY079 Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	0	1			322,50	0	5
YYYY184 Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	0	1			354,75	0	5
YYYY284 Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	0	1			387,00	0	5
YYYY236 Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	0	1			419,25	0	5
YYYY353 Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	0	1			451,50	0	5
YYYY465 Supplément pour examen spécifique préalable et postérieur à l'acte de pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire dans le traitement du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil <i>Ce supplément inclut :</i> <i>- interrogatoire</i> <i>- évaluation de la cinétique mandibulaire</i> <i>- examen de l'état buccal</i> <i>- séances multiples d'adaptation et de réglages complémentaires</i>	0	1			70,00	0	5
YYYY183 Supplément pour actes bucco-dentaires pour prise en charge d'un patient en situation de handicap sévère <i>Avec ou sans : sédation consciente</i> <i>Avec ou sans : utilisation du MEOPA</i> <i>Indication : patients atteints de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap</i> <i>Formation : pour MEOPA : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Facturation : selon les consignes d'utilisation de la " grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap " prévues à l'annexe XX de l'avenant 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes.</i> <i>Une seule fois par séance quel que soit le nombre d'actes réalisés dans la séance,</i> <i>Non cumulable avec YYYY185</i>	0	1					0 1
YYYY185 Supplément pour actes bucco-dentaires réalisés en 2 séances ou plus pour prise en charge d'un patient en situation de handicap sévère <i>Avec ou sans :</i> <i>- sédation consciente</i> <i>- utilisation du MEOPA</i> <i>Indication : patients atteints de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap</i> <i>Formation : pour MEOPA : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Facturation : selon les consignes d'utilisation de la "grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap" prévues à l'annexe XX de l'avenant 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes.</i> <i>A l'exclusion des actes diagnostiques, des actes de radiologie, de prévention, de restauration coronaire par matériau inséré en phase plastique et de chirurgie</i> <i>Une seule fois quel que soit le nombre d'actes réalisés au cours de ces deux séances ou plus,</i> <i>Non cumulable avec YYYY183</i>	0	1					0 1
YYYY614 Supplément pour soins chirurgicaux dentaires pour un patient en ALD et traité par anticoagulants oraux directs [AOD] ou par antivitamine K [AVK] <i>Facturation : une seule fois par séance</i>	0	1					0 1

YYYY755 **Supplément pour avulsion de 4 molaires retenues ou à l'état de germe réalisée en cabinet sous anesthésie locale**

0 1

0 1

Facturation : associable à HBGD038, non associable à ZZLP042

19.02.12 Gynécologie

YYYY071 **Supplément pour réalisation d'une colposcopie**

Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex
0	1				0	2

Facturation : informations et conseils donnés à la patiente ; explications sur la conduite à tenir ; transmission aux correspondants médicaux le cas échéant

19.03 MODIFICATEURS

19.03.01 Urgence

Dans le cadre d'une affection ou la suspicion d'une affection mettant en danger la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles :

- Réalisation d'un acte non prévu 8 heures auparavant et réalisé soit, entre 20 heures et 8 heures soit, le dimanche ou un jour férié.
- Réalisation d'un acte de 8 heures à 20 heures dans un délai maximum de 6 heures après l'admission du patient dans un établissement mentionné aux d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Facturation : à l'exclusion des forfaits de surveillance continue du sous chapitre 19.01

19.03.02 Age du patient

Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex

19.03.03 Chirurgie itérative

Ph	A	Cl	modificateur	Tarif	ICR	Ex

19.03.04 Autres modificateurs

Par analgésie rachidienne on entend :

- rachianalgésie
- analgésie péridurale

Dates des versions CCAM

	Date d'effet	Publication des textes au JO	Arrêté (de l'avenant)	Décision UNCAM	Mise en ligne de la base sur
Version 1	31/03/2005	30/03/2005	21/03/2005	11/03/2005	11/03/2005
Version 2	01/09/2005	26/08/2005	16/08/2005	18/07/2005	29/07/2005
Version 3	15/04/2006	30/03/2006	23/03/2006	18/07/2005	06/04/2006
Version 4	17/05/2006	16/05/2006	23/03/2006	27/04/2006	18/05/2006
Version 5	01/07/2006	30/06/2006		29/06/2006	04/07/2006
Version 6	16/09/2006	15/09/2006	23/03/2006	31/07/2006	19/09/2006
Version 7	16/04/2007	15/04/2007	23/03/2006	24/01/2007	19/04/2007
Version 8	16/05/2007	15/05/2007	23/03/2006	12/03/2007	19/05/2007
Version 9	28/06/2007	27/06/2007	14/06/2006	03/04/2007	30/06/2007
Version 10	12/09/2007	11/09/2007	10/09/2007	23/08/2007	15/08/2007
Version 11	28/12/2007	27/12/2007	21/12/2007		04/01/2008
Version 12	14/03/2008	13/03/2008		13/12/2007	14/03/2008
Version 13	01/05/2008	12/09/2007	10/09/2007		23/04/2008
Version 14	16/10/2008	03/10/2008		01/07/2008	16/10/2008
Version 15	21/12/2008	21/11/2008		17/09/2008	03/12/2008
Version 16	28/05/2009	28/04/2009		19/01/2009	04/05/2009
Version 17	19/10/2009	19/09/2009		09/07/2009	15/10/2009
Version 18	01/01/2010	31/12/2009		28/09/2009	15/01/2010
Version 19	01/02/2010				28/01/2010
Version 20	01/05/2010	04/04/2010		11/02/2010	15/04/2010
Version 21	25/05/2010	25/04/2010		18/01/2010	05/05/2010
Version 22	30/09/2010	31/08/2010		26/05/2010	10/09/2010
Version 23	25/01/2011	26/12/2010		16/11/2010	14/01/2010
Version 23.01	01/03/2011				22/02/2010
Version 24	18/06/2011	19/05/2011		21/02/2011	07/06/2011
Version 25	09/01/2012	10/12/2011		28/09/2011	19/12/2011
Version 26	22/03/2012	21/02/2012		20/12/2011	01/03/2012
Version 27	31/03/2012	30/03/2012	08/12/2011		03/04/2012
Version 28	07/07/2012	07/06/2012	08/12/2011		15/06/2012
Version 29	14/12/2012	14/11/2012		02/10/2012	27/11/2012
Version 30	15/06/2013	16/05/2013		21/03/2013	29/05/2013
Version 31	01/07/2013	31/05/2013	07/12/2012	08/04/2013	11/06/2013
Version 32	27/12/2013	27/11/2013		25/09/2013	
Version 33	01/03/2014 et 10/03/2014	31/05/2013 et 08/02/2014		08/04/2013 et 17/12/2013	
Version 34	01/06/2014	30/11/2013 et 08/12/2013	26/11/2013	15/10/2013	14/04/2014
Version 35	01/06/2014	30/11/2013 et 20/02/2014	26/11/2013	17/12/2013	20/05/2014
Version 36	01/06/2014	30/11/2013 et 20/02/2014	26/11/2013	17/12/2013	27/06/2014
Version 37	01/09/2014	28/08/2014	26/11/2013	24/06/2014	05/09/2014
Version 37.01	01/09/2014	28/08/2014	26/11/2013	24/06/2014	05/09/2014

Version 38	18/12/2014	18/11/2014	26/11/2013	09/09/2014	08/12/2014
Version 39	01/01/2015	07/12/2012 et 18/11/2014	29/11/2012	09/09/2014	11/12/2014
Version 39.10	01/01/2015	07/12/2012 et 18/11/2014	29/11/2012	09/09/2014	11/12/2014
Version 40	01/07/2015 et 02/07/2015	07/12/2012 et 02/06/2015	29/11/2012	31/03/2015	
Version 41	12/11/2015	13/10/2015		02/07/2015 et 10/09/2015	
Version 42.5	17/03/2016 et 11/03/2016	16/02/2016, 21/08/2015 et 11/09/2015	11/05/2015	16/12/2015 et 17/06/2015	
Version 43	09/04/2016	10/03/2016		08/02/2016	
Version 43.5	28/06/2016				
Version 44.50	28/10/2016	28/09/2016		11/07/2016	27/10/2016
Version 45	15/12/2016	15/11/2016		13/10/2016	15/12/2016
Version 46	28/04/2017	22/03/2017		03/01/2017 et 21/02/2017	27/04/2017
Version 46.50	03/05/2017	22/03/2017		03/01/2017 et 21/02/2017	30/04/2017
Version 47	15/06/2017	22/03/2017 et 27/04/2017		03/01/2017 et 23/02/2017	29/05/2017
Version 48	06/08/2017	07/07/2017		31/05/2017	31/07/2017
Version 49	01/10/2017	31/08/2017 01/09/2017	31/03/2017	24/07/2017 et 17/07/2017	02/10/2017
Version 50	01/01/2018	01/12/2017		27/09/2017	02/01/2018
Version 51	02/04/2018	03/03/2018 02/05/2017	30/12/2016	22/12/2017	03/04/2018
Version 52	02/06/2018	03/05/2018		20/03/2018	23/05/2018
Version 53	14/07/2018	14/06/2018		23/04/2018	10/07/2018
Version 54	01/09/2018 01/10/2018	05/08/2018	10/08/2018	05/07/2018	17/08/2018
Version 54.10	01/11/2018				16/10/2018
Version 55	01/01/2019 10/02/2019	28/11/2018 23/08/2018	16/08/2018	05/10/2018	12/12/2018
Version 55.50	01/01/2019	23/08/2018	16/08/2018	05/10/2018	15/01/2019
		13/10/2015			
Version 56	01/04/2019	25/08/2018 16/02/2019	20/08/2018	02/07/2015 18/12/2018	07/03/2019
Version 56.10	02/04/2019				25/03/2019
Version 57	11/05/2019	11/04/2019		11/03/2019	23/04/2019
Version 58	14/07/2019	14/06/2019		18/04/2019	04/07/2019
Version 59	01/09/2019	20/08/2019	20/06/2019		24/07/2019
Version 60	18/10/2019	18/09/2019	20/08/2018	18/07/2019	27/09/2019
Version 61	01/01/2019	27/11/2019	25/08/2018	03/10/2019 25/10/2019	02/12/2019

Version 62	21/02/2020	10/01/2020	20/08/2019	12/11/2019	04/02/2020
Version 63	01/04/2020	26/01/2020		08/01/2020	05/03/2020
		07/02/2020		08/01/2020	
		15/02/2020		14/01/2020	
Version 64	08/08/2020	07/02/2020 24/06/2020	26/11/2019	29/04/2020	08/07/2020
	01/10/2020	20/08/2019	20/06/2019		08/07/2020
Version 65	12/10/2020	12/09/2020		10/07/2020	24/09/2020
	08/11/2020		11/03/2020		
Version 66	01/01/2021	12/12/2020		06/10/2020	11/12/2020
Version 66.10	02/01/2021				17/12/2020
Version 67	26/04/2021	27/03/2021		16/02/2021	08/04/2021
Version 68		25/08/2018	20/08/2018	17/09/2021	02/12/2021
	09/12/2022	20/08/2019	20/08/2018		
	01/01/2023	09/11/2021	14/08/2019		
Version 69	01/04/2022	25/09/2021 17/02/2022	22/09/2021	13/01/2022	13/03/2022
Version 70	30/06/2022	31/05/2022		20/04/2022	10/06/2022
Version 71	03/12/2022 01/01/2023	03/11/2022	14/08/2019	29/09/2022	15/11/2022
Version 72	01/04/2023	25/09/2021 02/03/2023	22/09/2021	26/01/2023	22/03/2022
Version 73.00	14/09/2023 et 01/10/2023	15/08/2023		07/08/2023	
Version 73.10					
Version 73.20					
Version 74	25/02/2024	23/01/2024	23/08/2023	15/01/2024	
Version 75	01/03/2024	06/02/2024		02/02/2024	

1 DESCRIPTION DE LA CCAM ET RÈGLES DE LECTURE

1.1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE

La CCAM est un ensemble ordonné de libellés décrivant les actes techniques médicaux. L'objectif de cette nomenclature est de permettre le recueil d'informations concernant le respect des dispositions réglementaires prévues au code de la santé publique et au code de la sécurité sociale. Pour aider au traitement de ces données, chaque libellé est repéré par un code alphanumérique, permettant de faciliter les opérations de recueil, de stockage et d'analyse aux fins de connaissance, de comparaison ou de suivi. L'information fournie selon des modalités précisées de recueil réglementaire doit également permettre la prise en charge de cette activité, quel que soit le cadre de sa réalisation.

La *CCAM descriptive à usage PMSI* comporte deux parties indissociables.

- Le présent *Guide de lecture et de codage*, comprend des éléments communs à toute utilisation de la CCAM :
 - règles de construction des codes et des libellés,
 - règles et conventions utilisées par les rédacteurs de la CCAM pour l'écriture et la présentation du volume analytique,
 - règles de codage liées à la construction.

Il apporte également des éléments spécifiques à l'utilisation correcte de la *CCAM descriptive à usage PMSI*.

De façon ponctuelle il oriente vers des informations liées à la *CCAM tarifante* disponibles sur le site CCAM en ligne de l'Assurance maladie : <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>

- La *liste analytique* des libellés qui décrit les activités techniques de soins des médecins, chirurgiens et sages-femmes, munis de leur code.

Des explications sur les conditions d'utilisation de certains libellés ou sur le sens de termes particuliers sont fournies sous forme de symboles ou de notes. Ces indications font partie intégrante de la CCAM, qui ne saurait être utilisée sans elles.

1.2 CONTENU DE LA CCAM : CHAPITRES 1 À 18

La CCAM est une liste de libellés codés décrivant des actes, auxquels on peut adjoindre des gestes complémentaires. Elle se veut exhaustive, maniable et évolutive.

1.2.1 Actes: cas général

Les actes médicaux décrits par la CCAM sont les actes professionnels relevant de la compétence des membres des seules professions médicales, définies à l'article L4111-1 du Code de la Santé publique. Selon les versions de publication, le champ d'application de la CCAM peut être restreint en fonction de la qualification des professionnels concernés ou la nature des actes décrits.

On entendra par acte médical tout « acte dont la réalisation par des moyens verbaux, écrits, physiques ou instrumentaux est effectué par un membre d'une profession médicale dans le cadre de son exercice et les limites de sa compétence » (définition de la Commission de terminologie et de néologie pour le domaine de la santé, séance du 14 juin 2001).

Le champ de couverture de la CCAM une fois défini, les actes qu'elle contient sont ceux que les sociétés savantes considèrent comme légitimes à y figurer à la date de constitution ou de mise à jour de la classification, et sur l'inscription desquels la HAS s'est prononcée favorablement. La CCAM ne doit en effet pas contenir d'acte obsolète, c'est-à-dire tombé en désuétude en raison de son archaïsme technique, de son manque d'efficacité, voire de sa dangerosité. Elle ne doit pas non plus comporter d'acte " non éprouvé ", selon la terminologie proposée par le conseil national de l'Ordre des médecins. La HAS peut cependant donner des recommandations restrictives pour certains actes inscrits, dont la réalisation lui paraît exiger une qualification de l'exécutant ou un équipement particulier, ou devoir être limitée à certaines indications. Ceux des actes qu'elle estime nécessaire d'encadrer dans l'attente d'une validation plus complète (actes avec Service attendu (SA) indéterminé) sont inscrits dans la CCAM comme actes dits « en phase de recherche clinique », et repérés de façon particulière (voir point 1.7) dans le volume analytique.

Dans la CCAM, chacun des actes est décrit par un libellé selon le principe fondamental de l'acte global. Ce concept, expliqué plus loin, signifie que, dans la formulation d'un libellé d'acte, sont implicitement regroupés tous les gestes utiles et nécessaires à son exécution de manière indépendante, complète et achevée. Dans la CCAM ne figure donc aucun geste élémentaire, partie d'un acte constituant un élément obligatoire de son accomplissement, non réalisable isolément, comme, par exemple, une voie d'abord.

Dans la CCAM, les actes ont été distingués par convention en actes isolés et procédures.

- Actes isolés : actes réalisables de façon indépendante ; ils sont de complexité variable ; le terme isolé n'est jamais écrit dans le libellé, il est implicite.

Exemples : Amygdalectomie par dissection

Adénoïdectomie

Cholécystectomie, par laparotomie

Ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par laparotomie

- Procédures : ensemble d'actes isolés couramment associés dans le cadre d'interventions réglées.

Exemples : Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie

Cholécystectomie avec ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par laparotomie

La rédaction d'un tel type de libellé est acceptée uniquement lorsque la combinaison d'actes est suffisamment fréquente et standardisée, et aboutit à un nombre limité de formulations. Leur modalité d'écriture est parfois particulière.

Exemples : Pelvectomie antérieure, par laparotomie

Changement d'une endoprothèse de l'urètre, par endoscopie

Pose de 5 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte.

1.2.2 Actes : cas particuliers

1.2.2.1 Actes de durée prolongée

Pour certains actes de durée prolongée dont la durée habituelle de réalisation atteint ou dépasse 24 heures, des modalités de description particulières ont été prévues.

■ Actes en séance

Dans certains cas un traitement complet est composé par la répétition habituelle d'actes thérapeutiques identiques à des moments différents dont la durée unitaire de réalisation ne dépasse pas 24 heures. Un seul libellé d'acte global décrivant l'ensemble du traitement ne peut pas être décrit en raison de la variabilité dans le nombre d'actes nécessaires à l'obtention du résultat complet. Chacun de ces actes unitaires est appelé *Séance*.

Exemple : **Séance** d'injection d'extrait allergénique à concentration donnée pour désensibilisation spécifique, par voie souscutanée

■ Actes par 24 heures

Les actes de surveillance ou de suppléance d'une fonction vitale défaillante nécessitent habituellement leur répétition pour mener à bien la séquence de soins envisagée. Ces actes sont habituellement de réalisation quotidienne et leur durée d'exécution s'étale sur 24 heures. Ils sont réalisés sur une période limitée, faite de plusieurs jours consécutifs, selon des modalités éventuellement variables d'un jour à l'autre. Les libellés les décrivant comportent la mention *...par 24 heures* en fin de l'intitulé.

Exemple : Suppléance hémodynamique par dispositif de contreimpulsion diastolique intraaortique, **par 24 heures**

■ Actes en plusieurs phases de traitement

Ce sont des actes qui, pour leur achèvement, nécessitent des épisodes distincts dans le temps. Chacun de ces épisodes distincts est appelé *Phase*.

Exemple : Reconstruction du philtrum par lambeau hétérolabial, pour séquelle d'une fente orofaciale

Phase 1 : réalisation du lambeau hétérolabial

Phase 2 : section du pédicule du lambeau hétérolabial

1.2.2.2 Actes réalisés par plusieurs équipes

Certains actes nécessitent pour leur réalisation dans les règles de l'art la collaboration de plusieurs praticiens habituellement de disciplines différentes. Ce sont les actes dits à plusieurs équipes. Cette distinction a été établie d'après les indications des professionnels, soucieux du respect des bonnes pratiques médicales ou de certaines réglementations.

Dans ces situations où la collaboration de plusieurs équipes est obligatoire, les libellés ont été subdivisés en autant de sous libellés que d'équipes obligatoires. Ces souslibellés sont appelés *Activité*.

Dans la collaboration chirurgie-anesthésie, le mot *Activité* est remplacé par *Anesthésie*.

Dans la collaboration chirurgie – surveillance médicale de la circulation extracorporelle, le mot *Activité* est remplacé par *circulation extracorporelle [CEC]*.

Exemple : Exérèse ou destruction de foyer arythmogène ou de faisceau cardionecteur pour tachycardie supraventriculaire, par thoracotomie avec CEC

Activité 1 : exérèse ou destruction de foyer arythmogène ou de faisceau cardionecteur

Activité 2 : enregistrement épicaordique [cartographie épicaordique]

anesthésie

circulation extracorporelle [CEC]

Tout acte de la CCAM est caractérisé par au moins une activité.

1.2.3 Anesthésies complémentaires

Les anesthésies complémentaires sont une modalité de description de l'anesthésie lorsque celle-ci est réalisée occasionnellement pour un acte donné. Des précisions sont apportées au point 4.1.1.2 *Actes avec anesthésie complémentaire*

1.2.4 Gestes complémentaires

La CCAM établit d'autre part une liste de gestes complémentaires. À la différence d'un acte, un geste complémentaire ne peut pas être réalisé indépendamment : il s'agit d'un temps facultatif au cours d'un acte isolé ou d'une procédure.

Exemple : Prélèvement d'autogreffe osseuse corticale ou corticospongieuse à distance du foyer opératoire, sur plusieurs sites sans changement de position

Cette dérogation au principe de l'acte global a été acceptée pour permettre une plus grande maniabilité de la CCAM, en évitant de constituer une liste longue et complexe de libellés d'actes pour atteindre une description exhaustive. Accompagnant toujours un acte, un geste complémentaire ne peut donc jamais être mentionné seul. Les combinaisons des gestes complémentaires avec les actes sont précises et limitées. Elles sont mentionnées dans le volume analytique de la CCAM en affichant pour chaque libellé d'acte le code des gestes complémentaires dont l'utilisation est permise avec le code de l'acte concerné.

Pour éviter toute confusion, les gestes complémentaires sont décrits dans une liste spéciale, fournie dans le chapitre 18.

1.2.5 Modificateurs

Les modificateurs identifient des situations particulières modifiant les conditions habituelles de réalisation de l'acte, utiles pour sa description ou sa valorisation. Un modificateur ne peut jamais être utilisé seul. Les combinaisons des modificateurs avec les actes sont précises et limitées.

1.3 STRUCTURE ET PRINCIPES DE CLASSIFICATION DE LA CCAM CHAPITRES 1 À 18

Les libellés de la CCAM ont été classés dans des subdivisions organisées selon des principes rigoureux.

1.3.1 Principes de classement de la CCAM

Le volume analytique de la CCAM est structuré par des subdivisions constituant 4 niveaux hiérarchiques différents : chapitres, souschapitres, paragraphes, sousparagraphes.

1.3.1.1 Chapitres

Les libellés de la CCAM sont répartis en 18 chapitres, premier niveau du classement hiérarchique. Ces chapitres sont repérés par un nombre en chiffres arabes sur deux caractères.

Les chapitres 01 à 16 sont définis par le système anatomophysiologique, l'appareil anatomique ou la topographie sur lequel porte l'action décrite dans les libellés, indépendamment de considérations de spécialité, de qualification ou de mode d'exercice du praticien, ou de finalité de l'acte. Ainsi, par exemple, il faut chercher les actes de vagotomie dans le chapitre 01 *Système nerveux*, avec les autres actes portant sur les nerfs crâniens ; de même, les angiographies rétinienne sont rangées dans les actes diagnostiques de l'appareil circulatoire (chapitre 04), et non dans ceux du chapitre 02 *Œil et annexes*. Ce principe de classement fait qu'un utilisateur trouve rarement son activité décrite entièrement dans un seul chapitre.

Au sein de ces chapitres, deux présentent une particularité :

- le chapitre 09, concernant la procréation, la grossesse et le nouveau-né, regroupe les actes sur la notion de proximité physiologique et fonctionnelle ;
- le chapitre 15 décrit les actes sur l'appareil ostéoarticulaire et musculaire sans précision topographique. Par exemple, il en est ainsi de l'acte de *Perforation ou forage d'un os, ou injection intraosseuse, par voie transcutanée*. Ce libellé permet de décrire une intervention réalisée sur tout élément squelettique.

À côté de ces chapitres par système, il a été créé des chapitres particuliers ne répondant pas à cette logique de classement :

- le chapitre 17 réunit tous les actes pour lesquels aucune précision n'est fournie quant au système ou à l'appareil concerné. Il en est ainsi de la *Radiographie d'une fistule [fistulographie]*, ou des *Séances d'irradiation externe*.
- le chapitre 18 comporte les listes distinctes des anesthésies complémentaires et des gestes complémentaires.

1.3.1.2 Souschapitres

Les chapitres sont subdivisés en souschapitres numérotés en chiffres arabes. Ceux-ci distinguent les actes diagnostiques d'une part, les actes thérapeutiques d'autre part ; il y a donc toujours au moins deux souschapitres par chapitre.

1.3.1.3 Paragraphes et sousparagraphes

Les souschapitres sont subdivisés en paragraphes numérotés en chiffres arabes. Certains d'entre eux sont segmentés en sousparagraphes ; ce niveau hiérarchique peut donc être absent.

Les paragraphes des souschapitres consacrés aux actes diagnostiques sont organisés selon la technique d'investigation utilisée. Ceux des souschapitres consacrés aux actes thérapeutiques sont distingués selon deux axes principaux de description : la topographie de l'acte – quand elle existe – et la nature de l'action.

1.3.1.4 Libellés

Le niveau final de description est l'acte. Chacun est décrit par un seul libellé, complété par un code.

Exemple : KCQL003 Scintigraphie de la glande thyroïde

1.3.2 Principes d'organisation

Les actes diagnostiques d'un même souschapitre sont regroupés en paragraphes par nature d'acte ou par technique : *explorations fonctionnelles, radiographies, scintigraphies* etc. ; l'ordre de présentation – mais non la numérotation – a été choisi identique d'un chapitre à l'autre.

Les souschapitres consacrés aux actes thérapeutiques sont subdivisés en paragraphes constitués selon un axe principal le plus souvent topographique. La présentation respecte alors un ordre anatomique : énumération des organes ou des sites dans le sens craniocaudal ou – pour les membres – proximodistal. Pour les appareils ou organes dans lesquels existe une circulation ou un péristaltisme, la disposition suit le sens du flux : c'est pourquoi les actes sur les veines sont énumérés dans un ordre topographique centripète, inverse du classement centrifuge adopté pour les actes sur les artères.

Lorsqu'un acte concerne plusieurs sites anatomiques précisément décrits – qu'ils appartiennent ou non au même appareil –, il a été décidé de le classer dans la division de la CCAM traitant du premier d'entre eux cité dans le libellé ; ainsi trouvera-t-on le drainage d'une fistule rectovaginale acquise au chapitre des actes sur l'appareil digestif, dans le paragraphe

consacré aux interventions sur le rectum. Cette attitude est la conséquence de la contrainte imposée aux rédacteurs : un libellé ne doit figurer dans la CCAM qu'une seule fois, ce qui exclut toute répétition de libellé.

Le second axe de classement est l'action mise en œuvre : *exérèse, plastie, ostéosynthèse...* Lorsque plusieurs libellés décrivent une même action effectuée sur un même organe ou un même site par des accès ou des techniques différentes, ils ont été placés de façon contigüe. Ils sont rédigés de façon à distinguer le plus facilement possible l'élément ou les éléments différenciant les variantes. L'utilisateur dispose ainsi de toutes les modalités de réalisation d'un même type d'intervention, sur le même territoire, au sein d'une même subdivision de la CCAM.

Le premier principe de classement au sein de cette subdivision est, dans la mesure du possible, le respect d'un ordre de complexité croissante : par exemple, exérèse partielle, puis totale, puis élargie. De même, les actes isolés, distingués éventuellement en actes *sans* puis *avec* utilisation de méthode particulière, telle que par exemple le laser, sont décrits avant les procédures. Au sein d'un même regroupement, les libellés sont classés suivant le mode d'accès de l'acte, en suivant une progression croissante de son caractère effractif et de sa technicité : absence d'accès, puis accès transorificiel, accès transorificiel endoscopique, accès transpariétal, accès transpariétal endoscopique, enfin abord direct.

Les libellés mentionnant plusieurs actions différentes sont rangés selon le premier terme d'action cité dans le libellé, dans la subdivision consacrée à la topographie sur laquelle porte cette action. En particulier, il en est ainsi des procédures, classées à la suite des actes isolés comportant le même terme initial d'action et réalisés sur le même site.

1.3.3 Classement particulier de certains libellés

Les actes concernant une fonction ont été rangés selon l'organe ou l'appareil effecteur, dans le chapitre consacré à celui-ci ; ils concernent essentiellement les explorations fonctionnelles, les actes de suppléance ou de rééducation. Ainsi, la *Séance de rééducation de la voix, de la parole et/ou du langage, avec contrôle instrumental* figure-t-elle dans le chapitre 06 des actes sur l'appareil respiratoire. Les actes de suppléance d'une fonction sont classés dans un souschapitre particulier en fin du chapitre concerné : ainsi, les actes de suppléance nutritionnelle sont placés à la fin du chapitre 07 des actes sur l'appareil digestif, ceux d'épuration extrarénale, à la fin du chapitre 08 des actes sur l'appareil urinaire et génital.

Dans certains cas, il n'a pas semblé utile de créer des subdivisions spécifiques pour quelques libellés. Il a alors été jugé préférable de les regrouper au sein d'un paragraphe ou sousparagraphe intitulé « *Autres interventions sur...* », placé à la suite des subdivisions par action.

L'utilisateur peut également s'étonner de ne pas voir respectés les principes de classement par appareil dans quelques cas. La maniabilité de l'outil a alors été privilégiée sur la stricte rigueur de classement. En particulier, on a parfois préféré garder regroupés des actes de même type. Ainsi en est-il de la correction d'anomalies congénitales, même si elles concernent des appareils, des structures anatomiques ou des tissus différents : de la sorte se trouvent

décrites au sein d'une même division toutes les interventions chirurgicales pour malformations du cœur et des vaisseaux supracardiaques (chapitre 04 *Appareil circulatoire*), pour fentes orofaciales (chapitre 07 *Appareil digestif*), ou pour anomalies des arcs et fentes branchiaux (chapitre 16 *Système tégumentaire – Glande mammaire*). De même, toutes les réparations de perte de substance par lambeau libre sont réunies dans le même paragraphe, quel que soit le tissu ou l'organe utilisé. On peut citer également les actes de curiethérapie ou d'irradiation externe, classés dans le chapitre 17 *Actes sans précision topographique* ; si certains d'entre eux auraient pu être orientés vers des chapitres concernant un système ou un appareil précis, il a paru plus opportun de les laisser regroupés dans ce chapitre, la plupart des libellés ne comportant pas de référence à la topographie.

Enfin, les anesthésies complémentaires et les gestes complémentaires sont rassemblés dans un chapitre spécial ; leur caractère transversal et leur utilisation particulière justifient de ne pas les orienter vers un des chapitres ordinaires de la CCAM. Le souschapitre 18.01 concerne les gestes d'anesthésie complémentaire, distingués des gestes complémentaires en raison de leur particularité de comportement pour le codage. Au sein du souschapitre 18.02, les libellés de gestes complémentaires sont classés en paragraphes suivant l'ordre des chapitres 01 à 17, selon le système, l'appareil ou l'organe sur lequel s'exerce l'action.

1.4 RÈGLES ET CONVENTIONS DE RÉDACTION DES LIBELLÉS DES CHAPITRES 1 À 18 DE LA CCAM

La construction des libellés des chapitres 1 à 18 la CCAM a suivi des principes visant à uniformiser leur écriture tant au niveau de leur présentation que du vocabulaire utilisé. Les objectifs poursuivis sont la garantie de la lisibilité et la non-ambiguïté sémantique des libellés.

1.4.1 Concepts

Les concepts adoptés pour la construction des libellés de la CCAM sont conformes aux stipulations de la prénorme prEN 1828 du Comité européen de normalisation (CEN). Tous les libellés des chapitres 1 à 18 de la CCAM ont subi une analyse automatisée afin de vérifier le respect de cette spécification.

Un libellé définit une action sur une topographie : organe, site anatomique, tissu ou fonction, et précise, si besoin est, le mode d'accès et la méthode utilisés. Ces informations sont les quatre " axes pertinents " structurant les libellés. En fait, seule l'action apparaît un axe rigoureusement nécessaire pour la définition d'un acte, et, par-là, constant dans le libellé. L'objet sur lequel elle porte peut ne pas être mentionné, s'il a été volontairement choisi de ne pas préciser la topographie de cette action.

Exemple : Remnographie [IRM] comportant 6 séquences ou plus

Le mode d'accès et la méthode ne figurent que s'il existe des variantes utiles à décrire, ou si l'absence de leur description peut générer une ambiguïté.

La mention de l'affection traitée n'a pas été autorisée dans les libellés comme critère distinctif entre des actes de même nature, lorsque des précisions sur le type de l'action, son étendue,

le mode d'accès ou la technique utilisée permettaient cette distinction. Dans ce but, il a été veillé à qualifier le plus précisément possible l'action réalisée. L'objectif général poursuivi par la CCAM est bien de différencier les actes sur leurs caractéristiques techniques ou sur les moyens qu'ils mettent en œuvre, indépendamment des indications de leur exécution. Il est rappelé qu'un certain nombre d'informations complémentaires : âge et sexe du sujet, affection prise en charge..., non incluses dans les libellés, figure dans tout résumé d'hospitalisation en établissement de santé, et peut apporter des précisions utiles sur la réalisation de l'acte. Une note renseigne parfois sur l'affection habituellement traitée par l'acte décrit.

Exemple : Injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique dans les muscles oculomoteurs

*Traitement du **strabisme concomitant ou paralytique***

Il a parfois été nécessaire d'accepter la mention d'une affection médicale, d'une notion d'âge ou de sexe dans le libellé pour distinguer des actes techniquement identiques, mais pour lesquels la nature de l'affection prise en charge, l'âge ou le sexe, influe sur les ressources mobilisées. Il aurait alors été trop difficile de les décrire sans le recours à cette précision. Ainsi, des techniques analogues d'épuration extrarénale sont-elles différenciées selon que le patient est atteint d'une insuffisance rénale aiguë ou chronique.

Exemple : Séance d'épuration extrarénale par dialyse péritonéale pour **insuffisance rénale chronique**

Épuration extrarénale par dialyse péritonéale pour **insuffisance rénale aiguë**, par 24 heures

De même, cette mention est-elle présente lorsque le terme d'action est volontairement gardé vague. C'est particulièrement le cas des libellés décrivant des interventions de même finalité, mais de fréquence relativement rare et de très grande variabilité technique ; cette attitude est tout spécialement adoptée pour les actes de traitement des affections congénitales. Pour les exposer dans un nombre limité de libellés, il a ainsi parfois été choisi d'employer un terme d'action générique – comme réparation, correction – recouvrant de très nombreuses variantes volontairement non distinguées, et de préciser l'affection traitée.

Exemple : Reconstruction de l'œsophage en un temps pour **atrésie** sans fistule, par thoracotomie

Réparation à l'étage atrial de la **transposition des gros vaisseaux**, par thoracotomie avec CEC

Il faut enfin insister sur le fait qu'il n'est jamais fait référence à la qualité ou la spécialité de l'exécutant dans le libellé des actes. Tout acte décrit dans la CCAM peut être utilisé par un professionnel de santé pour coder son activité, si cet acte entre dans son champ de compétence et correspond bien à la nature de l'acte exécuté.

1.4.2 Syntaxe

Chaque libellé est élaboré par une relation syntaxique entre les termes décrivant ces axes, de type action – objet direct – objet indirect.

En règle générale, l'action introduit le libellé, le mode d'accès et la méthode utilisés figurent en fin d'énoncé.

Exemples : Dilatation intraluminale d'une artère du membre inférieur sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée

Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de moins de 2 cm de grand axe, par voie buccale sans laser

Fréquemment, action et topographie sont groupées en un seul terme dont la topographie est le radical et l'action le suffixe. Technique et action peuvent aussi être combinées dans un même terme, précisant éventuellement la topographie de l'action.

Exemples : Thyroïdectomie totale, par cervicotomie

Vectocardiographie

1.4.3 Précision

Toute expression n'améliorant pas le pouvoir descriptif d'un libellé a été supprimée. L'absence d'information ne porte jamais sur le terme d'action, axe rigoureusement constant. Cette absence d'information peut concerner la mention du mode d'accès, de la topographie ou de l'emploi d'une méthode ou d'une technique particulière.

- Pour la mention du mode d'accès, lorsqu'il est évident et univoque, absent, non descriptible ou indifférent.

Exemples : Réduction de luxation d'une dent

Analyse tridimensionnelle de la marche sur plateforme de force

Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur 1 main

Exérèse de chalazion

Ce dernier libellé décrit toutes les exérèses de chalazion, quel que soit l'abord : cutané, conjonctivotarsien ou combiné.

Lorsque l'on veut le distinguer d'autres types d'accès : non effractifs ou endoscopiques, l'accès par une incision chirurgicale non descriptible ou indifférente quant à sa topographie est décrit par l'expression *par abord direct*.

Exemples : Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage

Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre inférieur, par abord direct

- Pour la mention de la topographie : cette situation correspond toujours à des libellés utilisables pour toute localisation : sens de *quelle que soit la localisation*. Ces libellés sont regroupés dans le chapitre 17 .

Exemple : Échographie transcutanée, au lit du malade

- Pour la mention d'emploi d'une méthode ou d'une technique particulière : cette information ne figure dans les libellés que lorsqu'elle a été jugée discriminante.

En l'absence de précision sur un des quatre axes de description, un libellé recouvre donc toutes les variantes d'exécution de l'acte correspondant, si elles existent pour cette information : sens de *quelle que soit l'information*.

Plus généralement toute absence de précision sur une information dans un libellé en autorise l'utilisation pour le signalement de toutes les variantes d'un acte.

Exemple : Radiographie du thorax

L'absence d'indication du nombre d'incidences dans ce libellé, ordinairement mentionné dans les autres libellés de radiographies, conduit à considérer qu'il peut être utilisé pour décrire tous les actes de radiographie du thorax, quel que soit le nombre d'incidences réalisées.

1.4.4 Lexicographie et sémantique

Les stipulations rédactionnelles suivantes ne concernent rigoureusement que la rédaction des libellés ; les notes indicatives, généralement fournies pour aider les utilisateurs dans le choix du libellé adéquat, utilisent une terminologie plus proche de leur mode d'expression habituel, et ne sont pas soumises aux mêmes contraintes d'écriture.

1.4.4.1 Principes

Les termes utilisés ont été choisis pour répondre à plusieurs critères.

- Concordance avec la terminologie internationale quand elle a été validée ; la préférence lui est alors donnée sur le langage habituellement employé en France : c'est le cas de l'ensemble du vocabulaire anatomique.
- Respect de l'orthographe figurant dans des ouvrages de référence courants : le nouveau Petit Robert (Dictionnaires Le Robert, Paris ; réimpression et mise à jour mars 1995) ; Dictionnaire des termes de médecine, Garnier-Delamare (Paris : Maloine, 1998 ; 25^{ème} édition, et suivantes). Diverses recommandations émanant du Conseil supérieur de la langue française et de la Commission spécialisée de terminologie et de néologie compétente pour le domaine de la santé et le domaine social ont amené à des modifications de ces choix orthographiques, exposées plus loin.
- Suppression de tout vocable impropre et de tout terme ou locution d'origine étrangère. Dans ce dernier cas, un équivalent francisé a été employé. Les néologismes utilisés sont généralement ceux préconisés par la Commission spécialisée de terminologie et de néologie compétente pour le domaine de la santé et le domaine social, validés et diffusés par la Commission générale de terminologie et de néologie dans ses rapports annuels.
- Respect du sens des termes, selon ces mêmes références.
- Qualité de l'élaboration sémantique. Le respect de la pureté étymologique des mots n'a pas pu être toujours observé, en particulier pour tous les néologismes décrivant une action sur un organe : dans ces cas, le radical devrait désormais être issu d'une racine latine dérivant de la terminologie anatomique, tandis que l'action est le plus souvent définie par un suffixe d'origine grecque.

L'ensemble de ce travail a été mené initialement en collaboration avec la commission de terminologie de l'Académie nationale de Médecine, puis soumis au jugement de la Commission spécialisée de terminologie et de néologie compétente pour le domaine de la santé et le domaine social. Celle-ci se prononce sur la régularité de l'emploi des termes de la CCAM avant sa publication et vérifie leur conformité aux recommandations en matière de vocabulaire.

Un soin particulier est apporté pour que chaque libellé soit signifiant hors contexte, c'est-à-dire intelligible même déplacé de sa position dans la CCAM : il doit donc comporter tous les termes permettant sa compréhension sans ambiguïté. En ce sens, le recours à la formulation « autres ... » n'a pas été retenu dans la rédaction des libellés.

Une actualisation de l'orthographe, voire une modification de la terminologie, sera envisagée selon l'évolution des références auxquelles la rédaction des premières éditions a recouru.

1.4.4.2 Définition du vocabulaire employé

Un effort lexicographique a été effectué, pour éviter les litiges provenant d'une interprétation défectueuse ou divergente des termes employés par les différents acteurs du système de santé, praticiens ou professionnels de l'information. Si l'usage habituel des termes qui prévaut dans le domaine médical et ne suscite pas d'équivoque a été conservé, il a par contre été nécessaire d'harmoniser la terminologie dans tous les autres cas : un même terme conserve le même sens dans l'ensemble de la CCAM, une même information est traduite par le même terme ou la même expression. Pour en aider la compréhension et lever toute ambiguïté sémantique, tous les termes concernant les actions et les modes d'accès sont précisés par des définitions fournies en annexes à cette partie. La totalité des termes utilisés pour décrire ces deux axes a d'abord été répartie par famille d'action ou type d'accès ; chaque terme générique a ensuite reçu une définition. Si elle est généralement conforme à celle fournie dans les ouvrages lexicographiques cités en référence, elle peut, dans certains cas, avoir été adaptée : restriction de sens, précisions spécifiques, pour son emploi particulier dans cet ouvrage. En cas de litige, ces définitions prévaudront sur tout autre document.

Dans le domaine anatomique, la terminologie employée est la version francisée de la nomenclature internationale ; il a été recouru à l'édition française du Répertoire illustré d'anatomie humaine d'Heinz FENEIS, (Antoine DHEM, Paris : MEDSI édit, 1986). L'adoption de ce vocabulaire a entraîné la création de néologismes dérivés des substantifs de cette nomenclature ; ainsi, le terme *submandibulectomie* doit-il remplacer celui de *sousmaxillectomie*, conformément à l'évolution du vocabulaire anatomique, même si sa construction semble moins correcte sur le plan sémantique. Ces cas sont cependant rares, les termes consacrés par l'usage ayant été habituellement conservés : *amygdalectomie*, par exemple, au lieu de *tonsillectomie palatine*.

Pour faciliter la recherche par les utilisateurs, lorsque l'usage n'est pas fixé, on a retenu une formulation identique d'un même terme pour toute la CCAM, ou un principe identique de construction terminologique, en privilégiant le plus correct sémantiquement. Ainsi, les termes topographiques composés avec les préfixes *intra* et *endo*, *extra* et *exo* étant souvent employés

de façon variable selon les domaines – voire au sein d’un même domaine – il a été décidé de n’utiliser que les préfixes *intra* et *extra*. Dans le vocabulaire anatomique, les préfixes *sus* et *sous* sont remplacés par *supra* et *infra* ou *sub*.

1.4.4.3 Polysémie

Lorsqu’un terme présente plusieurs significations, il a été décidé de ne l’employer que dans l’un de ses sens pour éviter toute confusion, ou de le remplacer par une locution explicite. Par exemple, le suffixe *lyse* a les sens très différents de *destruction*, de *séparation* ou de *libération*. Il reste utilisé dans les termes où son maintien n’entraîne pas d’ambiguïté terminologique : *dialyse*, *fibrinolyse*, *thrombolyse*. Par contre, le terme *neurolyse* pourrait être employé avec les deux sens de *destruction* ou de *libération* de nerf ; pour éviter une erreur sur la signification de ce terme, il n’a pas été retenu dans la rédaction des libellés et a été remplacé par les deux expressions *destruction de nerf* et *libération de nerf*.

1.4.4.4 Expressions éponymes

L’emploi d’une expression éponyme, telle que *intervention selon X*, même courante, n’a pas été retenue dans les libellés : les variantes depuis la description originale sont souvent nombreuses, les patronymes employés variables selon les écoles et les habitudes, ce qui ne permet pas toujours de connaître exactement le geste effectué. Il a donc, là encore, été préféré fournir une description précise de la technique mise en œuvre. Par contre, une expression éponyme d’usage fréquent peut figurer en note d’inclusion quand il est apparu que sa mention facilitait la recherche ou la compréhension du libellé par l’utilisateur.

1.4.4.5 Termes et locutions imprécis

L’objectif poursuivi d’employer un vocabulaire défini, standardisé et non ambigu, a obligé à éviter tout terme d’action trop vague, sans réelle qualité descriptive : *cure chirurgicale*, *traitement*, *réintervention*, etc.. Quand des termes ou expressions de ce type ont été conservés par habitude de langage, des précisions ont été fournies aux utilisateurs pour les aider dans la compréhension du sens de tels libellés. Ainsi, par exemple, l’expression *cure de hernie* a été maintenue à la demande des chirurgiens, mais une note en explicite la signification.

Dans un souci de simplification, le recours à des termes génériques parfois peu précis a cependant pu être accepté lorsque le traitement de certaines affections, en particulier congénitales, utilise des modalités techniques nombreuses et souvent difficilement descriptibles : il a semblé préférable de ne pas les détailler et de les regrouper dans un libellé dont le terme d’action permet de toutes les englober. Le recours à la mention de l’affection traitée est alors indispensable pour expliciter les conditions d’emploi de ces libellés.

Exemple : Correction d’une anomalie du retour veineux systémique sans prothèse, par thoracotomie avec CEC

1.4.4.6 Orthographe

Les recommandations du Conseil supérieur de la langue française (Documents administratifs, édité au Journal officiel de la République Française, N°100, 6 décembre 1990) ont été habituellement suivies, spécialement pour l'emploi de l'accentuation et du trait d'union. Celui-ci a été généralement abandonné dans les mots composés. Il ne persiste que dans les situations suivantes :

- Lorsque le terme est composé de plus de deux radicaux, pour en faciliter la lecture, il est alors placé entre chacun des radicaux.

Exemples : Laco-dacryo-cysto-rhinostomie sans laser

Œsophago-pharyngo-laryngectomie totale avec œsophagogastroplastie, par cervicotomie et par laparotomie

- Lorsque le rapprochement de deux voyelles dû à la suppression du trait d'union entraîne une ambiguïté de compréhension ou de prononciation : entre *a* et *i* ou *u*, *e* et *i* ou *u*, *o* et *i* ou *u*.

Exemple : Scintigraphie de l'élimination pyélo-urétérale

- Lorsque le terme est formé par l'union de plusieurs termes entiers.

Exemples : Résection-anastomose de l'artère carotide commune, par cervicotomie

Il n'y a jamais de trait d'union entre un radical et un suffixe, ni entre un préfixe et un radical, même après *sous*, *sus* et *post*, sauf en cas de rapprochement litigieux de deux voyelles.

1.4.5 Particularités de rédaction

1.4.5.1 Emploi du sens partitif

Pour éviter le recours à l'expression *un* ou *plusieurs* dans les libellés où le nombre de sites ou de lésions sur lesquels porte l'action est indifférent, il est convenu d'employer l'article partitif *de*. L'information est alors toujours donnée au singulier. Il s'agit d'une information de type générique ; cette modalité d'écriture a toujours le sens de *quel qu'en le soit le nombre*, jamais celui de *un seul*.

Exemple : Ablation de corps étranger de la cavité nasale

Ce libellé concerne l'ablation d'un ou de plusieurs corps étrangers de la cavité nasale.

D'une façon générale, un libellé qui ne comporte pas dans son intitulé de précision sur le nombre de lésions examinées ou traitées désigne implicitement un acte effectué sur une ou plusieurs lésions de même nature. Cette notion est conforme au principe général énoncé plus haut : l'absence de précision sur une information permet l'utilisation du libellé quelles que soient les conditions de réalisation de l'acte.

Exemple : Kystectomie ou périkysectomie hépatique, par laparotomie

Ce libellé décrit indifféremment l'exérèse d'un seul kyste ou de plusieurs kystes du foie au cours de la même laparotomie. Il a le sens de *kystectomie hépatique* ou d'*exérèse de kyste du foie*, quel qu'en soit le nombre. Cette rédaction a été jugée préférable aux formulations de *Kystectomie(s) hépatique(s)*, *Exérèse unique ou multiple de kyste(s) du foie*, *Exérèse d'un ou plusieurs kystes du foie* ; elle en possède cependant le sens.

Exemple : Biopsie musculaire, par voie transcutanée

Toute biopsie de muscle par voie transcutanée est décrite par ce libellé, quel que soit le nombre de prélèvements effectués.

1.4.5.2 Emploi d'indication numérale

Lorsqu'un nombre de sites ou de lésions mérite d'être précisé, il est inscrit explicitement. Dans ce cas, le terme « un » est toujours employé comme adjectif numéral et non comme article indéfini : il a toujours le sens de un seul, et s'oppose à plusieurs ou multiples, ou à un nombre précisé différent de un. Les indications numériques fournies dans les libellés peuvent avoir des formats différents.

- Un nombre précis : Les nombres donnés dans les libellés sont écrits en chiffres quand cela en simplifie la lecture et la distinction.

Exemple : Réimplantation d'1 dent permanente expulsée

Réimplantation de 2 dents permanentes expulsées

Réimplantation de 3 dents permanentes expulsées, ou plus

- Une indication imprécise : plusieurs ou multiples, opposée à un ; elle a toujours le sens de 2 ou plus.

Exemple : Ponction ou cytoponction d'une lésion de la glande thyroïde, par voie transcutanée avec guidage échographique

Ponction ou cytoponction de plusieurs lésions de la glande thyroïde, par voie transcutanée avec guidage échographique

- Une valeur fixée entre des bornes, constituant une classe. En l'absence de borne supérieure l'expression employée est *n ou plus* dans le cas de valeur discrète, *plus de* dans le cas de valeur continue : taille, surface, taux.... En l'absence de borne inférieure l'expression employée est *moins de*.

Exemple : Séance de destruction de 1 à 5 lésions cutanées superficielles, par électrocoagulation

Séance de destruction de 6 lésions cutanées superficielles ou plus, par électrocoagulation

1.4.5.3 Sens de bilatéral

La notion de bilatéralité concerne les actes sur des organes ou des régions pairs et symétriques : *oreille*, *sein*, *aine*, *genou*, par exemple. Le terme *bilatéral* a toujours, et

exclusivement, le sens de de *chaque côté du plan sagittal*, c'est-à-dire *droit* et *gauche*. Ainsi, le libellé *Radiographie bilatérale du genou* signifie bien : radiographie du genou droit et du genou gauche, et non radiographie des faces médiale et latérale d'un seul genou.

Lorsque la réalisation unilatérale ou bilatérale de l'acte est jugée indifférente, un seul libellé est écrit, comportant la mention *unilatéral* ou *bilatéral*.

Exemple : Téléradiographie **unilatérale ou bilatérale** du membre supérieur en totalité, de face
Cette information peut être apportée par une note d'entête de la subdivision contenant l'acte et ne pas figurer dans le libellé lui-même : ainsi l'acte *Échographie de l'œil et/ou de l'orbite en mode B* doit bien être considéré comme unilatéral ou bilatéral en raison de la note en tête du paragraphe où il est classé.

Lorsque l'acte bilatéral est aussi voire plus fréquent que l'acte unilatéral, ou lorsqu'il met en jeu des modalités techniques différentes, il est distingué de l'acte unilatéral par un libellé particulier ; le texte du premier précise le caractère unilatéral de l'acte, le second, son caractère bilatéral :

Exemple : Plastie unilatérale d'oreille décollée
Plastie bilatérale d'oreille décollée

Dans tous les autres cas, l'intitulé des libellés décrivant un acte sur un organe ou un site pair ne précise pas leur caractère unilatéral ou bilatéral : par convention, sous réserve de l'absence de note particulière, un tel acte est alors considéré comme un acte strictement unilatéral.

Exemples : Ostéodensitométrie du calcaneus par échographie
Radiographie de l'avant-bras

Ces deux libellés désignent uniquement des actes unilatéraux. En cas de réalisation d'un acte de ce type de façon identique de chaque côté, on suivra les consignes exposées au point 3.4.3.1 *Codage d'actes identiques au cours de la même intervention* sur les modalités de codage des actes bilatéraux.

1.4.6 Signes conventionnels

1.4.6.1 Les crochets – [] –

Ils isolent un terme ou une locution équivalent ou synonyme du terme ou de la locution le précédant. Il peut s'agir d'un synonyme ou d'un terme d'emploi habituel ou d'un sigle d'emploi fréquent.

- Synonyme vrai qui peut lui être substitué.

Exemple : Excision d'une fissure anale [Fissurectomie anale]

- Terme d'emploi habituel, dont on recommande cependant d'éviter l'usage en raison de son impropriété sémantique, de son origine étrangère, ou de son obsolescence à la suite de l'adoption de la terminologie anatomique internationale francisée ou de l'actualisation du vocabulaire par la Commission spécialisée de terminologie et de néologie pour le

domaine de la santé et le domaine social. D'une façon générale, la recommandation est d'utiliser le terme ne figurant pas entre crochets.

Exemples : Pose d'une coiffe de recouvrement d'une racine dentaire [*Coping*]
Choc électrique cardiaque transcutané [Cardioversion externe], en urgence

- Sigle d'emploi fréquent, par exemple : ECG, CEC.

Lorsque cette équivalence est fournie pour une grande partie ou la totalité des libellés d'une subdivision, elle est placée dans le titre et non répétée dans les libellés de cette subdivision.

1.4.6.2 Les parenthèses – () –

Les parenthèses ne figurent pas dans les libellés : elles sont uniquement employées pour encadrer le code d'un acte ou le numéro d'une subdivision mentionné dans une note d'utilisation, note *À l'exclusion de* ou note *Coder éventuellement*. Cette mention aide l'utilisateur en l'orientant vers la partie de la CCAM où il trouvera le libellé exact décrivant l'acte auquel la note fait référence.

Exemples : Œsophagostomie cutanée, par cervicotomie
À l'exclusion de : œsophagostomie avec gastrostomie ou jéjunostomie (HECA003)
Exérèse de lésion du sourcil et de la paupière
Avec ou sans : suture immédiate
Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 02.02.05)

1.4.7 Opérateurs

1.4.7.1 Les prépositions avec et sans

La préposition *avec* relie plusieurs mots, locutions ou propositions dont la présence simultanée dans l'intitulé de l'acte à coder est nécessaire pour l'identifier au libellé correspondant de la CCAM.

- Quand la préposition *avec* relie des libellés d'actes isolés, la formulation correspond à la description d'une procédure.

Exemple : Cholécystectomie **avec** ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par laparotomie

Pour en simplifier la rédaction, les libellés des actes isolés constitutifs de cette procédure n'apparaissent pas avec la mention *sans*.

Exemples : Cholécystectomie, par laparotomie
Ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par laparotomie

- Inversement, quand un libellé précise l'emploi d'une technique ou d'une méthode particulière en l'introduisant par la conjonction *avec*, la CCAM doit contenir un libellé

décrivant le même acte *sans* l'emploi de cette technique ou de cette méthode. Ce libellé-ci précède celui-là dans la présentation de la CCAM.

Exemple : Polysomnographie de 4 à 8 heures, **sans** enregistrement vidéo

Polysomnographie de 4 à 8 heures, **avec** enregistrement vidéo

1.4.7.2 La conjonction *et*

La conjonction *et* relie plusieurs mots ou propositions dont la présence est nécessaire dans l'acte à coder.

- La conjonction *et* remplace la préposition *avec* quand l'emploi en semble plus élégant. Elle en garde le sens inclusif obligatoire.
- La conjonction *et* relie plusieurs actions, plusieurs topographies ou plusieurs modalités techniques.

Exemple : Suture de plaies du nerf médian **et** du nerf ulnaire au poignet, par abord direct

1.4.7.3 La conjonction *ou*

La conjonction *ou* introduit une proposition alternative : elle n'est employée qu'avec un sens exclusif : l'un ou l'autre, jamais les deux. Cette construction limite le nombre de libellés, en permettant de coder de façon identique des actes dont les différences techniques n'ont pas paru suffisantes pour les distinguer selon l'action, l'organe traité, le mode d'accès ou la technique utilisée.

Exemples : Interposition **ou** apposition de lambeau pleural **ou** péricardique, au cours d'une intervention intrathoracique

Évacuation de collection intraabdominale, par coéloscopie **ou** par rétropéritonéoscopie

Embolisation sélective **ou** hypersélective d'une artère digestive, par voie artérielle transcutanée.

1.4.7.4 L'expression *et/ou*

Cette expression a été conservée pour simplifier la rédaction des libellés, malgré son impropriété. Elle équivaut à la conjonction *ou*, employée ici dans un sens inclusif : l'un, ou l'autre, ou l'un et l'autre. Elle permet de coder de façon identique des actes dans l'intitulé desquels les termes ou propositions reliés par cette expression sont présents séparément ou simultanément.

Exemple : Parage **et/ou** suture de plaie de l'auricule

Ce libellé décrit le parage seul, la suture seule, ou le parage suivi de suture immédiate de plaie, unique ou multiple de l'auricule.

1.4.8 Ponctuation

La virgule placée entre les termes d'une énumération remplace toujours l'opérateur employé entre les deux derniers termes de cette énumération.

Exemples : Réduction d'une luxation de l'articulation tibiotalienne, talocalcanéenne et/ou médiotarsienne, par arthrotomie

Le sens de ce libellé est : Réduction d'une luxation de l'articulation tibiotalienne et/ou talocalcanéenne et/ou médiotarsienne, par arthrotomie.

Section, allongement ou transfert tendineux pour correction unilatérale d'attitude vicieuse de la hanche, du genou et du pied, par abord direct

Le sens de ce libellé est : Section ou allongement ou transfert tendineux pour correction unilatérale d'attitude vicieuse de la hanche et du genou et du pied, par abord direct.

1.5 NOTES D'UTILISATION DES LIBELLÉS

Si le travail rédactionnel présenté ci-dessus vise à lever toute équivoque sur la compréhension des libellés de la CCAM, des incertitudes peuvent persister sur le contenu technique des actes décrits ou sur leurs conditions d'utilisation. C'est pourquoi des informations supplémentaires accompagnent parfois les libellés pour renseigner les utilisateurs sur leurs conditions d'emploi.

Elles peuvent être fournies sous forme de notes : d'ordre particulier, ces consignes et précisions sont inscrites sous les libellés concernés ; d'ordre plus général, elles sont placées en tête de la subdivision concernée : chapitre, souschapitre, paragraphe ou sousparagraphe selon les cas. Par souci de clarté de présentation et de facilité d'utilisation du volume analytique, une information commune à la plupart, voire à tous les libellés d'une même division de la CCAM est en effet placée en tête de cette division et non répétée au niveau de ceux d'entre eux concernés par cette consigne. La consultation systématique de toutes les informations et notes d'accompagnement attachées à chacun des libellés est indispensable.

Des indications sur l'utilisation des libellés peuvent également être données sous forme de symboles ou de modalités de présentation particulières, variables selon les modalités de publication du volume analytique. L'objectif est de fournir à l'utilisateur toutes les informations nécessaires à l'usage adéquat d'un libellé.

L'utilisation correcte des libellés oblige à ne pas se limiter à la lecture de leurs seuls énoncés : l'attention des utilisateurs est spécialement attirée sur la nécessité d'une lecture soignée des libellés avec l'ensemble des notes d'utilisation les concernant, même placées à distance. Leur mise en œuvre s'impose de façon identique pour tout utilisateur.

ATTENTION : certaines notes d'utilisation de portée très générale, concernant des libellés nombreux, mais répartis dans l'ensemble des chapitres, sont fournies dans une annexe, publiée à la fin du présent guide. Il convient d'en prendre connaissance avant de se reporter au chapitre particulier où se trouve inscrit le libellé à utiliser.

1.5.1 Présentation des notes

Les notes sont écrites dans une typographie distincte, en caractères italiques, soit sous le titre d'une subdivision de la CCAM, soit sous un libellé. Elles sont des recommandations en termes de codage, valables quel que soit le secteur d'exercice du praticien et indépendantes des règles spécifiques à la tarification et au PMSI.

L'ordre de présentation des notes a été choisi identique tout au long de la CCAM.

Viennent d'abord les notes de construction :

- notes d'exemple, *Comprend, [...] comprend,*
- notes *Avec ou sans ;,*
- notes *À l'exclusion de ;,*
- notes *Coder éventuellement ;.*
- notes explicatives : *Par [...], on entend ;,* et *Le [...] inclut.*

Dans certains cas sont ajoutées des notes non formalisées.

Viennent ensuite les notes de prise en charge précisant les conditions de réalisation de l'acte :

- Indication ;,*
- Formation ;,*
- Environnement ;,*
- Recueil prospectif de données : .*

Enfin pour les besoins de la tarification paiement à l'acte sont ajoutées des notes de facturation : *Facturation.*

1.5.2 Notes de construction

1.5.2.1 Notes d'exemple

Les notes d'exemple sont données comme des exemples non limitatifs d'emploi des libellés. Elles procurent habituellement au codeur un certain nombre d'illustrations d'usage courant, en lui fournissant des exemples sans prétendre en faire une énumération exhaustive.

Lorsque la note d'exemple s'adresse à toute une subdivision de la classification, elle est introduite par le terme *Comprend* : placé sous le titre de la subdivision. Ces notes doivent être lues en association avec le titre.

Exemple : Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional

Comprend :

- *couverture de perte de substance par lambeau*
- *comblement de dépression ou de cavité par lambeau*
- *interposition ou apposition de lambeau sur un viscère.*

Lorsque la note d'exemple concerne un libellé, elle est placée sous celui-ci, distinguée par sa typographie différente de celle du libellé, sans être introduite par le terme *Comprend* : .

Exemple : Fermeture du vagin

Colpocléisis

Opération selon Lefort, selon Conill–Serra

Cloisonnement vulvovaginal.

Peuvent figurer dans les notes d'exemple des termes ou des expressions fréquemment employés dans le langage médical, mais ne répondant pas aux règles de rédaction de la CCAM ; on y trouve, en particulier, la désignation de certaines interventions utilisant des expressions éponymes courantes.

1.5.2.2 Notes Avec ou sans

L'expression *Avec ou sans* : introduit une liste d'actes ou de gestes, dont la réalisation éventuelle au cours de l'acte décrit par le libellé ne modifie pas l'utilisation de celui-ci. En effet, ils n'ont été jugés discriminants ni en termes de description, ni en termes de valorisation pour la réalisation de l'acte considéré. Ils ne doivent donc pas être codés en sus de l'acte principal – si cela était possible –, s'ils sont effectués dans la même intervention.

Exemple : Rectoscopie au tube rigide

Avec ou sans : *anuscopie.*

Il en est de même de l'emploi de certaines techniques dont l'intérêt médical ou la mobilisation de ressources n'a pas paru un élément déterminant pour l'écriture d'un libellé particulier.

Exemple : Conisation du col de l'utérus

Avec ou sans : *laser.*

1.5.2.3 Notes À l'exclusion de

L'expression *À l'exclusion de* : précise les termes qui ne sont pas compris dans l'énoncé du titre ou du libellé, même si celui-ci suggérerait la possibilité de cette utilisation : exclusion terminologique. Elle signale également les conditions dans lesquelles la division concernée : chapitre, paragraphe, libellé, etc. ne doit pas être employée : exclusion technique. Elle permet ainsi d'éviter des erreurs de codage, en particulier quand des actes proches sur le plan technique sont classés à distance l'un de l'autre. À l'inverse de la note d'exemple, la note d'exclusion est limitative : tout ce qui n'est pas explicitement exclu est sousentendu dans le sens de l'énoncé.

La rédaction de cette note est identique quelle que soit sa position dans la CCAM au niveau d'un titre ou au niveau d'un libellé.

Exemples : 08 APPAREIL URINAIRE ET GÉNITAL

À l'exclusion de : *actes concernant la procréation et la grossesse (cf chapitre 09)*

Évacuation d'hématome intracérébral non traumatique, par craniotomie

À l'exclusion de : *évacuation de collection intracrânienne postopératoire, par reprise de la craniotomie précédente (AAJA005)*

Une information entre parenthèses permet à l'utilisateur de se reporter à la subdivision ou au libellé cité dans cette exclusion, en lui en fournissant le numéro de la subdivision ou le code de l'acte, cité.

1.5.2.4 Notes Coder éventuellement

L'expression *Coder éventuellement* : signale un ou des actes non inclus dans la description de l'acte principal ; il s'agit d'actes à coder en sus en cas de réalisation conjointe. Seules les combinaisons relativement stéréotypées sont indiquées à l'aide de cette note. Les conditions de ces associations sont précisées dans le chapitre des règles particulières de codage de la CCAM.

Exemple : Exérèse de malformation artérioveineuse cutanée et/ou souscutanée

Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 16.03.08, 16.03.10).

Une information entre parenthèses permet à l'utilisateur de se reporter à la subdivision ou au libellé cité dans cette note, en lui en fournissant le numéro ou le code

1.5.2.5 Notes explicatives

Ces notes sont toujours placées sous le titre d'une subdivision. Elles visent à faciliter la compréhension des libellés ou à en préciser les conditions d'utilisation.

- Elles expliquent le sens de certains termes ou de certaines locutions, particuliers à cette partie de la CCAM. Il s'agit là d'un complément du travail lexicographique exposé ci-dessus, permettant de plus une simplification de la rédaction des libellés. Leur formulation est *Par ..., on entend* .:

Exemple : *Par endoprothèse vasculaire, on entend : prothèse vasculaire non couverte, posée par voie vasculaire transcutanée.*

- Elles fournissent des explications sur le contenu technique implicite d'un acte, décrivant les gestes qui y sont habituellement inclus, et dont la réalisation éventuelle interdit le codage supplémentaire – s'il était possible –. Les notes de cette sorte sont rédigées sous la forme *Le (La) (Les) ... inclut (incluent) :*

Exemple : *La réduction d'une luxation, par abord direct inclut la réparation de l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation par suture ou plastie, la stabilisation de l'articulation [arthrorise] par matériel et/ou la contention par appareillage rigide externe.*

1.5.2.6 Notes non formalisées

Certaines notes ne respectent pas le formalisme des notes ci-dessus. Elles sont généralement placées sous le titre d'une subdivision.

Elles peuvent donner des consignes de codage en texte libre.

Exemple : Les surfaces indiquées dans les libellés correspondent aux surfaces totales cumulées des zones traitées.

Dans d'autres cas elles renvoient l'utilisateur vers une autre division de la CCAM qu'il doit consulter avant de choisir le libellé décrivant le plus exactement l'acte réalisé.

Exemple : Résection osseuse de la base du crâne

Voir aussi 01.02.05 Exérèse de tumeur intracrânienne extraencéphalique

Certaines fournissent des indications sur l'utilisation des codes *Extension documentaire*.

Exemple : Actes thérapeutiques sur les artères du membre supérieur

Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées avec les codes marqués d'un symbole distinctif pour préciser la topographie artérielle au membre supérieur :

- A artère subclavière en aval de l'ostium de l'artère vertébrale
- B artère axillaire
- C artère humérale
- D artère radiale
- E artère ulnaire

1.5.3 Notes de prise en charge

Certains libellés sont complétés de notes fixant des conditions particulières de réalisation pour respecter les recommandations émises par la Haute autorité de santé. Elles précisent successivement les limites d'indication, les exigences en matière de formation puis d'environnement, la nécessité d'un recueil prospectif de données.

Exemple : Pose d'un implant auditif à électrodes du tronc cérébral

Indication : surdité neurosensorielle bilatérale sévère à profonde, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel, lorsque la cause de la surdité ne permet pas l'implantation cochléaire

Formation : équipe pluridisciplinaire otoneurochirurgicale expérimentée en chirurgie de la base du crâne

Environnement : spécifique : centre référent en implantation cochléaire intégrant une équipe neurochirurgicale ayant une grande expérience en chirurgie de la base du crâne, disposant d'un équipement otoneurochirurgical.

1.5.4 Notes de facturation

Ces notes rédigées par l'Assurance maladie apportent des précisions pour le paiement à l'acte. Elles peuvent être placées au niveau d'une subdivision, ou plus fréquemment au niveau du libellé.

Exemple : Mise en place et surveillance d'une analgésie contrôlée par le patient [ACP] [PAC]

À l'exclusion de : analgésie postopératoire

Facturation : une seule fois pendant le séjour

1.6 CHAPITRE 19

Le chapitre 19 ADAPTATIONS POUR LA CCAM TRANSITOIRE est un chapitre particulier créé en 2005 par l'Assurance maladie. Son objectif était de permettre la transition en matière de tarification pour le paiement à l'acte entre la NGAP et la CCAM. La rédaction de ce chapitre, ne respecte pas l'organisation habituelle des chapitres, ni les règles et convention de rédaction des libellés vues précédemment dans les points 1.2 à 1.5 de ce document.

Ce chapitre contient des libellés codés rangés dans trois souschapitres.

Le souschapitre 19.01 FORFAITS ET ACTES TRANSITOIRES, contient des libellés dont le comportement est pour la plupart similaire à celui des actes isolés des chapitres 1 à 17¹.

Les paragraphes de ce souschapitre sont déclinés initialement par ordre alphabétique des spécialités concernées, puis selon l'ordre de création du paragraphe.

Le souschapitre 19.02 SUPPLÉMENTS, contient des libellés dont le comportement est similaire à celui des gestes complémentaires du souschapitre 18.02. Ils ne peuvent donc pas être codés isolément, mais en association avec un code des chapitres 1 à 18 ou du souschapitre 19.01.

Le souschapitre 19.03 MODIFICATEURS, identifient des situations particulières modifiant les conditions habituelles de facturation de l'acte pour le paiement à l'acte. Un modificateur ne peut jamais être utilisé sans un libellé d'acte. Tous les actes n'autorisent pas l'emploi de modificateur².

L'utilisation du chapitre 19 n'est pas demandée pour le recueil de l'activité médicale des établissements de santé pour le PMSI.

1.7 PARTICULARITÉS DE LA CCAM DESCRIPTIVE À USAGE PMSI

Des libellés supplémentaires sont introduits dans la CCAM descriptive à usage PMSI pour répondre soit au besoin d'identifier et de tracer des actes nouveaux, validés par la HAS, mais qui, pour des raisons de temporalité par exemple ne sont pas inscrits à la CCAM publiée sur le site <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>, soit pour adapter la rédaction de libellés existants aux besoins de maintenance des classifications d'activité telle que la classification GHM.

Ces libellés supplémentaires sont intégrés dans les chapitres 1 à 18 selon les modalités vues précédemment dans les points 1.2 à 1.5 de ce document.

¹ Les actes YYYY028 Guidage échographique, YYYY033 Guidage radiologique, YYYY115 Guidage scanographique et YYYY125 Guidage remnographique, bien que présents dans le souschapitre 19.01 ne peuvent pas être codés isolément, mais en association avec un acte isolé ou une procédure des chapitres 1 à 17.

² La notion de modificateur a depuis la version 1 de la CCAM une application différente de ce qu'elle était dans les versions V0 et V0bis de la CCAM utilisées pour le codage descriptif à partir de 2002. Les modificateurs étaient alors rangés dans le souschapitre 18.03 des CCAM version 0 et V0bis. Les modificateurs présents actuellement dans le souschapitre 19.03 reprennent des concepts existant en NGAP.

Des libellés peuvent être supprimés si la HAS a estimé que leur Service attendu était insuffisant.

La CCAM descriptive à usage PMSI apporte sous forme de notes, placées sur la même ligne que les codes et libellés les informations suivantes :

- des informations complémentaires, en particulier en matière d'indication découlant des avis de la HAS,
- des consignes de codage pour le PMSI.

2 SYSTÈME DE CODIFICATION

Chaque libellé de la CCAM est repéré par un code, que l'utilisateur mentionne pour indiquer l'exécution de l'acte correspondant, conformément aux règles énoncées dans le chapitre suivant. Ce code est appelé code principal de l'acte. Le respect du principe essentiel de bijectivité impose qu'à un libellé ne corresponde qu'un code et qu'inversement un code ne repère qu'un libellé : le codage d'un libellé est donc univoque. Les codes principaux des actes et des gestes complémentaires adoptent la même structure.

Pour décrire complètement une intervention, l'exécutant doit compléter ce code principal par des codes supplémentaires, obligatoires ou facultatifs selon leur nature.

2.1 LE CODE PRINCIPAL

2.1.1 Code principal à 7 caractères - chapitres 1 à 18

2.1.1.1 Structure du code principal à 7 caractères - chapitres 1 à 18

La structure de base du code principal de la CCAM commune à la CCAM tarifante et à la CCAM descriptive à usage PMSI est un code alphanumérique semistrukturé occupant 7 caractères. Elle comporte :

- une partie initiale, sur quatre caractères alphabétiques majuscules ;
- une partie terminale, repérée par trois caractères numériques en chiffres arabes.

Il n'existe pas de séparateur entre ces parties ; la composition de ce code est donc AAAA000. Pour éviter toute confusion avec des caractères numériques, les lettres O et I ne sont pas utilisées.

Les caractères alphabétiques indiquent la localisation anatomique de l'acte sur les deux premiers caractères, l'action réalisée sur le troisième, le mode d'accès ou la technique utilisée sur le quatrième. Le code possède donc une structuration correspondant aux axes pertinents de description du libellé : sa seule lecture permet, dans une certaine mesure, d'identifier la modalité de réalisation de l'acte. Compte tenu du nombre de termes à indexer, les lettres n'obéissent à aucune règle mnémotechnique. Des libellés différents peuvent être signalés par un code comportant le même radical alphabétique, s'ils décrivent une action identique sur le

même site anatomique, utilisant le même mode d'accès ou la même technique : il en est ainsi, par exemple, des libellés d'avulsions dentaires, ou des libellés d'exérèses du poumon, quel qu'en soit le nombre ou les modalités.

Pour repérer distinctement de tels libellés, un compteur numérique sur trois caractères suit ces quatre caractères alphabétiques. À la différence de la partie alphabétique, le compteur n'a pas de rôle structurant. La valeur de ce compteur n'est pas indicative de l'ordre d'apparition du libellé au sein de la CCAM ; cette solution permet l'évolution de la CCAM sans en rompre la logique initiale de présentation et de codification. La plage comprise entre 900 et 999 est réservée aux codes des actes que la Haute autorité de santé a classés en phase de recherche clinique, dont le service attendu a été estimé indéterminé, et qui figurent dans la *CCAM publiée sur le site <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>* de l'Assurance maladie.

2.1.1.2 Le système de codification

Il s'appuie particulièrement sur les travaux terminologiques menés pour définir les termes d'action et les modes d'accès et méthodes. Les subdivisions topographiques ont été constituées en fonction du niveau de détail utile à la description et de l'ordre de présentation de la CCAM. La codification de ces informations est fournie en annexe, avec les tableaux lexicographiques.

- La codification du site anatomique

La première lettre de cette partie du code désigne le système, l'appareil ou la structure sur lequel s'exerce l'action : on comprend donc qu'il existe une similitude avec le plan en chapitres de la CCAM. Une lettre peut correspondre à la totalité d'un chapitre : par exemple, A pour le chapitre 01 consacré au système nerveux, B pour le chapitre 02 sur l'œil. En raison du grand nombre d'actes qu'il contient, le chapitre 04 utilise deux lettres : D pour Cœur et gros vaisseaux et E pour Vaisseaux périphériques. Inversement, une même lettre peut être partagée par deux chapitres : ainsi, la lettre J est commune aux chapitres 08 consacré aux actes sur l'appareil urinaire et les appareils génitaux masculin et féminin, et 09 décrivant les interventions liées à la procréation.

La lettre Z est réservée aux grandes zones topographiques, sans précision de système ou d'organe.

La seconde lettre de cette partie du code apporte un niveau de détail supplémentaire. Associée à la lettre indiquant le système ou l'appareil, elle repère ainsi :

- un organe : par exemple, dans l'appareil digestif (lettre H), la lettre L désigne le foie (HL),
- un tissu : par exemple, PA pour Os, sans mention de localisation,
- une région topographique : par exemple, la lettre B est consacrée au tronc au sein du système tégumentaire (lettre Q),
- une fonction, rattachée par convention à l'organe ou au système effecteur : par exemple, AK pour Mémoire, dans les subdivisions du système nerveux (lettre A).

Sur cette position, la lettre Z est utilisée lorsqu'il n'est pas précisé de localisation sur un appareil ou un organe donné : elle a le sens de « sans précision topographique ». Par exemple,

QZ concerne les actes sur les téguments pour lesquels aucune topographie n'est mentionnée, GZ désigne le système respiratoire sans précision.

Dans le cas où un acte concerne plusieurs localisations, il a été choisi de coder en priorité la localisation la plus profonde ou la plus proche de l'extrémité céphalique ; en cas de difficulté est codée la première localisation décrite dans le libellé.

- La codification du terme d'action

Les termes d'action employés dans la CCAM ont été définis en les regroupant par type d'action ; chacun est repéré par un verbe d'action, ensuite codé. Le choix ayant été fait d'encoder cette information avec une seule lettre par souci de simplicité, un même code est fréquemment affecté à plusieurs verbes d'action, réunis en raison d'une certaine proximité technique. Ainsi, la lettre G a été affectée aux verbes Enlever et Extraire. Même quand ils se codent de façon identique, les verbes gardent cependant leurs différences de sens et les actions correspondantes doivent continuer à être distinguées sur le plan du procédé utilisé.

Quand un libellé d'acte comporte plusieurs actions, le code utilisé est celui qui se réfère à l'action principale ou à la première citée.

- La codification du mode d'accès

Une seule lettre est affectée à la codification de cette information. Elle peut repérer un mode d'abord seul, particulièrement pour les accès effractifs ; dans d'autres cas, elle désigne à la fois la modalité d'abord et la technique : c'est principalement en raison du nombre d'actes sans effraction qu'il a été choisi de créer des classes de subdivision de cette modalité selon la technique employée.

La notion de mode d'accès est à distinguer de celle de voie d'accès, couramment dénommée voie d'abord en chirurgie.

Le mode d'accès est défini par le type de pénétration de l'instrument dans l'organisme et le procédé technique employé tel que par exemple, emploi ou non d'un appareil d'endoscopie. La pénétration de l'instrument dans l'organisme peut être effractive si sont traversés les plans cutanés ou muqueux : la ponction transcutanée d'un organe, un abord par incision chirurgicale sont des accès effractifs ; une exploration de l'arbre trachéobronchique par endoscopie utilise un accès avec pénétration non effractive de l'instrument. Les actes sans pénétration instrumentale dans l'organisme sont dits sans accès ; ils sont repérés par les caractères K, L, M, N, P et X dans le système de codification des modes d'accès, selon le procédé technique employé.

La voie d'accès correspond au lieu de pénétration dans l'organisme d'un instrument pour la réalisation de l'acte : une laparotomie et une thoracotomie sont deux voies d'accès différentes utilisant le même mode d'accès ouvert (effractive), suivant la définition donnée en annexe ; une fibroscopie gastrique et une cystoscopie sont toutes deux des actes par accès endoscopique transorificiel, réalisés par des voies d'accès différentes.

Dans le cas où un acte utilise plusieurs modes d'accès, la lettre correspond au plus effractive.

2.1.2 Particularités des codes principaux du chapitre 19

Le code principal des libellés présents dans les souschapitres 19.01 et 19.02 sont composés de 7 caractères alphanumériques non signifiants. La partie alphabétique du code est composée de 4 lettres YYYY.

Le code principal des libellés de modificateur présents dans le souschapitre 19.03 est composé d'un seul caractère alphanumérique.

2.2 EXTENSION PMSI ET CODES SUPPLÉMENTAIRES

Pour coder complètement une intervention, des caractères supplémentaires doivent être ajoutés au code principal.

2.2.1 Extension PMSI

L'extension PMSI est caractéristique des actes créés pour la CCAM descriptive à usage PMSI. C'est un code à 3 caractères composé d'un tiret suivi de deux caractères numériques. Cette extension a été mise en œuvre en 2015 ; en 2016 les extensions -00 sont supprimées. Deux situations sont observées selon la nature du libellé présent à la *CCAM descriptive à usage PMSI*.

2.2.1.1 Situation 1

Le ou les libellés de la CCAM créés pour la *CCAM descriptive à usage PMSI* ont le même périmètre d'application qu'un libellé de la *CCAM publiée sur le site <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>* de l'Assurance maladie qu'ils vont remplacer. Le libellé créé peut provenir d'une déclinaison d'un libellé existant pour les besoins de la classification ou de la modification de la rédaction d'un acte existant suite à l'avis de la HAS.

Dans ce cas le code à 7 caractères de la *CCAM descriptive à usage PMSI* est le même que celui de la *CCAM publiée sur le site <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>* de l'Assurance maladie. L'extension PMSI prend une valeur allant de -01 à -99.

Exemples : MBAA002 Allongement osseux progressif au bras ou à l'avant-bras par système externe

est remplacé par les codes et libellés suivants :

MBAA002-01 Allongement osseux progressif au bras par système externe

et

MBAA002-02 Allongement osseux progressif à l'avant-bras par système externe

AHLA002 Implantation d'électrode de stimulation du nerf phrénique par thoracotomie, avec pose d'un stimulateur externe

est remplacé par :

AHLA002-01 Implantation d'électrode de stimulation du nerf phrénique par thoracotomie, avec pose d'un générateur externe

2.2.1.2 Situation 2

Le libellé créé pour la *CCAM descriptive à usage PMSI* a un périmètre d'application différent de celui d'un libellé de la *CCAM publiée sur le site* <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php> de l'Assurance maladie ou n'existe pas dans la *CCAM publiée sur le site* <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php> de l'Assurance maladie. La création du libellé fait suite à un avis de la HAS rendu avec un SA estimé suffisant ou indéterminé.

Dans ce cas le code à 7 caractères des actes décrits pour la *CCAM descriptive à usage PMSI* doit se distinguer des codes des actes présents dans la *CCAM publiée sur le site* <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php> de l'Assurance maladie. Le 1er chiffre de la partie à 7 caractères du code de la *CCAM descriptive à usage PMSI* est 8. L'extension PMSI prend une valeur allant de -01 à -99.

Exemple : HLFC801–01Hépatectomie droite, par coelioscopie

Dans ce cas, le code à 7 caractères de la *CCAM descriptive à usage PMSI* ne doit pas être transmis dans les chaînes de facturation de l'assurance maladie.

2.2.2 Les codes supplémentaires communs à la *CCAM descriptive à usage PMSI* et à la *CCAM tarifante publiée sur le site de l'Assurance maladie*

2.2.2.1 Le code Phase de traitement

La notion de *phase* est utilisée pour quelques actes de durée prolongée décrits en plusieurs phases de traitement (voir la partie consacrée à ces actes dans le point 1.2.2.1 *Actes de durée prolongée*). Chaque phase est repérée par un code supplémentaire numérique à un caractère indiqué devant le souslibellé correspondant au geste pratiqué lors de cet épisode.

Exemple : BDLA003 Pose de kératoprothèse biocolonisable

Phase 1 : recouvrement de la kératoprothèse par autogreffe de muqueuse buccale

Phase 2 : pose de la kératoprothèse

Pour coder une phase de traitement, il convient d'utiliser le code principal de l'acte global ici, BDLA003 auquel on adjoint le code de la phase adéquat.

Ce code est constant et obligatoire à renseigner : pour la majorité des actes, qui ne se déroulent qu'en une phase, cette valeur est par défaut 0.

2.2.2.2 Le code *Activité*

La notion d'*Activité* permet d'identifier les équipes concourant à la réalisation d'un acte (voir le point 1.2.2.2 *Actes réalisés à plusieurs équipes*). Tous les actes ont au moins une activité identifiable.

Le code *Activité* permet de repérer la part incombant à chacun des professionnels participant à la réalisation d'un acte ou d'un geste complémentaire. Il s'agit d'un code numérique sur un caractère. Il est constant et de renseignement obligatoire : un code principal comporte toujours au moins un code *Activité*, tant pour les actes que pour les anesthésies et gestes complémentaires.

- Quand un seul intervenant prend la totalité de l'acte en charge, la valeur du code *Activité* est habituellement 1.
- Lorsque, dans les règles de l'art, un acte impose la collaboration de plusieurs praticiens, habituellement de disciplines différentes : *actes à plusieurs équipes*, pour la réalisation même du geste principal, le libellé de l'acte est subdivisé en autant de souslibellés que d'équipes obligatoires. Le code *Activité* correspondant est inscrit en face de chacun d'eux.

Exemple : JQLF002 Exsanguinotransfusion chez le fœtus, par ponction du cordon ombilical

Activité 1 : guidage échographique

Activité 2 : exsanguinotransfusion chez le fœtus

Activité 3 : assistance hémobiotologique

Il est important de souligner que le code *Activité* n'indique en rien la spécialité de l'acteur, mais la nature du geste qu'il effectue dans le cadre de la réalisation de l'acte global décrit par le libellé.

Certains codes *Activité* ont un sens invariable tout au long de la CCAM :

- le code *Activité 4* désigne le geste d'anesthésie générale ou locorégionale habituel dans les règles de l'art. Il ne peut pas être utilisé pour coder une anesthésie locale, ou une anesthésie tronculaire ou radiculaire d'un nerf intrabuccal, par exemple, anesthésie du nerf alvéolaire inférieur ;
- le code *Activité 5* caractérise la surveillance d'une circulation extracorporelle (CEC).

Ces éléments seront plus particulièrement abordés au point 4 *Description et codage de l'anesthésie et de la surveillance médicale peropératoire de la circulation extra-corporelle [CEC]*

Remarque : pour les actes décrits en *phase de traitement* (voir point 2.2.2.1 *Le code phase de traitement*), chaque phase comporte un ou plusieurs codes *Activité* qu'il convient de mentionner dans la zone adéquate, dans les mêmes conditions que celles exposées ci-dessous pour les libellés d'actes.

Pour le PMSI l'ordre des codes est acte / phase/ activité ;

Pour le paiement à l'acte l'ordre des codes est acte /activité/ phase

2.2.2.3 Le code Extension documentaire

C'est un code alphanumérique sur une position, il permet de fournir un niveau de détail supplémentaire sur les modalités d'exécution de l'acte, dans la mesure où celles-ci ne modifient pas les moyens mis en œuvre. Il n'existe que pour certains libellés.

La création de ce code est motivée par le souci de garder sa maniabilité à la CCAM : il est donc nécessaire de limiter le nombre de variantes d'un même acte, et de ne retenir que celles qui semblent avoir un intérêt documentaire particulier ou une incidence sur sa valorisation. Si, pour des études ciblées, il apparaît souhaitable de repérer une ou des modalités jusque-là non décrites d'un acte déjà inscrit à la CCAM, il sera créé des subdivisions du code d'origine. La création et la gestion de ces souscodes seront effectuées soit à l'initiative des rédacteurs pour explorer des évolutions potentielles de nomenclatures, soit sur demande motivée d'une société savante ou d'un groupe d'utilisateurs.

Dans le cas où il serait nécessaire de repérer une variante de l'acte utilisant des moyens a priori trop différents, il serait évidemment proposé un nouveau libellé et non une extension de code.

La liste des caractères supplémentaires utilisables est fournie sous le titre de la subdivision concernée, ou parfois au niveau du libellé dans une note particulière :

Exemple : Actes thérapeutiques sur les artères digestives

Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées avec les codes marqués d'un symbole distinctif pour préciser la topographie artérielle abdominale :

- A tronc coélique
- B artère gastrique gauche
- C artère hépatique commune
- D artère splénique
- E artère mésentérique supérieure
- F artère mésentérique

Les gestes d'anesthésie, ont leurs propres codes point 4.1.1.2 *Extensions documentaires de l'anesthésie*

En dehors de l'anesthésie, la saisie du code extension documentaire est facultative

2.2.2.4 Le code Localisation dentaire

Les actes d'odontologie acceptent des codes supplémentaires spécifiques destinés à préciser la topographie de l'acte. Ces codes numériques sur deux positions sont décrits dans la norme internationale établie par la Fédération dentaire internationale (1970) et approuvée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le comité technique ISO/TC 106. Ils sont donnés en annexe 5 à ce Guide.

2.2.2.5 Le code Remboursement sous condition

Ce code numérique sur une position est à utiliser avec une liste finie d'actes relevant soit d'une indication médicale, soit d'une demande personnelle du patient. Ce code doit être renseigné pour indiquer que le praticien a bien réalisé l'acte dans une situation qui en permet la prise en charge par l'assurance maladie.

2.2.2.6 Le code Exonération du ticket modérateur

C'est un code numérique sur une position qui indique quel est le régime d'exonération du ticket modérateur pour l'acte concerné.

2.2.3 Les codes supplémentaires de la CCAM tarifante

Les règles d'utilisation de ces codes, inhérentes à la tarification paiement à l'acte sont précisées dans les Dispositions générales et dispositions diverses disponibles, dans leur dernière mise à jour, sur le site *CCAM en ligne* de l'Assurance maladie <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/regles-de-facturation/facturer-en-ccam/dispositions-generales-et-dispositions-diverses.php>.

2.2.3.1 Le code Modificateur

Il est représenté par un caractère de type alphanumérique. La liste des modificateurs et les codes correspondants sont fournis dans le souschapitre 19.03 de la CCAM.

Un modificateur ne peut être codé qu'avec les actes pour lesquels cette association est explicitement prévue, dans le cas de la réalisation de l'acte dans une condition particulière correspondant à celle décrite par le libellé du modificateur.

La liste des codes autorisés avec un code des chapitres 1 à 17 et du souschapitre 19.01 figure entre crochets au-dessous du code principal de l'acte à 7 caractères.

2.2.3.2 Le code Association

Il doit être utilisé pour signaler la réalisation de plusieurs actes par un même intervenant au cours d'une même intervention (association d'actes). Il s'agit d'un code numérique sur une position.

2.2.3.3 Le code Regroupement

C'est un code alphabétique sur 3 positions qui permet des échanges entre l'assurance maladie et les mutuelles en préservant le secret médical.

3 PRINCIPES D'UTILISATION DE LA CCAM ET RÈGLES DE CODAGE

Pour l'utilisation correcte des libellés dans l'objectif réglementaire de description et de codage de son activité, un professionnel de santé devra respecter les principes et règles de codage exposés ci-après. Ils sont indépendants du secteur d'exercice de l'exécutant. Les

conséquences en termes de tarification et de prise en compte dans le PMSI peuvent différer ; l'utilisateur se reportera aux documents *ad hoc* pour en prendre connaissance.

3.1 LES PRINCIPES DU CODAGE

Les règles de codage reposent sur les principes qui ont servi de base à l'élaboration des libellés.

3.1.1 Principe 1 : notion d'acte global

La notion d'acte global est un principe fondamental de la CCAM : chacun des libellés est en effet élaboré dans le but de décrire un acte dans l'intégralité de sa réalisation. C'est-à-dire que l'acte ainsi caractérisé inclut implicitement tous les temps nécessaires qui concourent habituellement à son achèvement. Ce contenu est défini pour concorder avec les règles de l'art en vigueur : la réalisation d'un acte est supposée suivre une technique ou utiliser une méthode actuellement considérée comme idéale et validée. En d'autres termes, l'acte figurant dans la CCAM correspond à la description qu'il aurait dans un ouvrage technique de référence. Pour connaître le contenu implicite des actes décrits, on consultera, selon les cas, de telles publications, les protocoles, recommandations ou guides de bonnes pratiques élaborés par les sociétés savantes, ou les documents rédigés par la HAS. Pour les actes de chirurgie, on se reportera généralement à l'Encyclopédie médicochirurgicale (EMC), Techniques Chirurgicales (ELSEVIER, Paris). Le libellé recouvre toutes les variantes de l'acte décrit, quand celles-ci n'ont pas été individualisées par des libellés spécifiques. Pour éviter toute ambiguïté, une note sous certains titres ou certains libellés précise le contenu technique des actes correspondants, énumérant ceux des gestes qui ne doivent pas être codés en sus parce qu'implicitement inclus. En cas de difficulté, un utilisateur pourra interroger les rédacteurs de la CCAM ou la société savante concernée pour connaître le contenu implicite d'un acte.

Toutes les consignes de codage fournies ici sont établies en fonction du concept d'acte global ; elles s'appliquent indépendamment du nombre et de la qualification des intervenants. Cette conception synthétique de la description conduit à refuser le codage par *décomposition analytique*. Cette prescription est fondamentale, et valable que l'acte complet soit effectué sur un court laps de temps ou s'étale dans la durée, qu'il nécessite la collaboration de plusieurs équipes différentes ou non.

RÈGLE 1 : un utilisateur doit coder l'acte réalisé dans le respect du principe d'acte global, en choisissant la modalité la plus simple, la plus complète et la plus synthétique de description.

Plusieurs corollaires découlent de ce principe et de cette règle de base.

COROLLAIRE 1 : lorsqu'un acte global comporte un temps obligé décrit par un libellé d'acte dans la CCAM, il est interdit de coder celui-ci en sus de l'acte global.

On ne doit jamais coder deux actes quand l'un est un temps nécessaire à la réalisation de l'autre. Ainsi, par exemple, on ne peut pas coder une *colectomie sans rétablissement de continuité* avec une *colostomie* ou la *dilatation d'un segment du tube digestif* au cours de la

pose d'une endoprothèse dans ce segment. Le pansement ou la confection d'un appareillage en fin d'intervention font partie intégrante de l'acte. Un acte décrit dans la CCAM avec *autogreffe* comprend le *prélèvement du greffon*. Dans beaucoup de cas, les gestes constitutifs de l'acte global ne sont pas décrits dans la CCAM par des libellés spécifiques : ainsi du compte rendu d'exécution ou d'interprétation accompagnant nécessairement la réalisation de tout acte, ou des étapes de conception, de pose et d'adaptation lors de la confection de tout appareillage, tout comme de la mise en route, du réglage initial voire des premières mesures suivant la pose d'un dispositif. Il s'agit de gestes élémentaires, dont on a vu que la CCAM refuse l'inscription. Un certain nombre de notes explicatives peuvent éclairer ces recommandations.

Si, pour des objectifs particuliers, un praticien souhaite recueillir une information dont le signalement est interdit par respect du principe de l'acte global, il convient qu'il adapte son système d'information personnel, en veillant autant que faire se peut à ne pas dévoyer l'utilisation réglementaire de la CCAM.

COROLLAIRE 2 : lorsqu'une intervention est décrite par un libellé de procédure, le praticien qui la réalise ne doit utiliser que le code de cette procédure pour la signaler, à l'exclusion de l'association des codes des actes isolés qui la composent.

Il s'agit ici d'une application particulière du principe général de simplicité et d'exactitude de codage : l'exécutant d'un acte doit rechercher le libellé de la CCAM décrivant l'acte global correspondant le plus complètement à l'acte réalisé, et s'abstenir de le décomposer en différents éléments. D'une manière générale, on ne doit jamais décomposer un acte en codant chacun de ses temps. Un seul code suffira donc dans la grande majorité des cas à signaler l'exécution d'un acte.

COROLLAIRE 3 : lorsqu'au cours de la même intervention sont réalisés un acte diagnostique et un acte thérapeutique selon les mêmes modalités : mode et voie d'accès, procédé technique, sur le même site, seul l'acte thérapeutique doit être codé.

Un acte thérapeutique inclut l'acte diagnostique préalable, réalisé dans le même temps, sur le même organe ou le même site anatomique, selon le même accès, avec le même procédé technique, quel que soit le nombre d'exécutants concernés. Ainsi, par exemple, toute intervention sur un organe intrapéritonéal comprend le temps d'exploration préalable : le codage de la laparotomie ou de la coelioscopie exploratrice initiale est donc inutile et interdit. L'acte *d'exérèse de polype de l'utérus, par hystérocopie* inclut nécessairement le geste initial d'exploration endoscopique de la cavité utérine ; en aucun cas ce temps ne peut donner lieu à codage d'une *hystérocopie diagnostique* en sus de celui du geste thérapeutique. Une *biopsie* ne peut pas être signalée si elle est suivie d'un geste d'exérèse du même organe ou de la même zone anatomique. Un acte thérapeutique sur un vaisseau par voie intraluminale comprend l'*angiographie* préalable, lorsqu'elle est pratiquée simultanément.

Si, au contraire, l'acte diagnostique initial utilise un accès ou un procédé technique différent de celui adopté pour l'acte thérapeutique, dans la mesure où cette attitude est conforme aux bonnes pratiques médicales, chacun des deux temps peut être codé. Ainsi, si une coelioscopie

réalisée pour un traumatisme abdominal montre la présence de lésions dont le traitement se révèle nécessaire par laparotomie, il conviendra de coder la coelioscopie diagnostique en sus du geste thérapeutique. Cette recommandation souffre cependant une exception : dans le cas où une *arthroscopie diagnostique* précéderait un acte thérapeutique *par arthrotomie*, seul ce dernier doit être mentionné, cette notion est explicitée dans la partie analytique de la CCAM.

Certains actes diagnostiques réalisables au cours d'un geste thérapeutique peuvent également être codés quand leur correspond un libellé de geste complémentaire : ils utilisent habituellement des techniques ou des méthodes différentes de celles employées pour la réalisation de l'acte qu'ils complètent et ne constituent donc pas une exception à ce corollaire.

3.1.2 Principe 2 : codage exact de l'acte réalisé

Le principe général est de toujours signaler un acte par le code du libellé qui correspond le mieux et le plus complètement à l'ensemble des temps et des moyens utilisés : il doit donc exister une ressemblance la plus grande possible entre la description de l'acte dans le compte rendu à coder et celle du libellé de la CCAM.

Lorsque les précisions pour coder exactement un acte manquent et sont inaccessibles, le codeur doit retenir le libellé le décrivant dans ses modalités les plus simples : acte isolé ou acte sans emploi de méthode particulière. Ainsi, par exemple, si deux libellés de la CCAM distinguent la réalisation d'un acte *sans* et *avec* laser, l'absence de mention à ce sujet dans le compte rendu à coder oblige à porter le code du libellé *sans* laser.

RÈGLE 2 : le code recueilli est celui du libellé dont l'intitulé correspond le plus exactement possible à la description de l'acte effectué.

La conséquence de ce principe est qu'en l'absence dûment constatée d'un libellé correspondant aux critères techniques de l'acte réalisé, le praticien est dans l'impossibilité formelle de signaler son acte. Il est donc strictement interdit de coder un acte non décrit dans la CCAM par assimilation à un acte décrit, même de technicité ou de nature proche. Par exemple, pour coder un acte *par endoscopie transpariétale* non encore décrit, il est interdit d'utiliser le libellé de l'acte *par abord ouvert* de même type ou celui de l'acte *par endoscopie transpariétale* jugé le plus proche techniquement. De même, lorsque l'intitulé d'un libellé précise que l'acte décrit se déroule *sous anesthésie générale ou locorégionale* ou *au bloc opératoire*, il est impossible d'utiliser le code correspondant pour décrire un acte qui ne respecterait pas ces conditions de réalisation. Cette absence de libellé adéquat dûment vérifiée, le codeur devra rigoureusement s'abstenir de tout codage. Certains des libellés absents correspondent d'ailleurs à des actes dont la Haute autorité de santé a estimé le SA insuffisant.

COROLLAIRE 4 : le codage *par assimilation* d'un acte non inscrit à la CCAM est interdit.

3.1.3 Principe 3 : codage de l'acte finalement réalisé

L'acte exécuté est toujours apprécié à la fin de sa réalisation complète. Lorsqu'il ne correspond pas à l'acte initialement prévu, quelle qu'en soit la raison : interruption de l'intervention, impossibilité technique..., il convient de coder l'acte réellement pratiqué.

- Si aucun geste thérapeutique n'a pu être réalisé, on codera l'acte diagnostique correspondant.

Exemples : Laparotomie pour exérèse de lésion intraabdominale dont l'exploration montre qu'elle est finalement inextirpable, sans autre geste

Coder : *Exploration de la cavité abdominale, par laparotomie.*

Dilatation impossible d'une artère coronaire, par voie intravasculaire transcutanée

Coder : *Coronarographie*³.

- Si un acte thérapeutique est réalisé, c'est l'acte réellement pratiqué qu'il convient de coder, et non l'acte initialement prévu.

Exemples : Laparotomie pour exérèse de lésion colique finalement laissée en place, réalisation d'une colostomie

Coder : *Colostomie.*

Pose d'une endoprothèse vasculaire impossible après dilatation d'un vaisseau, par voie intravasculaire transcutanée

Coder : *Dilatation intraluminaire du vaisseau concerné.*

Anesthésie générale chez un patient devant subir un acte, interrompue avant le début de cet acte en raison d'une défaillance circulatoire

Coder : les actes techniques réalisés tels que l'intubation, et non l'anesthésie.

- Au pire, si aucun acte n'a pu être réellement débuté, rien ne sera codé.

RÈGLE 3 : en cas d'impossibilité de réalisation d'un acte thérapeutique telle qu'initialement prévue, on doit coder selon les cas l'acte diagnostique préalablement effectué ou l'acte thérapeutique dans ses modalités d'exécution finale.

Un cas particulier est représenté par les conversions lors d'un acte thérapeutique effectué par voie endoscopique transpariétale : coelioscopie, thoracoscopie.... Deux situations peuvent se présenter.

- Pour des raisons particulières, l'intervention initialement prévue ne peut pas être intégralement menée par cette méthode : il convient alors de coder et l'endoscopie transpariétale dans sa modalité diagnostique, et l'acte effectué par abord direct.

Exemple : impossibilité de réaliser une cholécystectomie par coelioscopie, pour des difficultés locales constatées en cours d'intervention ; conversion en laparotomie permettant la cholécystectomie.

³ Pour le paiement à l'acte, dans cette situation, il est possible de coder un libellé du chapitre 19 :YYYY08 2 Tentative d'angioplastie d'un vaisseau coronaire, d'une artère subclavière, viscérale ou périphérique, en cas de non franchissement de la sténose

Coder *Exploration de la cavité abdominale, par coéloscopie* et *Cholécystectomie, par laparotomie*.

- Cette conversion est liée à la survenue d'une complication peropératoire : on doit coder chacune des interventions.

Exemple : cholécystectomie menée par coéloscopie, suivie d'une laparotomie immédiate pour hémorragie

Coder *Cholécystectomie, par coéloscopie* et *Suture de plaie d'une artère digestive, par laparotomie*.

3.2 CONDITIONS D'APPLICATION DES RÈGLES DE CODAGE

Les règles de codage qui sont énoncées ci-après, et tout particulièrement celles qui concernent le signalement de plusieurs actes, imposent le respect de certaines conditions énoncées précédemment, qu'il convient de rappeler en préambule.

Elles sont identiques, quel que soit le secteur d'exercice de l'utilisateur : la CCAM est un outil de description et de codage de l'activité des praticiens, commun à tous. Si cette information codée est bien traitée différemment selon le secteur dans lequel exerce le praticien, son recueil suit, lui, des règles invariables tant pour les modalités de codage que pour les possibilités d'association.

Elles sont élaborées dans l'objectif du respect de la notion d'acte global et de celle de règles de l'art, et visent par là même à éviter le surcodage et à limiter le nombre de codes utiles au signalement d'une intervention.

Elles ne sont dépendantes ni de la qualité ni du nombre des intervenants. Ainsi, le code *Activité* décrit il la nature du geste effectué sans jamais préciser la spécialité de l'intervenant. De même, la décomposition d'un acte en plusieurs *Activités* est-elle fondée sur des règles de l'art ou des textes réglementaires bien établis ; l'organisation différente que pourraient adopter certaines équipes – par exemple, collaboration occasionnelle de praticiens pour la réalisation d'actes difficiles –, non conforme à celle envisagée dans la CCAM, ne modifie pas les modalités de codage telles qu'elles sont prévues.

Les règles particulières à utiliser pour le codage de plusieurs actes ne sont valables que pour des actes synchrones, c'est-à-dire des actes effectués lors d'une même intervention. L'assurance de la simultanéité de réalisation d'actes ne peut être fournie que par l'horodatage des interventions.

Les notions d'*actes identiques* ou *différents* utilisées pour fixer certaines règles d'association ou d'incompatibilité doivent être acceptées en termes de codage. Il convient donc de comprendre sous l'expression d'*actes identiques* : actes décrits par le même libellé dans la CCAM et repérés par le même code principal, c'est-à-dire mettant en jeu une même action, selon le même mode d'accès et le même procédé technique si le libellé les précise, même s'ils ne sont pas médicalement strictement semblables en raison de variations topographiques, technique, etc... Ainsi, il pourrait être objecté par un praticien qu'effectuer la suture d'une plaie

de 4 cm du cuir chevelu ou le parage d'une plaie profonde de 10 cm en zone découverte ne lui apparaît pas strictement identique sur le plan médical ; ces deux actes étant repérés par le même libellé et le même code de la CCAM : *Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main, QZJA012*, ils seront considérés comme identiques au regard des règles de codage.

Inversement, sont considérés comme *différents* des actes signalés par des libellés et des codes principaux différents dans la CCAM, quelle que soit la raison de cette distinction.

Le codage d'un acte doit toujours être effectué le plus exactement possible, par le choix du libellé décrivant le mieux les conditions de sa réalisation ; celui-ci est établi selon les informations explicites dont dispose le codeur dans le compte rendu obligatoire mis à sa disposition. L'absence de précision sur des éléments déterminants dans ce choix doit conduire à considérer que l'acte a été exécuté selon la modalité la plus simple. En l'absence de libellé correspondant à l'acte effectué, le codeur ne devra en aucun cas procéder par assimilation.

3.3 CODAGE D'UN ACTE UNIQUE

Les actes concernés sont tous les actes des chapitres 1 à 17 affectés d'un code : actes isolés, procédures (voir point 1.2.1 *Actes : cas général*).⁴

3.3.1 Situation 1 : un seul acte global réalisable par une seule équipe

Au regard de la CCAM, un acte est considéré comme réalisable à une seule équipe dès lors que le code principal du libellé correspondant n'est pourvu que d'un seul code *Activité*.

Lorsqu'ils sont effectivement réalisés par un seul professionnel de santé, celui-ci portera le code principal adéquat, auquel sera ajouté le code *Activité 1*.

Les actes décrits *en séance* et les actes décrits *par 24 heures* (voir point 1.2.2.1 *Actes de durée prolongée*) appartiennent à la *Situation 1*.

La même règle doit être utilisée pour les actes pour lesquels la collaboration de plusieurs équipes est occasionnelle ou affaire d'organisation locale et ne correspond donc pas aux règles de l'art établies.

Exemple : JBQH002 Urétéropyélographie rétrograde [UPR]

Cette opération peut être réalisée, selon les cas, par un seul ou par plusieurs spécialistes par exemple, un urologue et un radiologue, mais elle n'est pas considérée, pour le codage CCAM comme un acte à plusieurs équipes. Dans tous les cas, cet acte ne sera codé que par l'un des intervenants, et repéré par le code JBQH002 associé au code *Activité 1*.

⁴ Pour la tarification et le recueil des consultations externes en établissement public, il faut ajouter les codes du souschapitre 19.01

3.3.2 Situation 2 : un seul acte global réalisable à plusieurs équipes

Ce point n'abordera que les actes à plusieurs équipes décrits avec les codes activité 1, 2 ou 3.

Le codage de l'anesthésie est présenté au point 4.1 *Description et codage de l'anesthésie en CCAM*.

Le codage de la surveillance médicale peropératoire de la circulation extracorporelle est présenté au point 4.2 *Surveillance médicale de la circulation extracorporelle*

Dans les situations où il a été estimé que les règles de l'art de réalisation du geste opératoire lui-même, obligeaient à la collaboration de plusieurs praticiens de disciplines différentes : chacun des gestes est décrit par une subdivision du libellé de l'acte global intitulée *Activité* ; l'intitulé et le code de cette *Activité* sont mentionnés dans le volume analytique de la CCAM qui fournit les seuls codes *Activité* utilisables (voir le point 1.2.2.2 *Actes réalisés par plusieurs équipes* et point 2.2.2.2 *Le code Activité*).

Chacun des gestes contribuant à la réalisation de l'acte global décrit par le libellé est codé avec le code principal de l'acte, auquel est ajouté le code *Activité* correspondant.

Exemples : LAEA004 Avancement combiné du front et de la face [Monobloc frontofacial], sans pose de distracteur

Activité 1 : geste extracrânien

Activité 2 : geste intracrânien

- codage du *geste chirurgical extracrânien* : code principal LAEA004 ; code Activité 1,
- codage du *geste chirurgical intracrânien* : code principal LAEA004 ; code Activité 2,

JQHF002 Prélèvement de sang d'un fœtus, par ponction du cordon ombilical

Activité 1 : guidage échographique

Activité 2 : cordocentèse sur un fœtus

Activité 3 : assistance hémobiologique

- codage du *guidage échographique* : code principal JQHF002 ; code Activité 1,
- codage de la *cordocentèse* : code principal JQHF002 ; code Activité 2,
- codage de l'*assistance hémobiologique* : code principal JQHF002 ; code Activité 3

Si dans certains cas, pour des raisons organisationnelles, un acte prévu à plusieurs équipes se déroule avec un nombre d'intervenants supérieur à celui mentionné par la CCAM, il ne peut pas être porté plus de codes *Activité* que ce que prévoit la CCAM. Ainsi, si plusieurs équipes collaborent à la réalisation d'un geste ou d'un acte pour lequel n'est prévu qu'un seul code *Activité*, une seule d'entre elles devra mentionner le code de l'acte, associé au code *Activité* correspondant.

Par contre, il n'est pas acceptable qu'un même professionnel, dérogeant à ces règles de l'art, prenne en charge le travail incombant normalement à plusieurs équipes. Si les conditions techniques de réalisation de ces actes ont évolué depuis la construction de la CCAM il conviendra de le signaler à l'adresse nomenclatures-de-sante@atih.sante.fr

3.3.3 Cas particuliers

3.3.3.1 Cas particulier 1 : acte en plusieurs phases de traitement

Les actes décrits en plusieurs phases de traitement (voir point 1.2.2.1 *Actes de durée prolongée - Actes en plusieurs phases de traitement*) ont un code *Phase* pour chacune des étapes décrite par un souslibellé. L'utilisateur ajoutera le code *Phase* adéquat au code principal de l'acte global dont il est un des éléments.

Exemple : FERP001 Photochimiothérapie extracorporelle des cellules sanguines mononucléées

Phase 1 : collecte des leucocytes par cytophérèse [leucaphérèse]

Phase 2 : irradiation des leucocytes par UVA en présence d'un produit photosensibilisant

Phase 3 : autotransfusion des leucocytes

- codage de la phase de leucaphérèse : code principal FERP001; code Phase 1 au temps T1,
- codage de la phase d'irradiation des leucocytes : code principal FERP001 code Phase 2 au temps T2,
- codage de la phase d'autotransfusion des leucocytes : code principal FERP001; code Phase 3 au temps T3.

Chacune des phases du traitement peut être réalisée soit par le même praticien, soit par des praticiens différents.

Chaque phase se comporte en matière de codage comme un libellé d'acte. Chacune peut ainsi admettre un ou plusieurs codes *Activité* ; en particulier, pour les phases réalisées avec une anesthésie générale, les codes *Activité 4* sont utilisables comme exposé au point 3.3.2 *Situation 2 : un seul acte global réalisé à plusieurs équipes*. Si une des phases est décrite comme une séance, le codage suit les consignes spécifiques à ce type d'acte.

Tous les autres actes de la CCAM, qui sont les plus nombreux, ne comportent qu'une seule phase. Le code à porter pour cette information est alors 0.

3.3.3.2 Cas particulier 2 : acte se déroulant sur une durée prolongée

Certains actes nécessitent pour leur achèvement une continuité du soin initial, prolongé sur une période plus ou moins longue dépassant la journée calendaire. Sont de cette catégorie, par exemple, les actes de *réduction orthopédique progressive d'un déplacement ostéoarticulaire, par traction continue* : il ne s'agit pas de la répétition de l'acte initial de pose de traction ; il ne s'agit pas non plus de la surveillance ordinaire de ce geste initial. Les libellés de ce type d'acte décrivent bien l'ensemble des temps initiaux *pose de traction et installation*, intermédiaires *adaptation, surveillance* et terminaux *ablation du système de traction, désinstallation*, habituels aboutissant au résultat final de réduction de la lésion, obtenu au bout de quelques semaines. Un seul code est nécessaire pour repérer l'ensemble de cette

séquence thérapeutique. Il en est de même de certains actes diagnostiques ; ainsi, certains tests de sensibilisation nécessitent plusieurs jours pour être réalisés d'une part, puis lus et interprétés d'autre part.

Dans ce cas, seul le code de l'acte global est à indiquer pour décrire l'ensemble de la réalisation de l'acte. Il doit être porté à la date de fin de cette période.

3.4 CODAGE DE PLUSIEURS ACTES AU COURS D'UNE INTERVENTION

Par intervention, on entend l'ensemble des actes de quelque nature qu'ils soient, réalisés sur le même patient dans le même temps, quels que soient le nombre et la spécialité des participants. Dans la CCAM ce terme ne doit pas être pris dans son acception habituelle restrictive d'intervention chirurgicale. En ce sens, doivent être considérés comme une intervention, par exemple, un bilan radiologique de la totalité du squelette, l'ensemble des actes chirurgicaux effectués chez un patient traumatisé multiple au cours de la même anesthésie générale, une endoscopie du haut appareil digestif et une coloscopie simultanées, ou l'exérèse d'une lésion précédée d'une biopsie. Une intervention peut cependant n'être constituée que d'un seul acte.

Deux actes effectués consécutivement dans la même salle, même séparés par un temps d'attente intermédiaire, sont réputés constituer une même intervention. Pour être considérées différentes, deux interventions doivent impérativement nécessiter la sortie du patient du lieu d'exécution de l'acte initial. Cette condition n'est cependant pas suffisante dans tous les cas, certains actes – par exemple, arthroscanographies – pouvant exiger un changement de salle sans être pour autant constitutifs d'interventions différentes.

Avant de coder plusieurs actes au cours d'une intervention, il faut s'assurer de l'absence d'incompatibilité de codage.

3.4.1 Les incompatibilités de codage

Du principe de l'acte global découle la notion d'incompatibilité entre codes. En raison des règles de construction de la CCAM et des principes de codage qui en découlent (voir point 3.1 *Les principes du codage*) des codes ne peuvent pas être signalés simultanément pour décrire une même intervention indépendamment de l'exécutant de chacun d'eux.

3.4.1.1 Incompatibilité de codage entre un acte diagnostique et un acte thérapeutique

Cette incompatibilité n'est valable que pour des actes effectués sur le même site avec des accès et des procédés techniques identiques. L'acte diagnostique est considéré alors comme l'étape d'investigation nécessaire à la décision définitive du choix thérapeutique : il fait partie intégrante de l'acte thérapeutique, conformément au principe de l'acte global.

Exemples : artériographie, suivie immédiatement d'une dilatation artérielle par voie artérielle transcutanée

examen endoscopique de l'estomac découvrant un polype dont on pratique immédiatement l'exérèse

biopsie chirurgicale d'une lésion précédant son exérèse complète.

Dans ces cas, on ne doit pas coder l'acte diagnostique en sus de l'acte thérapeutique.

À l'inverse, un acte diagnostique et un acte thérapeutique réalisés simultanément peuvent tous deux être mentionnés s'ils concernent des topographies différentes ou emploient des modalités : accès, procédé technique, différentes. Leur association respecte les règles définies ci-dessous.

3.4.1.2 Incompatibilité de codage entre un acte inscrit sous le libellé d'un autre acte dans une note Avec ou sans et l'autre acte

Exemple : ADPA022 Vagotomie tronculaire, par laparotomie

Avec ou sans : pyloroplastie ou duodénoplastie

La réalisation dans le même temps d'une *vagotomie tronculaire* et d'une *pyloroplastie, par laparotomie* est repérée par la seule mention du code ADPA022, comme le serait celle de la *vagotomie tronculaire* seule. La mention supplémentaire du code de la *pyloroplastie* est interdite.

3.4.1.3 Incompatibilité de codage entre un acte constitutif d'un autre et l'autre acte

On ne peut pas non plus mentionner un acte constitutif d'un acte plus complexe, dont il représente un temps obligé : il s'agit ici encore du respect du principe d'acte global. Cette notion peut être précisée par une note explicative dans la CCAM.

Exemple : *L'ostéotomie inclut l'ostéosynthèse et/ou la contention par appareillage externe.*

Dans cet exemple, l'association d'un code d'*ostéotomie* à un code d'*ostéosynthèse* portant sur la même localisation est interdite.

De la même façon, on ne doit pas coder un des actes entrant dans la composition d'une procédure avec cette procédure.

Exemple : DZQJ008 Échographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie œsophagienne du cœur et des vaisseaux intrathoraciques

Seul le code DZQJ008 est à porter en cas de réalisation de cet acte, quelles qu'en soient les conditions, en particulier quel que soit le nombre d'exécutants ; l'association du code d'*Échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques* DZQM006 ou d'*Échographie-doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, par voie œsophagienne* DZQJ001 est interdite avec DZQJ008. Le codage de DZQJ008 ne peut pas non plus être remplacé par le codage de DZQM006 et de DZQJ001.

Dans le cas d'acte sur une localisation paire (voir point 3.4.3.1 *Codage d'actes identiques au cours de la même intervention – Actes réalisés sur des organes ou des sites anatomiques pairs : actes bilatéraux*), cette interdiction n'est opposable que si les actes composant la procédure sont homolatéraux. Ainsi, en cas d'extraction de la grande veine et de la petite veine saphènes portant sur le même membre, il faut porter le code de la procédure EJGA003 *Extraction [Stripping] de la grande veine saphène et de la petite veine saphène, par abord*

direct ; si l'éveinage porte sur une saphène droite et une saphène gauche, on doit coder EJGA002 *Extraction [Stripping] de la grande veine saphène, par abord direct* et EJGA001 *Extraction [Stripping] de la petite veine saphène, par abord direct*.

3.4.1.4 Incompatibilité de codage entre un acte sans emploi d'une technique et un acte avec emploi de cette technique

Ainsi, par exemple, si à une *scanographie sans injection intraveineuse de produit de contraste* succède immédiatement l'examen identique *avec injection de produit de contraste*, le premier acte ne se code pas. D'une façon générale, on ne code dans ces situations que l'acte de plus grande complexité.

Une liste détaillée des incompatibilités de codage figure en annexe 6 de ce guide de lecture et de codage.

En dehors de ces incompatibilités, le codage de plusieurs actes au cours d'une même intervention⁵ encore appelé *association d'acte* peut être envisagé. En l'absence d'horodatage des interventions, la durée maximale où une association d'acte est réalisée est la journée calendaire.

Cette association d'acte peut être prévue par la CCAM ou non.

3.4.2 Association d'actes prévue par la CCAM

La notion d'association prévue se présente, dans la CCAM sous deux formes.

3.4.2.1 Codage d'un acte et d'un geste complémentaire

Si l'un des éléments de cette association est décrit par un libellé de geste complémentaire, qu'un seul exécutant ou plusieurs aient pris part à l'acte, il convient de coder et l'acte principal et le geste complémentaire, dans la mesure où cette association est permise. La liste des codes des gestes complémentaires dont la mention est autorisée avec un libellé figure entre parenthèses au-dessous du libellé.

Si l'un des actes de cette association peut être décrit soit par un libellé d'acte soit par un libellé de geste complémentaire, il convient de n'utiliser que le libellé du second.

Exemple : nécessité de réaliser une échographie au cours d'une résection hépatique par laparotomie

Coder la *résection hépatique* selon ses modalités précises d'exécution et ZZQA002 *Échographie peropératoire*.

En aucun cas, il ne peut être porté l'un des codes d'acte isolé d'*échographie abdominale* – malgré leur caractère plus descriptif –, que le praticien qui l'effectue soit celui qui réalise l'hépatectomie ou un tiers.

⁵ Le sens d'intervention pour la CCAM a été précisé en tête du point 3.4

3.4.2.2 La possibilité d'association de plusieurs codes d'actes isolés est signalée par une note *Coder éventuellement* :

Cette possibilité d'association peut parfois être signalée par une note *Coder éventuellement* : indiquant explicitement le libellé ou le type de libellés que l'on peut utiliser conjointement. Bien que techniquement fondée et prévisible, cette association n'est pas décrite sous forme de procédure en raison de sa moindre fréquence ou, surtout, de la multiplicité de ses variantes.

Exemple : BAMA009 Canthoplastie latérale

Coder éventuellement : réparation immédiate de la perte de substance par autogreffe ou lambeau (cf 02.02.05)

S'il est pratiqué, au cours de la même intervention, une *canthoplastie latérale* et une *plastie par autogreffe*, on portera le code de cette plastie choisi en fonction de sa nature exacte et décrite dans le paragraphe 02.02.05 de la liste analytique de la CCAM, en sus du code BAMA009.

3.4.3 Association d'acte non prévue par la CCAM

Dans les autres cas, il s'agit d'une association inhabituelle d'actes dont le caractère aléatoire empêche toute systématisation ; la CCAM n'a alors pas prévu explicitement l'associabilité des libellés correspondants. C'est, en particulier, le cas des interventions pour traumatismes multiples, des exérèses carcinologiques à la demande.

Après avoir scrupuleusement vérifié ne pas être dans un des cas de codage exposé supra, force est de recourir au recueil des codes de chacun des actes pratiqués pour en signaler l'association.

3.4.3.1 Codage d'actes identiques au cours de la même intervention

Par actes identiques⁶ on entend la réalisation d'acte dont le codage aboutit au même code. Cette situation concerne deux cas de figure : les actes bilatéraux d'une part et les actes sur les dents, les doigts et les orteils d'autre part.

- Actes réalisés sur des organes ou sites anatomiques pairs : actes bilatéraux

Les consignes ci-dessous ne concernent que la réalisation synchrone d'un acte identique sur des organes (sein, poumon...) ou sites anatomiques (aine, membre...) pairs. Si le geste pratiqué de chaque côté est différent, il convient évidemment de décrire chacun d'eux par le libellé adéquat, selon les principes énoncés précédemment.

Plusieurs cas se présentent, selon la modalité de rédaction du libellé.

⁶ Voir définition en tête de point 3

Par convention, lorsqu'il n'existe qu'un libellé sans précision de latéralité, l'acte est réputé ne décrire que sa réalisation *unilatérale* (voir point 1.4.5.3 *Sens de bilatéral*).

Exemple : NBQK001 Radiographie de la cuisse

Rédigé ainsi, ce libellé concerne toujours un acte *unilatéral*.

En cas de réalisation bilatérale d'un acte de ce type, il convient de porter 2 fois le code de l'acte réalisé.

REMARQUE : Cette répétition de code pour signaler la réalisation d'un acte bilatéral n'est jamais permise dans les cas suivants :

- s'il existe un libellé particulier pour l'acte bilatéral.

Exemple : CAMA013 Plastie bilatérale d'oreille décollée

- si le libellé comporte la mention unilatéral ou bilatéral.

Exemple : FCBP002 Séance de compression [pressothérapie] pneumatique unilatérale ou bilatérale d'un membre

L'utilisateur utilisera le même code FCBP002, qu'il réalise l'acte d'un seul côté ou des deux côtés.

- Réalisation d'actes identiques sur les dents, doigts et orteils

Lorsqu'un acte identique est effectué sur plusieurs dents ou sur plusieurs rayons de la main ou du pied, il convient de porter le code de l'acte réalisé autant de fois que de dents ou de rayons traités.

Exemple : HBMD046 Restauration d'une dent sur 2 faces par matériau incrusté [inlay-onlay]

Si cet acte est réalisé simultanément sur deux dents différentes, il faut mentionner le code HBFD046 deux fois sur le support de recueil et ajouter le code de localisation dentaire pour chaque code principal.

Exemple : ECCA001 Suture de plaies de 2 artères sur un rayon de la main

Si cet acte est réalisé simultanément sur plusieurs rayons de la même main ou des deux mains, il convient de mentionner le code ECCA001 autant de fois que de rayons traités

- Autres situations de codage d'actes identiques

La réalisation d'actes identiques peut s'observer dans d'autres situations que la réalisation d'actes sur des organes pairs, les dents, les doigts et les orteils, comme par exemple la réalisation d'actes sur la peau. Dans ce cas il n'est pas possible de mentionner plusieurs fois le code de l'acte. Il en est ainsi lorsque :

- le libellé correspondant à l'acte ne comporte pas d'indication numérique

Conformément aux règles d'écriture exposées plus haut (voir point 1.4.5.1 *Emploi du sens partitif*), un libellé qui ne comporte pas dans son intitulé de précision sur le nombre de réalisations désigne implicitement un acte s'adressant à un acte unique ou multiple. Cette notion est conforme au principe général énoncé plus haut : l'absence de précision sur une information permet l'utilisation du libellé quelles que soient les conditions de réalisation de l'acte. L'information est de type générique : bien qu'inscrite au singulier, cette formulation n'a jamais le sens de *un seul*, mais celui de *un ou plusieurs*. Que l'utilisateur réalise un geste unique ou un geste multiple au cours de la même intervention, il utilise toujours un seul code.

Exemples : HLFA012 Kystectomie ou périkysectomie hépatique, par laparotomie

Que l'exérèse porte sur un kyste ou plusieurs kystes du foie, l'acte se code HLFA012.

LGQK001 Radiographie du sacrum et/ou du coccyx

L'absence de précision sur le nombre d'incidences réalisées dans le libellé permet de coder LGQK001 toute radiographie de cette région, quel que soit le nombre d'incidences utilisées.

- Le libellé correspondant à l'acte comporte une indication numérique.

Que cette indication soit précise : nombre exact, ou imprécise : *plusieurs, multiples*, l'utilisateur placé dans cette situation doit utiliser le code du libellé décrivant le plus exactement le nombre d'actes : *incidences, actions...*, effectués au cours de son intervention.

- Le libellé ne fait pas référence explicitement à un organe pair

Ainsi, par exemple, une biopsie de peau qui porterait sur les deux cuisses serait décrite par le seul libellé de biopsie dermoépidermique QZHA001 ; son intitulé ne citant pas une partie de l'organisme paire et symétrique, ce libellé a bien le sens de biopsie dermoépidermique, quel que soit le nombre de prélèvements et quelle qu'en soit la topographie

3.4.3.2 Codage d'actes différents au cours de la même intervention

En l'absence d'incompatibilité de codage, il convient alors de décrire chaque acte réalisé par le code et le libellé adéquat.

3.4.4 Codage de plusieurs actes pour la tarification

La notion d'association d'acte, pour la tarification correspond à la réalisation de plusieurs actes, dans le même temps, pour le même patient, par le même médecin ou chirurgien-dentiste dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité entre ces actes. Dans ce cas il est demandé de coder un code association sur un caractère numérique qui permet de préciser la nature de l'association et la tarification qui lui sera appliquée.

Le détail de ces règles est à consulter sur le site <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php> de l'Assurance maladie.

3.5 CODAGE D'ACTES RÉPÉTÉS

Les actes répétés sont des actes identiques effectués lors d'interventions différentes. Il en existe deux types.

3.5.1 Actes en séances

Dans certains cas, un traitement complet est constitué par la répétition habituelle d'actes thérapeutiques identiques à des moments différents. Un libellé d'acte global décrivant l'ensemble de ce type de traitement ne peut être écrit en raison de la grande variabilité dans le nombre d'actes nécessaires à l'obtention du résultat complet. Chacun de ces actes unitaires, dont la durée de réalisation n'excède pas 24 heures, est appelé *séance*, et inscrit sous cette dénomination dans la CCAM. Les actes *en séances* sont pratiqués, par exemple pour *désensibilisation*, pour *épuration extrarénale chronique* ou pour *irradiation externe*. Le praticien exécutant ce type d'acte porte le code principal de l'acte décrivant une *séance* à chaque réalisation.

Exemple : FGLB001 Séance d'injection d'extrait allergénique à concentration donnée pour désensibilisation spécifique, par voie souscutanée

Le praticien réalisant cette séance de désensibilisation porte le code FGLB001 pour chacune des journées où il réalise cette séance de désensibilisation.

3.5.2 Actes par 24 heures

Certains actes de surveillance ou de suppléance, comme la suppléance d'une fonction vitale défaillante, nécessitent leur répétition pour mener à bien la séquence de soins envisagée. À la différence des actes en séances, ces actes sont habituellement de réalisation quotidienne pendant cette séquence, et leur durée d'exécution s'étale sur les 24 heures ; ils sont réalisés sur une période limitée, faite de plusieurs jours consécutifs, selon des modalités éventuellement variables d'un jour à l'autre. Le praticien exécutant ce type d'acte porte le code principal correspondant pour chaque journée de surveillance.

Exemple : EQQP012 Surveillance continue des pressions du cœur droit avec mesure du débit cardiaque ou de la fraction d'éjection du ventricule droit, par 24 heures

Le praticien réalisant cette surveillance porte le code EQQP012 pour chacune des journées de surveillance de ce type.

NB : par l'expression *par 24 heures*, on entend par jour civil, que l'acte se soit déroulé sur une partie ou la totalité de cette période.

Un code de libellé d'acte thérapeutique de suppléance de défaillance d'une fonction ne peut pas être associé un jour donné avec un code de libellé d'acte diagnostique de surveillance de cette même fonction. Ainsi, l'acte ci-dessus EQQP012 n'est associable à aucun acte d'assistance circulatoire.

Le même jour, un praticien ne peut coder qu'un type de suppléance donnée pour une fonction vitale donnée. Par exemple, si, dans la même journée, les modalités techniques d'une ventilation mécanique sont modifiées pour s'adapter à l'évolution clinique d'un patient déterminé, il ne peut être porté qu'un seul code de ventilation pour ladite journée ; le choix du code est laissé à l'appréciation du codeur, mais, en principe, il sera celui de l'acte de complexité maximale.

Un libellé de suppléance alimentaire ne peut être associé à aucun libellé d'acte de suppléance d'une défaillance, de quelque nature qu'elle soit, un jour donné.

4 DESCRIPTION ET CODAGE DE L'ANESTHÉSIE ET DE LA SURVEILLANCE MÉDICALE PEROPÉRATOIRE DE LA CIRCULATION EXTRACORPORELLE [CEC]

4.1 DESCRIPTION ET CODAGE DE L'ANESTHÉSIE EN CCAM

4.1.1 Description de l'anesthésie en CCAM

La description en CCAM de l'anesthésie ne se rapporte qu'à la réalisation d'une anesthésie générale ou d'une anesthésie locorégionale par un praticien différent de celui qui fait l'acte requérant l'anesthésie.

La réalisation d'une anesthésie locale est comprise dans la description de l'acte à l'exécution duquel elle participe.

Au regard de la CCAM, il existe deux types d'actes selon le mode d'anesthésie utilisée :

- ceux qui sont généralement réalisés sous anesthésie : actes dits avec *anesthésie habituelle*,
- ceux pour lesquels une anesthésie, d'ordinaire inutile, peut s'avérer occasionnellement nécessaire dans des conditions particulières : actes dits avec *anesthésie complémentaire*.

Dans la CCAM, pour un libellé d'acte donné, cette caractérisation est fixée : il ne peut y avoir qu'un seul comportement pour coder l'anesthésie d'un acte, quels que soient les habitudes du praticien ou l'état du patient.

4.1.1.1 Actes avec anesthésie habituelle

Dans le cas d'une *anesthésie habituelle*, la situation est celle d'un acte réalisé habituellement à plusieurs équipes. L'anesthésie est alors décrite comme une *activité* du libellé de l'acte (voir point 1.2.2.2 *Actes réalisés par plusieurs équipes*). Dans ce cas cette activité est signalée de façon identique dans les libellés concernés par la mention du mot *Anesthésie* qui figure à droite, immédiatement à la suite du libellé ou après les notes du libellé.

Cette activité d'*anesthésie* autorise un code *Activité* particulier, dont la valeur est constamment 4 dans l'ensemble de la CCAM.

Exemples : ACFA002 Exérèse de tumeur extraparenchymateuse de la convexité du cerveau sans atteinte de sinus veineux dural, par craniotomie

Anesthésie

DDMA029 Revascularisation coronaire par un greffon artériel et par greffon veineux avec anastomoses distales, par thoracotomie sans CEC

Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale

Environnement : spécifique

Facturation : le tarif prend en compte le prélèvement de greffon

Anesthésie

4.1.1.2 Actes avec Anesthésie complémentaire

Pour les actes effectués occasionnellement sous anesthésie générale ou locorégionale, cette dernière est décrite par un geste d'anesthésie complémentaire. Il existe sept gestes d'anesthésie complémentaires qui figurent dans le souschapitre 18.01 *Gestes d'anesthésie générale ou locorégionale, complémentaire d'un acte diagnostique ou thérapeutique ; anesthésie rachidienne pour accouchement* :

- ZZLP025 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau⁷ 1
- ZZLP030 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 2
- ZZLP054 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 3
- ZZLP042 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 4
- ZZLP008 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 5
- ZZLP012 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 6
- AFLB010 Anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse

Le code *Phase* de ces anesthésies complémentaires est toujours 0.

Ces sept codes d'*anesthésie complémentaire* doivent être utilisés avec le code *activité* 4. Dans certaines bases informatiques, ces actes d'*anesthésie complémentaire* peuvent posséder à la fois le code *activité* 1 et le code *activité* 4. Pour ces actes le code *activité* 1 est inactif et seul le code *activité* 4 est opérationnel.

Pour les actes effectués occasionnellement sous anesthésie générale ou locorégionale, le code de l'*anesthésie complémentaire* autorisée avec l'acte figure entre parenthèses en dessous du libellé et de ses éventuelles notes.

Exemple : ABLB003 Pose d'un capteur extraventriculaire de pression intracrânienne, par voie transcrânienne

(ZZLP030)

Par convention, les actes dont le libellé n'est pas accompagné d'un code d'*anesthésie complémentaire* et qui ne sont pas accompagnés de la mention *Anesthésie* traduisant un acte

⁷ Cette notion de niveau se rapporte à des niveaux de tarification

habituellement réalisé sous anesthésie générale ou locorégionale autorisent l'ajout du code ZZLP025 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 1.

Exemple : NAQK071 Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence et radiographie unilatérale de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences

Cet acte ne présente aucun code entre parenthèses au-dessous du libellé ou des notes. Si pour des raisons médicales la réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale était nécessaire, le praticien qui réaliserait l'anesthésie générale ou locorégionale pourrait alors coder ZZLP025, même si ce code ne figure pas en dessous du libellé de code NAQK071.

La mention de ce code ne saurait cependant être acceptée pour ceux des actes dont la réalisation sous anesthésie est médicalement impossible : tout acte diagnostique ou thérapeutique nécessitant la coopération du sujet, comme, par exemple, certains actes d'exploration fonctionnelle ou les actes de rééducation.

4.1.1.3 Modalité de description de l'anesthésie des actes décrits en plusieurs phases

Lorsque l'acte réalisé est décrit en plusieurs phases, chacune de ces phases réalisées à des moments distincts dans le temps garde un comportement spécifique vis-à-vis de la modalité d'anesthésie qui s'y rapporte. Lorsqu'une des phases requiert une anesthésie, la modalité de réalisation de cette dernière est mentionnée.

Exemple : HKPA007 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule haut de l'anus [transsphinctérien supérieur] ou à trajet complexe multiramifié, avec drainage par anse souple

Phase 1 : pose de l'anse souple

Anesthésie

(GELE001)

Phase 2 : séance de traction progressive sur l'anse souple

La phase 1 de l'acte peut être codée avec une anesthésie habituelle de code phase 1 et de code activité 4

La phase 2 de l'acte est codée sans anesthésie, ou, en cas de nécessité médicale pourrait être codée avec l'anesthésie complémentaire de code ZZLP0025

4.1.1.4 Extensions documentaires de l'anesthésie

Les gestes d'anesthésie : anesthésie générale ou locorégionale habituelle ou occasionnelle ont leur propres codes *d'Extension documentaire* ce qui permet de préciser la technique employée. Les codes extension documentaire applicable à l'anesthésie sont les suivants :

- 1 anesthésie générale
- 2 anesthésie locorégionale péridurale ou épidurale
- 3 anesthésie locorégionale subarachnoïdienne [rachianesthésie]
- 4 anesthésie locorégionale plexique ou tronculaire
- 5 anesthésie locorégionale intraveineuse
- 6 anesthésie générale avec anesthésie locorégionale.

Ces codes ne sont pas mentionnés dans le volume analytique de la CCAM.

Depuis 2013, il est demandé aux utilisateurs de coder pour le recueil PMSI les codes *d'Extension documentaire* relatifs à l'anesthésie, afin d'explorer les modalités de description de cette dernière.

4.1.1.5 Gestes complémentaires en anesthésie

En 2015, trois gestes complémentaires d'anesthésie figurent à la CCAM

- FELF001 Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume supérieur à une demi-masse sanguine, au cours d'une intervention sous anesthésie générale ou locorégionale

Ce geste complémentaire d'anesthésie n'est associable qu'à une liste limitée de gestes d'anesthésie. Les libellés des actes concernés, présentent ce code entre parenthèses au-dessous du libellé et des éventuelles notes de l'acte.

Exemple : FFFC001 Splénectomie totale, par coelioscopie

Avec ou sans : greffe de rate

anesthésie

(FELF001, GELE001, ...)

- GELE001 Intubation trachéale par fibroscopie ou dispositif laryngé particulier, au cours d'une anesthésie générale

Ce geste complémentaire d'anesthésie est autorisé avec toutes les anesthésies générales qu'elles soient habituelles ou occasionnelles. Il doit donc apparaître uniquement dans les situations où les codes extensions documentaires de l'anesthésie sont 1 ou 6. Dans la version actuelle de la CCAM le code GELE001 est habituellement signalé au-dessous des libellés des actes (voir exemple ci-dessus), mais ce signalement est inconstant. Mais l'autorisation apparaît dans la colonne « Consigne de codage pour le PMSI » dans la liste analytique.

- AHQJ021 Guidage échographique pour anesthésie locorégionale périphérique de membre ou de la paroi abdominale

Ce geste complémentaire d'anesthésie n'est associable qu'aux anesthésies locorégionales périphériques de membre ou de la paroi abdominale. Son code ne figure pas au-dessous des libellés concernés. Il devrait apparaître dans les situations où il y a codage d'un code extension documentaire 4, 5 ou 6 sur une topographie correspondant à celle précisée dans le libellé.

Ces gestes complémentaires d'anesthésie doivent être utilisés avec le code *activité* 4. Dans certaines bases informatiques, ces actes *gestes complémentaires d'anesthésie* peuvent posséder à la fois le code *activité* 1 et le code *activité* 4. Pour ces actes le code *activité* 1 est inactif et seul le code *activité* 4 est opérationnel.

4.1.2 Codage de l'anesthésie

Si les gestes d'anesthésie ne dérogent pas aux règles générales de codage des autres activités, il apparaît opportun de résumer ici leurs différentes modalités de signalement, en insistant sur leur particularité.

4.1.2.1 Conditions de codage de l'anesthésie

Il est important de rappeler que la CCAM n'envisage la possibilité de coder que les gestes d'anesthésie générale ou locorégionale ; c'est ce sens qui est donné au terme *anesthésie* dans ce guide. La réalisation d'une anesthésie locale n'est pas repérable et est comprise dans la description de l'acte à l'exécution duquel elle participe.

L'anesthésie générale ou locorégionale nécessite une surveillance particulière pour sa réalisation et ses suites, distincte de celle de l'acte lui-même ; elle ne peut être signalée que si elle est réalisée par un praticien différent de l'exécutant du geste principal. Ainsi, par exemple, l'anesthésie rétrobulbaire, anesthésie locorégionale en ophtalmologie, ne peut être mentionnée par un code d'anesthésie avec *Activité 4* que si un praticien différent de l'opérateur ophtalmologue l'a réalisée et surveillée.

Par contre, l'anesthésie locale est ordinairement pratiquée par l'exécutant de l'acte et ne donne pas lieu à codage spécifique en CCAM. En ce sens, est considérée comme anesthésie locale l'anesthésie du nerf alvéolaire inférieur ou d'un nerf palatin en odontologie.

4.1.2.2 Modalités de codage des gestes d'anesthésie

Aucun geste d'anesthésie ne peut être mentionné seul : il doit toujours accompagner l'exécution d'un acte codé et être rattaché à un code d'acte suivi du code *Activité 1*.

Il existe une seule dérogation à cette règle qui concerne l'anesthésie complémentaire ZZLP025 *Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 1*. Dans les circonstances où un acte clinique nécessiterait pour des raisons médicales une anesthésie, il est alors possible de coder seul ZZLP025, car les actes cliniques n'ont pas de code CCAM.

4.1.2.3 Codage de l'anesthésie d'un acte unique

Dans la CCAM, pour un libellé d'acte donné, la caractérisation de l'anesthésie : anesthésie habituelle ou anesthésie occasionnelle, est fixée : il ne peut y avoir qu'un seul comportement pour coder l'anesthésie d'un acte, quels que soient les habitudes du praticien ou l'état du patient.

- Acte habituellement réalisé avec anesthésie générale ou locorégionale

Cette possibilité est identifiée par la mention du mot anesthésie au-dessous du libellé de l'acte et de ses éventuelles notes.

Exemple : HHFA001 Appendicectomie, par abord de la fosse iliaque

Anesthésie

- codage du geste chirurgical : code principal HHFA001 ; phase 0 ; code *Activité 1*,

- codage du geste anesthésique : code principal HHFA001 ; phase 0 ; code Activité 4.

Si, pour une raison particulière, aucune prestation d'anesthésie générale ou locorégionale n'est dispensée pour un acte dont la réalisation est prévue habituellement sous anesthésie, le code *Activité 4* ne doit pas être saisi^{8,9}.

Cette recommandation n'est cependant pas valable pour les actes dont le libellé spécifie qu'ils sont décrits dans la seule éventualité de leur réalisation avec anesthésie générale ou locorégionale.

Exemple : ZZGP001 Mobilisation ou ablation de dispositif de drainage, **sous anesthésie générale ou locorégionale**

Cet acte ainsi décrit, doit obligatoirement être réalisé sous anesthésie générale. Réalisé sans anesthésie générale, ZZGP001 ne peut pas être codé pour décrire l'acte réalisé.

- Acte occasionnellement réalisé sous anesthésie générale ou locorégionale

Cette possibilité est identifiée par l'affichage entre parenthèses d'un code *d'anesthésie complémentaire* au-dessous du libellé de l'acte et ses éventuelles notes.

Exemple : JQGD012 Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une multipare

(**AFLB010**, ...)

Si cet accouchement est réalisé sous anesthésie péridurale, le codage sera :

- codage du geste obstétrical : code principal JQGD012 ; phase 0 ; code Activité 1,
- codage du geste anesthésique : code principal AFLB010 ; phase 0 ; code Activité 4.

Pour un acte donné, un code d'anesthésie complémentaire ne peut bien sûr pas être utilisé avec un code d'acte autorisant le code Activité 4.

Un acte avec anesthésie complémentaire donné ne permet la mention que de l'un des 7 codes d'anesthésie complémentaire.

4.1.2.4 Codage de l'anesthésie de plusieurs actes réalisés au cours de la même intervention

Comme pour les actes principaux le codage d'une association d'acte d'anesthésie ne se conçoit qu'en l'absence de toute incompatibilité.

⁸ Cette situation peut s'observer pour des actes dont les conditions de réalisation technique ont évolué depuis la description initiale

⁹ Si un codage automatisé et systématisé de l'activité 1 et de l'activité 4, pour un code donné, est mis en œuvre par l'établissement, il est nécessaire de mettre en place une fonctionnalité permettant de supprimer le codage de l'activité 4 quand il n'y a pas de réalisation de l'anesthésie générale ou locorégionale par un médecin différent de celui qui réalise l'acte à coder.

Lorsque l'intervention comporte plusieurs éléments, quelle qu'en soit la nature – actes ou gestes complémentaires –, trois éventualités se présentent pour le codage de l'anesthésie.

- Tous les éléments de l'intervention sont considérés comme réalisés habituellement avec anesthésie habituelle: l'exécutant mentionne le code de chaque geste d'anesthésie correspondant aux actes réalisés.

Exemple : JKFA027 Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par laparotomie

Anesthésie

FCFA006 Curage lymphonodal [ganglionnaire] pelvien, par laparotomie

Anesthésie

- codage de l'anesthésie : JKFA027 code Activité 4, et FCFA006 code Activité 4

Exemples : HLFA017 Hépatectomie droite, par laparotomie

Anesthésie

ELCA002 Exclusion vasculaire totale, au cours d'une hépatectomie

Anesthésie

ZZQA002 Échographie peropératoire

Anesthésie

- codage de l'anesthésie : HLFA017 code Activité 4, ELCA002 code Activité 4 et ZZQA002 code Activité 4.

- Le geste d'anesthésie de chacun des éléments de l'intervention est signalé par l'utilisation d'un code d'anesthésie complémentaire : l'exécutant porte autant de codes d'anesthésie complémentaire qu'il a été réalisé d'actes avec cette modalité d'anesthésie. Cette consigne est valable quand bien même elle aboutit à coder plusieurs fois le même code d'anesthésie complémentaire : elle constitue en effet une exception à la règle générale interdisant la répétition d'un code pour signaler la réalisation multiple d'un acte ou d'un geste. Il y a donc autant de codes d'anesthésie complémentaire que de codes d'actes avec anesthésie complémentaire.

Exemple : HAND006 Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de 2 cm à 4 cm de grand axe, par voie buccale avec laser

(ZZLP025)

HBGD025 Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe

(ZZLP042, ...)

- codage du geste anesthésique : ZZLP025 *Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 1* et ZZLP042 *Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 4* – le premier pour l'anesthésie réalisée pour HAND006, l'autre pour l'anesthésie réalisée avec HBGD025 –.

Exemple : HBMD046 Restauration d'une dent sur 2 faces par matériau incrusté [inlay- onlay]

(ZZLP025, ...)

- codage du geste anesthésique : coder ZZLP025 *Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 1*, autant de fois que de dents traitées.

- Si l'intervention comporte à la fois des éléments dont le geste d'anesthésie se code de la première façon et d'autres répondant au deuxième cas de figure, il est permis d'associer les codes d'anesthésie habituelle et ceux d'anesthésie occasionnelle.

Exemple : NCCA010 Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du tibia par fixateur externe

Anesthésie

QAJA005 Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de 3 cm à 10 cm de grand axe

(ZZLP054)

- codage du geste anesthésique : NCCA010 code Activité 4 ; on mentionnera en sus ZZLP054 *Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 3* pour coder l'anesthésie réalisée pour QAJA005

Les points principaux à retenir pour le codage des gestes d'anesthésie sont donc les suivants :

- pour un libellé d'acte donné, il existe une seule manière de coder l'anesthésie, figurant dans la liste analytique de la CCAM et consignée dans des tables informatiques, permettant un contrôle ;
- les règles d'emploi du code d'une *anesthésie habituelle* suivent celles des autres codes *Activité* d'un acte donné. : codage des actes multiples, de l'échec...-S'en distinguent seulement les codes supplémentaires *d'Extension documentaire* et de *Modificateur*, spécifiques de l'activité d'anesthésie ;
- les associations de gestes d'anesthésie autorisent la possibilité de répéter les codes d'anesthésie complémentaire.

4.2 SURVEILLANCE MÉDICALE DE LA CIRCULATION EXTRACORPORELLE

La réalisation d'une circulation extracorporelle pour un acte intrathoracique fait appel à deux praticiens différents le chirurgien et un autre praticien pour en assurer la surveillance.

La contribution du chirurgien est précisée par une note dans la partie analytique :

La circulation extracorporelle [CEC] pour acte intrathoracique inclut, pour le chirurgien, l'installation, la conduite de la circulation extracorporelle, et son ablation. Elle inclut les responsabilités suivantes :

- *décision de l'indication et choix de la technique*
- *pose et ablation des canules*
- *choix du niveau d'hypothermie*
- *choix du débit de CEC*
- *décision d'arrêt circulatoire*
- *définition des protocoles de remplissage*
- *décision de cardioplégie*
- *décision d'assistance circulatoire.*

Le second praticien est responsable de la surveillance médicale peropératoire de la *circulation extracorporelle*. C'est cette seconde activité qui est l'objet de ce point.

4.2.1 Modalités de description de la surveillance médicale de la circulation extracorporelle

4.2.1.1 Description de l'activité de surveillance médicale de la circulation extracorporelle

La surveillance médicale peropératoire de la circulation extracorporelle est décrite par une activité particulière appelée *circulation extracorporelle [CEC]* qui est codée par le code *Activité 5*

Les actes qui peuvent prétendre à cette activité présentent la mention *Circulation extracorporelle [CEC]*, au-dessous de la mention *Anesthésie*, à droite au-dessous du libellé et de ses éventuelles notes.

Exemple : DBPA006 Commissurotomie de la valve atrioventriculaire gauche, par thoracotomie avec CEC

Anesthésie

Circulation extracorporelle [CEC]

Il n'existe pas de codes extension documentaire spécifique de la surveillance médicale peropératoire de la circulation extracorporelle.

4.2.1.2 Gestes complémentaires de l'activité *circulation extracorporelle*

Il existe un geste complémentaire qui peut être codé avec l'activité de circulation extracorporelle. Il s'agit de :

AALF002 Perfusion peropératoire de protection du parenchyme encéphalique, au cours d'une intervention avec CEC.

Ce geste complémentaire de la circulation extracorporelle doit être utilisé avec le code *activité 5*. Dans certaines bases informatiques, ces actes *gestes complémentaires d'anesthésie* peuvent posséder à la fois le code *Activité 1* et le code *Activité 5*. Pour ces actes le code *Activité 1* est inactif et seul le code *Activité 5* est opérationnel.

4.2.2 Modalités de codage de la surveillance médicale de la circulation extracorporelle

L'activité de *Circulation extracorporelle [CEC]* est codée avec un code *Activité 5*, par le praticien qui réalise l'acte et qui doit être différent du praticien qui réalise l'acte chirurgical.

Un code *Activité 5* ne peut pas être codé seul, il doit obligatoirement accompagner le code principal de l'acte avec le code *activité 1*, et le code *activité 4*.

L'activité de *Circulation extracorporelle [CEC]* est une activité obligatoire comme les activités 2 et 3, ce d'autant que les libellés pour lesquels cette mention est présente, la référence à la réalisation de la CEC est explicite dans le libellé.

Exemple : DBMA011 Valvoplastie aortique, par thoracotomie avec CEC

Site anatomique ou fonction physiologique	Code
SYSTÈME NERVEUX	A
Encéphale	AA
Ventricules, méninges et liquide cébrospinal intracrâniens	AB
Intracrâniens, localisations multiples ou sans précision	AC
Nerfs crâniens	AD
Moelle épinière	AE
Canal de l'épendyme, méninges et liquide cébrospinal rachidiens	AF
Système nerveux central, sans précision	AG
Nerfs spinaux (y compris la partie intrarachidienne)	AH
Système nerveux autonome	AJ
Mémoire	AK
Psychologie, cognition	AL
Sommeil	AM
Sensibilité, douleur	AN
Système nerveux, sans précision	AZ
OEIL	B
Paupières, sourcils	BA
Appareil lacrymal	BB
Conjonctive bulbaire	BC
Cornée	BD
Segment antérieur, sauf cornée et cristallin (iris, corps ciliaires, humeur aqueuse, limbe)	BE
Cristallin	BF
Segment postérieur (sclère, choroïde, rétine, corps vitré)	BG
Bulbe oculaire	BH
Muscles oculomoteurs	BJ
Orbite	BK
Vision	BL
Oeil, sans précision	BZ
OREILLE	C
Oreille externe	CA
Oreille moyenne	CB
Oreille interne	CC
Audition	CD
Équilibre	CE
Oreille, sans précision	CZ
COEUR ET GROS VAISSEAUX	D
Myocarde, cavités et cloisons cardiaques	DA
Valves cardiaques, endocarde	DB
Péricarde	DC
Artères coronaires	DD
Système de conduction de l'excitation du coeur	DE
Vaisseaux pulmonaires	DF
Aorte	DG
Veines caves	DH
Motricité cardiaque	DK
Coeur entier, coeur et gros vaisseaux, sans précision	DZ

Site anatomique ou fonction physiologique	Code
VAISSEAUX PÉRIPHÉRIQUES	E
Vaisseaux intracrâniens	EA
Vaisseaux de la tête et du cou, extracrâniens ou non précisé	EB
Artères des membres supérieurs et du thorax	EC
Artères abdominales et pelviennes	ED
Artères des membres inférieurs	EE
Veines des membres supérieurs et du thorax	EF
Veines abdominales et pelviennes	EG
Veine porte et ses branches	EH
Veines des membres inférieurs	EJ
Vaisseaux non précisés des membres supérieurs et du thorax	EK
Vaisseaux non précisés abdominaux et pelviens	EL
Vaisseaux non précisés des membres inférieurs	EM
Artères, autres et sans précision	EN
Veines, autres et sans précision	EP
Circulation sanguine	EQ
Vaisseaux sanguins, sans précision	EZ
SYSTÈME HÉMATOPOÏÉTIQUE ET RÉTICULOENDOTHÉLIAL	F
Tonsilles palatines et pharyngiennes	FA
Thymus	FB
Vaisseaux et noeuds lymphatiques	FC
Moelle osseuse	FD
Sang	FE
Rate	FF
Immunité	FG
Système hématopoïétique et réticuloendothélial, sans précision	FZ
SYSTÈME RESPIRATOIRE	G
Nez	GA
Sinus paranasaux	GB
Rhinopharynx et fosse infratemporale	GC
Larynx et épiglotte	GD
Trachée et arbre bronchique	GE
Poumons	GF
Plèvre	GG
Espace médiastinal	GH
Odorat	GJ
Langage, phonation	GK
Respiration	GL
Système respiratoire, sans précision	GZ

Site anatomique ou fonction physiologique	Code
SYSTÈME DIGESTIF	H
Lèvres, langue, cavité orale dans son ensemble	HA
Dents, parodonte, gencives	HB
Glandes salivaires	HC
Oropharynx, voile du palais	HD
Oesophage	HE
Estomac	HF
Intestin grêle	HG
Côlon et appendice	HH
Rectum	HJ
Anus, régions anale et périanale	HK
Foie	HL
Vésicule et conduits biliaires	HM
Pancréas et conduits pancréatiques	HN
Péritoine et cavité péritonéale	HP
Déglutition	HQ
Digestion	HR
Nutrition	HS
Défécation	HT
Système digestif, sans précision	HZ
APPAREIL URINAIRE ET GÉNITAL, PROCRÉATION	J
Rein	JA
Bassinets et jonction pyélo-urétérale	JB
Urètre	JC
Vessie, ouraque	JD
Urètre	JE
Espace rétropéritonéal et souspéritonéal	JF
Prostate, vésicules séminales	JG
Scrotum, contenu scrotal, pénis	JH
Ovaire, trompe	JJ
Utérus non gravide	JK
Vagin	JL
Vulve, périnée féminin	JM
Utérus gravide	JN
Placenta, amnios, cordon	JP
Foetus, embryon	JQ
Miction	JR
Fécondation	JS
Sexualité, érection	JT
Sécrétion urinaire, épuration sanguine	JV
Appareil urinaire et génital, sans précision	JZ

Site anatomique ou fonction physiologique	Code
SYSTÈME ENDOCRINIEN	K
Hypophyse	KA
Épiphyse	KB
Glande thyroïde	KC
Glandes parathyroïdes	KD
Glandes surrénales	KE
Tumeur parapharyngée	KF
Métabolisme	KG
Système endocrinien, sans précision	KZ
OS, ARTICULATIONS & TISSUS MOUS : TÊTE, COU ET TRONC	L
Squelette du crâne, de la face ou sans précision (sauf mâchoire)	LA
Maxillaire, mandibule	LB
Muscles et tissus mous du crâne, de la face et du cou (sauf muscles oculomoteurs)	LC
Colonne vertébrale cervicale, charnières vertébrooccipitale et cervicothoracique	LD
Colonne vertébrale thoracique, charnière thoracolombale	LE
Colonne vertébrale lombale, charnière lombosacrée	LF
Sacrum, coccyx	LG
Colonne vertébrale, sans précision	LH
Cage thoracique	LJ
Muscles et tissus mous de la paroi thoracique. Diaphragme	LL
Muscles et tissus mous des parois abdominale et lombale	LM
Os, articulations et tissus mous de la tête, du cou et du tronc, localisations multiples ou sans précision	LZ
OS, ARTICULATIONS & TISSUS MOUS : MEMBRE SUPÉRIEUR	M
Scapula, clavicule	MA
Humérus	MB
Os de l'avant-bras	MC
Os de la main	MD
Articulations de la ceinture scapulaire	ME
Articulations du coude	MF
Articulations du poignet	MG
Articulations de la main	MH
Muscles et tissus mous du membre supérieur	MJ
Préhension	MK
Os, articulations et tissus mous du membre supérieur, localisations multiples ou sans précision	MZ
OS, ARTICULATIONS & TISSUS MOUS : MEMBRE INFÉRIEUR	N
Os coxal	NA
Fémur et patelle	NB
Os de la jambe	NC
Os du pied	ND
Articulations de la ceinture pelvienne, articulation coxofémorale	NE
Articulation du genou	NF
Articulations de la cheville	NG
Articulations du pied	NH
Muscles et tissus mous du membre inférieur	NJ
Marche	NK
Os, articulations et tissus mous du membre inférieur, localisations multiples ou sans précision	NZ

Site anatomique ou fonction physiologique	Code
OS, ARTICULATIONS & TISSUS MOUS : LOCALISATION IMPRÉCISE	P
Os, sans mention de localisation	PA
Articulations, sans mention de localisation	PB
Muscles, sans mention de localisation	PC
Tissus mous, sans mention de localisation	PD
Mobilité, tonicité	PE
Os, articulations et tissus mous, localisations multiples sans précision	PZ
PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ	Q
Peau et tissu cellulaire sous-cutané de la tête et du cou	QA
Peau et tissu cellulaire sous-cutané du tronc	QB
Peau et tissu cellulaire sous-cutané du membre supérieur	QC
Peau et tissu cellulaire sous-cutané du membre inférieur	QD
Sein	QE
Peau et tissu cellulaire sous-cutané, sans précision	QZ
RÉGIONS TOPOGRAPHIQUES	Z
Tête et cou	ZA
Thorax	ZB
Abdomen et petit bassin	ZC
Membre supérieur	ZD
Membre inférieur	ZE
Qualité de la vie	ZF
Région topographique non précisée	ZZ

Action	Libellé	Synonyme	Code
AGRANDIR	augmenter les dimensions (longueur, calibre, surface ou volume) d'un élément de l'organisme	AGRANDISSEMENT ALLONGEMENT APPROFONDISSEMENT DILATATION DISTENSION ÉLARGISSEMENT RECALIBRAGE REHAUSSEMENT	A
APPLIQUER	disposer un agent thérapeutique à visée locale ou générale à la surface de l'organisme ou d'une de ses parties, sans effraction des téguments	APPLICATION	L
CHANGER	enlever un dispositif de l'organisme et remettre simultanément en place un dispositif identique ou analogue dans le même site	CHANGEMENT	K
COMBLER	emplir un espace ou une cavité en y apportant un matériau biologique ou artificiel	APPOSITION COMBLEMENT CRANIALISATION ENROBAGE INTERPOSITION OBTURATION RECOUVREMENT	B
COMPRIMER	maintenir une pression sur une partie de l'organisme	COMPRESSION CONTENTION TAMPONNEMENT	B
COUPER	sectionner un élément anatomique sans l'enlever	AUTONOMISATION DÉNÉRVATION INCISION INTERRUPTION MARSUPIALISATION MISE À PLAT SECTION TAILLE TRANSSECTION - SECTION - TOMIE	P

Action	Libellé	Synonyme	Code
DÉPLACER	modifier la place d'un organe ou d'une structure anatomique, afin de pallier l'absence ou la défaillance d'un organe ou d'une structure identique du même organisme ou d'un organisme différent	ABAISSEMENT AVANCEMENT CORÉPRAXIE GREFFE KÉRATOPHAKIE LAMBEAU MÉDIALISATION NEUROTISATION POLLICISATION TRANSFERT TRANSLOCATION TRANSPLANTATION TRANSPOSITION -GREFFE -TRANSPLANTATION	E
DÉTRUIRE	altérer la structure d'éléments physiologiques ou pathologiques de l'organisme au moyen d'agents mécaniques, physiques ou chimiques, de façon à en provoquer la disparition	ABRASION CAUTÉRISATION COAGULATION CRYOTHÉRAPIE CURIETHÉRAPIE DESTRUCTION ÉPILATION EXFOLIATION IRRADIATION MEULAGE NEUTRONTHÉRAPIE PROTONTHÉRAPIE SCLÉROSE THERMOTHÉRAPIE RADIOFRÉQUENCE (Traitement par) -ABRASION -COAGULATION -LYSE -SCLÉROSE	N
DÉVIER	modifier le trajet d'un élément de l'organisme ou le parcours physiologique d'un fluide organique, pour contourner un obstacle ou mettre hors circuit [exclure] un segment tubulaire de l'organisme, sans pratiquer d'exérèse	ARTÉRIALISATION CIRCULATION EXTRACORPORELLE COURT-CIRCUIT DÉRIVATION [BYPASS] [SHUNT] DÉROUITEMENT EXCLUSION INVERSION (de flux) PONTAGE SUPERFICIALISATION	C

Action	Libellé	Synonyme	Code
DRAINER	diriger l'évacuation d'un fluide hors de son lieu d'origine dans l'organisme, par l'intermédiaire d'un dispositif adapté (drain, mèche, lame...) laissé en place	DRAINAGE	J
ÉDUQUER	mettre en oeuvre des moyens propres à améliorer la formation et les connaissances d'un individu	APPRENTISSAGE ENTRAÎNEMENT	R
ENLEVER	retirer de l'organisme un élément qui lui est étranger (corps étranger, matériau synthétique, prothèse)	ABLATION DÉMÉCHAGE	G
ENREGISTRER	produire et analyser un document durable reproduisant l'image du corps ou de ses organes, ou traduisant l'activité d'un organe, à l'aide d'un appareillage approprié	ACQUISITION DE DONNÉES ENREGISTREMENT IMAGE - GRAPHIE	Q
ÉVACUER	faire sortir un fluide de l'organisme sans laisser en place de dispositif particulier	ASPIRATION DÉCAILLOTAGE ÉVACUATION EXPRESSION EXSUFFLATION SAIGNÉE SOUSTRACTION THÉRAPEUTIQUE -ASPIRATION	J
ÉVIDER	retirer une partie de l'organisme en la séparant de celui-ci par clivage, creusement, forage ou grattage	CURETAGE DÉSObTURATION ÉNUCLÉATION ÉVICTION ÉVIDEMENT ÉVISCÉRATION EXENTÉRATION	G
EXAMINER	observer l'organisme ou un de ses éléments, directement ou à l'aide d'instruments, pour en étudier ou en suivre le fonctionnement, sans produire d'enregistrement durable	ANALYSE DÉTECTION ÉTUDE EXAMEN EXPLORATION MONITORAGE RECHERCHE SURVEILLANCE TRANSILLUMINATION -SCOPIE	Q

Action	Libellé	Synonyme	Code
EXCISER	retirer une partie de l'organisme en la séparant de celui-ci par une section	AMPUTATION CIRCONCISION CONISATION CURAGE DÉSARTICULATION EXCISION EXÉRÈSE PRÉLÈVEMENT (pour greffe) RÉSECTION - ECTOMIE - MILEUSIS	F
EXTRAIRE	retirer un élément de l'organisme en le séparant de celui-ci par une traction plus ou moins importante exercée sur lui	ACCOUCHEMENT AVULSION EXTRACTION [STRIPPING]	G
FABRIQUER	concevoir et réaliser un élément, une structure, une disposition ou un appareillage	CONFECTION CRÉATION	M
FIXER	placer un organe, un segment anatomique ou un dispositif dans une position fixe et durable	BLOPAGE CONTENTION FIXATION INDENTATION RECOLLAGE (RE)SCELLEMENT SOUTÈNEMENT STABILISATION SUSPENSION - DÈSE - FIXATION - PEXIE - RISE	D
FRAGMENTER	diviser en petites parties un élément solide contenu dans l'organisme	FRAGMENTATION - TRIPSIE [-TRITIE]	N
GUIDER	aider à atteindre un élément profond de l'organisme dont l'abord aveugle à travers les téguments serait trop difficile ou trop dangereux, en orientant la trajectoire d'un instrument	GUIDAGE REPÉRAGE REPÈRE (POSE DE)	Q
IMPLANTER	introduire un dispositif au sein d'une partie de l'organisme sans exérèse simultanée, pour renforcer ou protéger une structure, surveiller, assister ou relayer une fonction, ou prendre la place d'une structure déficiente ou absente	ARMATURE CATHÉTÉRISME IMPLANTATION INSERTION INTUBATION POSE REPOSE SONDAGE	L

Action	Libellé	Synonyme	Code
INJECTER	introduire un agent biologique ou pharmacologique dans l'organisme, par un orifice naturel, un dispositif implanté ou une ponction	ADMINISTRATION ANESTHÉSIE ALIMENTATION AUTOHÉMOTHÉRAPIE BLOC NERVEUX INFILTRATION INGESTION INJECTION INSÉMINATION INSTILLATION INSUFFLATION IONOPHORÈSE MÉSOTHÉRAPIE NÉBULISATION OXYGÉNOTHÉRAPIE PERFUSION SYNOVIORTHÈSE TRANSFUSION VENTILATION - INFUSION - TRANSFUSION	L
LIBÉRER	dégager un élément anatomique comprimé ou gêné dans son fonctionnement, au sein de l'organisme	DÉBLOCAGE DÉBRIDEMENT DÉCOMPRESSION DÉGAGEMENT DÉSENFOUISSEMENT DÉSOBSTRUCTION LIBÉRATION RECANALISATION REPERMÉATION	P
MESURER	déterminer la qualité ou la quantité de certains éléments biologiques au moyen d'une instrumentation ou d'une expérience adaptée	BILAN DÉTERMINATION (d'une valeur) ÉVALUATION QUANTIFICATION MESURE - GRAMME - MÉTRIE	Q

Action	Libellé	Synonyme	Code
NETTOYER	débarrasser une partie de l'organisme d'éléments indésirables ou nocifs	ASSAINISSEMENT DÉTARTRAGE DÉTERSION ÉPURATION IRRIGATION LAVAGE NETTOYAGE PANSEMENT PARAGE PELAGE SOIN INSTRUMENTAL TOILETTE	J
OCCLURE	fermer l'orifice ou la lumière d'une structure anatomique tubulaire sans la couper	EMBOLISATION FERMETURE HÉMOSTASE LIGATURE OBLITÉRATION OCCLUSION SUPPRESSION (de circulation)	S
OUVRIR	réaliser un orifice dans un tissu ou un organe à l'aide d'un instrument pointu	ACUPUNCTURE FENESTRATION FORAGE OUVERTURE MICROPONCTIONS PERFORATION	C
PRÉLEVER	prendre une partie d'un élément biologique (solide ou liquide) ou d'une structure anatomique, pour examen ou analyse	BIOPSIE EMPREINTE FROTTIS PONCTION PRÉLÈVEMENT (diagnostique) - BIOPSIE - CENTÈSE - PONCTION	H
PRÉPARER	rendre possible la réalisation d'un acte par un travail préalable	CONDITIONNEMENT MODÉLISATION MOULAGE D'ÉTUDE PRÉPARATION SIMULATION	M

Action	Libellé	Synonyme	Code
PROVOQUER	susciter une réaction de l'organisme sous l'effet d'un facteur externe contrôlé ou d'un agent pharmacologique, de manière à en modifier le comportement ou à en corriger une altération	BALNÉOPIUVATHÉRAPIE CHOC ÉLECTRIQUE DÉCLENCHEMENT ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE ÉPREUVE HYPNOSE INDUCTION PHOTOTHÉRAPIE PROVOCATION RELAXATION STIMULATION TEST -STIMULATION -TEST	R
RÉÉDUQUER	appliquer une méthode non effractive destinée à recouvrer l'usage partiel ou total d'une partie de l'organisme lésée	MANIPULATION MÉDECINE MANUELLE MOBILISATION RÉÉDUCATION RÉENTRAÎNEMENT	R
RÉGLER	mettre au point ou vérifier le fonctionnement d'un mécanisme ou d'un appareillage	ADAPTATION AJUSTEMENT CONTRÔLE INITIALISATION MODIFICATION PROGRAMMATION RÉGLAGE VÉRIFICATION	M
REPLACER	retirer une partie altérée de l'organisme et y substituer simultanément un dispositif ou une structure anatomiquement identique et apte à remplir sa fonction	REPLACEMENT	K

Action	Libellé	Synonyme	Code
RÉPARER	remettre une structure anatomique altérée dans un état normal ou proche de son état normal sans la remplacer, de façon à lui permettre de remplir son rôle physiologique ou de lui redonner un aspect proche de la normale. Se substituer à une fonction physiologique défailante.	COLORATION CORRECTION COUVERTURE CURE DÉSÉPIPHYSIODÈSE ÉCLAIRCISSEMENT LISSAGE [<i>LIFTING</i>] MODELAGE PLASTIE RÉANIMATION RECONSTITUTION RECONSTRUCTION RÉFECTION REFORMATION RÉGÉNÉRATION REMODELAGE RENFORCEMENT RÉPARATION RESSUSCITATION RESTAURATION REVASCULARISATION SUPPLÉANCE UNIFOCALISATION -PLASTIE	M
REPLACER	ramener un organe déplacé dans sa position anatomique normale, ou dans une position appropriée	ALIGNEMENT DÉROTATION DÉINVAGINATION DÉTORSION ÉLONGATION INSTALLATION REDRESSEMENT RÉDUCTION REFOULEMENT RÉIMPLANTATION RÉINSERTION RELÈVEMENT REPOSITIONNEMENT TRACTION VERSION	E
RÉTRÉCIR	diminuer les dimensions (longueur, calibre, surface ou volume) d'un élément de l'organisme	CERCLAGE CLOISONNEMENT DÉSÉPAISSISSEMENT PLICATURE RACCOURCISSEMENT RÉDUCTION (de volume) (de débit)	B
RÉUNIR	Assembler des éléments anatomiques dont la continuité a été accidentellement ou intentionnellement interrompue. Établir la communication entre une cavité ou un organe creux (tubulaire ou non), et une autre partie creuse de l'organisme ou l'extérieur	ADHÉSION ANASTOMOSE SUTURE - RAPHIE - STOMIE - SYNTHÈSE	C

Action	Libellé	Synonyme	Code
RÉVISER	retourner sur un site pour apporter une correction au résultat précédent ou en vérifier le résultat	ADJONCTION DÉMONTAGE INTERNALISATION REMISE EN CIRCUIT RENOUVELLEMENT RESCELLEMENT RÉTABLISSEMENT (de continuité) RETOUCHE RÉVISION TOTALISATION TRANSFORMATION ... ITÉRATIF	M
SÉPARER	disjoindre des éléments anatomiques contigus. Isoler certains éléments contenus dans un milieu biologique à l'aide de techniques particulières de tri	DÉCOLLEMENT DÉCORTICATION DÉINSERTION DISSECTION DISSOCIATION ISOLEMENT SÉPARATION SEVRAGE - PHÉRÈSE	P

ACTIONS SUR LES DIMENSIONS			
Augmenter les dimensions			
AGRANDIR	augmenter les dimensions (longueur, calibre, surface ou volume) d'un élément de l'organisme	AGRANDISSEMENT ALLONGEMENT APPROFONDISSEMENT DILATATION DISTENSION ÉLARGISSEMENT RECALIBRAGE REHAUSSEMENT	A
Diminuer les dimensions			
COMBLER	emplir un espace ou une cavité en y apportant un matériau biologique ou artificiel	APPPOSITION COMPLEMENT CRANIALISATION ENROBAGE INTERPOSITION OBTURATION RECOUVREMENT	B
COMPRIMER	maintenir une pression sur une partie de l'organisme	COMPRESSION CONTENTION TAMPONNEMENT	B
RÉTRÉCIR	diminuer les dimensions (longueur, calibre, surface ou volume) d'un élément de l'organisme	CERCLAGE CLOISONNEMENT DÉSÉPAISSISSEMENT PLICATURE RACCOURCISSEMENT RÉDUCTION (de volume) (de débit)	B

ACTIONS SUR LE PARCOURS			
DÉVIER	modifier le trajet d'un élément de l'organisme ou le parcours physiologique d'un fluide organique, pour contourner un obstacle ou mettre hors circuit [exclure] un segment tubulaire de l'organisme, sans pratiquer d'exérèse	ARTÉRIALISATION CIRCULATION EXTRACORPORELLE COURT-CIRCUIT DÉRIVATION [BYPASS] [SHUNT] DÉROUTEMENT EXCLUSION INVERSION (de flux) PONTAGE SUPERFICIALISATION	C
OUVRIR	réaliser un orifice dans un tissu ou un organe à l'aide d'un instrument pointu	ACUPUNCTURE FENESTRATION FORAGE OUVERTURE MICROPONCTIONS PERFORATION	C
RÉUNIR	assembler des éléments anatomiques dont la continuité a été accidentellement ou intentionnellement interrompue. établir la communication entre une cavité ou un organe creux (tubulaire ou non), et une autre partie creuse de l'organisme ou l'extérieur	ADHÉSION ANASTOMOSE SUTURE - RAPHIE - STOMIE - SYNTHÈSE	C
OCCLURE	fermer l'orifice ou la lumière d'une structure anatomique tubulaire sans la couper	EMBOLISATION FERMETURE HÉMOSTASE LIGATURE OBLITÉRATION OCCLUSION SUPPRESSION (de circulation)	S

ACTIONS SUR LA POSITION			
Garder la position			
FIXER	placer un organe, un segment anatomique ou un dispositif dans une position fixe et durable	BLOCAGE CONTENTION FIXATION INDENTATION RECOLLAGE (RE)SCELLEMENT SOUTÈNEMENT STABILISATION SUSPENSION - DÈSE - FIXATION - PEXIE - RISE	D
Changer la position sans retirer			
DÉPLACER	modifier la place d'un organe ou d'une structure anatomique, afin de pallier l'absence ou la défaillance d'un organe ou d'une structure identique du même organisme ou d'un organisme différent	ABAISSEMENT AVANCEMENT CORÉPRAXIE GREFFE KÉRATOPHAKIE LAMBEAU MÉDIALISATION NEUROTISATION POLLICISATION TRANSFERT TRANSLOCATION TRANSPLANTATION TRANSPOSITION - GREFFE - TRANSPLANTATION	E

REPLACER	ramener un organe déplacé dans sa position anatomique normale, ou dans une position appropriée	ALIGNEMENT DÉROTATION DÉSINVAGINATION DÉTORSION ÉLONGATION INSTALLATION REDRESSEMENT RÉDUCTION REFOULEMENT RÉIMPLANTATION RÉINSERTION RELÈVEMENT REPOSITIONNEMENT TRACTION VERSION	E
Retirer sans remplacer			
EXCISER	retirer une partie de l'organisme en la séparant de celui-ci par une section	AMPUTATION CIRCONCISION CONISATION CURAGE DÉSARTICULATION EXCISION EXÉRÈSE PRÉLÈVEMENT (pour greffe) RÉSECTION - ECTOMIE - MILEUSIS	F
ENLEVER	retirer de l'organisme un élément qui lui est étranger (corps étranger, matériau synthétique, prothèse)	ABLATION DÉMÉCHAGE	G
ÉVIDER	retirer une partie de l'organisme en la séparant de celui-ci par clivage, creusement, forage ou grattage	CURETAGE DÉSObTURATION ÉNUCLÉATION ÉVICTION ÉVIDEMENT ÉVISCÉRATION EXENTÉRATION	G

EXTRAIRE	retirer un élément de l'organisme en le séparant de celui-ci par une traction plus ou moins importante exercée sur lui	ACCOUCHEMENT AVULSION EXTRACTION [STRIPPING]	G
PRÉLEVER	prendre une partie d'un élément biologique (solide ou liquide) ou d'une structure anatomique, pour examen ou analyse	BIOPSIE EMPREINTE FROTTIS PONCTION PRÉLÈVEMENT (diagnostique) - BIOPSIE - CENTÈSE - PONCTION	H
DRAINER	diriger l'évacuation d'un fluide hors de son lieu d'origine dans l'organisme, par l'intermédiaire d'un dispositif adapté (drain, mèche, lame...) laissé en place	DRAINAGE	J
ÉVACUER	faire sortir un fluide de l'organisme sans laisser en place de dispositif particulier	ASPIRATION DÉCAILLOTAGE ÉVACUATION EXPRESSION EXSUFFLATION SAIGNÉE SOUSTRACTION THÉRAPEUTIQUE - ASPIRATION	J
NETTOYER	débarrasser une partie de l'organisme d'éléments indésirables ou nocifs	ASSAINISSEMENT DÉTARTRAGE DÉTERSION ÉPURATION IRRIGATION LAVAGE NETTOYAGE PANSEMENT PARAGE PELAGE SOIN INSTRUMENTAL TOILETTE	J
Retirer et remplacer			
CHANGER	enlever un dispositif de l'organisme et remettre simultanément en place un dispositif identique ou analogue dans le même site	CHANGEMENT	K
REPLACER	retirer une partie altérée de l'organisme et y substituer simultanément un dispositif ou une structure anatomiquement identique et apte à remplir sa fonction	REPLACEMENT	K

Ajouter sans retirer			
APPLIQUER	disposer un agent thérapeutique à visée locale ou générale à la surface de l'organisme ou d'une de ses parties, sans effraction des téguments	APPLICATION - APPLICATION	L
IMPLANTER	introduire un dispositif au sein d'une partie de l'organisme sans exèse simultanée, pour renforcer ou protéger une structure, surveiller, assister ou relayer une fonction, ou prendre la place d'une structure déficiente ou absente	ARMATURE CATHÉTÉRISME IMPLANTATION INSERTION INTUBATION POSE REPOSE SONDAGE	L
INJECTER	introduire un agent biologique ou pharmacologique dans l'organisme, par un orifice naturel, un dispositif implanté ou une ponction	ADMINISTRATION ALIMENTATION ANESTHÉSIE AUTOHÉMOTHÉRAPIE BLOC NERVEUX INFILTRATION INGESTION INJECTION INSÉMINATION INSTILLATION INSUFFLATION IONOPHORÈSE MÉSOTHÉRAPIE NÉBULISATION OXYGÉNOTHÉRAPIE PERFUSION SYNOVIORTHÈSE TRANSFUSION VENTILATION - INFUSION - TRANSFUSION	L

ACTIONS SUR LA NATURE			
Mettre en état de fonctionner			
FABRIQUER	concevoir et réaliser un élément, une structure, une disposition ou un appareillage	CONFECTION CRÉATION	M
PRÉPARER	rendre possible la réalisation d'un acte par un travail préalable	CONDITIONNEMENT MODÉLISATION MOULAGE D'ÉTUDE PRÉPARATION SIMULATION	M
RÉGLER	mettre au point ou vérifier le fonctionnement d'un mécanisme ou d'un appareillage	ADAPTATION AJUSTEMENT CONTRÔLE INITIALISATION MODIFICATION PROGRAMMATION RÉGLAGE VÉRIFICATION	M
RÉPARER	remettre une structure anatomique altérée dans un état normal ou proche de son état normal sans la remplacer, de façon à lui permettre de remplir son rôle physiologique ou de lui redonner un aspect proche de la normale. Se substituer temporairement à une fonction physiologique défailante.	COLORATION CORRECTION COUVERTURE CURE DÉSÉPIPHYSIODÈSE ÉCLAIRCISSEMENT LISSAGE [<i>LIFTING</i>] MODELAGE PLASTIE RÉANIMATION RECONSTITUTION RECONSTRUCTION RÉFECTION REFORMATION RÉGÉNÉRATION REMODELAGE RENFORCEMENT RÉPARATION RESSUSCITATION	M

		REVASCULARISATION SUPPLÉANCE UNIFOCALISATION - PLASTIE	
RÉVISER	retourner sur un site opératoire pour apporter une correction au résultat précédent ou en vérifier le résultat	ADJONCTION DÉMONTAGE INTERNALISATION REMISE EN CIRCUIT RENOUVELLEMENT REPOSITIONNEMENT RESCELLEMENT RÉTABLISSEMENT (de continuité) RETOUCHE RÉVISION TOTALISATION TRANSFORMATION ... ITÉRATIF	M
Faire disparaître			
DÉTRUIRE	altérer la structure d'éléments physiologiques ou pathologiques de l'organisme au moyen d'agents mécaniques, physiques ou chimiques, de façon à en provoquer la disparition	ABRASION CAUTÉRISATION COAGULATION CRYOTHÉRAPIE CURIETHÉRAPIE DESTRUCTION ÉPILATION EXFOLIATION IRRADIATION MEULAGE NEUTRONTHÉRAPIE PROTONTHÉRAPIE SCLÉROSE THERMOTHÉRAPIE RADIOFRÉQUENCE (Traitement par) - ABRASION - COAGULATION - LYSE - SCLÉROSE	N
FRAGMENTER	diviser en petites parties un élément solide contenu dans l'organisme	FRAGMENTATION - TRIPSIE [-TRITIE]	N

Séparer des parties			
COUPER	sectionner un élément anatomique sans l'enlever	AUTONOMISATION DÉNÉRVATION INCISION INTERRUPTION MARSUPIALISATION MISE À PLAT SECTION TAILLE TRANSSECTION - SECTION - TOMIE	P
LIBÉRER	dégager un élément anatomique comprimé ou gêné dans son fonctionnement, au sein de l'organisme	DÉBLOCAGE DÉBRIDEMENT DÉCOMPRESSIION DÉGAGEMENT DÉSENFOUISSEMENT DÉSOBSTRUCTION LIBÉRATION RECANALISATION REPERMÉATION	P
SÉPARER	disjoindre des éléments anatomiques contigus. Isoler certains éléments contenus dans un milieu biologique à l'aide de techniques particulières de tri	DÉCOLLEMENT DÉCORTICATION DÉSINSERTION DISSECTION DISSOCIATION ISOLEMENT SÉPARATION SEVRAGE - PHÉRÈSE	P

ACTIONS D'OBSERVATION			
GUIDER	aider à atteindre un élément profond de l'organisme dont l'abord aveugle à travers les téguments serait trop difficile ou trop dangereux, en orientant la trajectoire d'un instrument	GUIDAGE REPÉRAGE REPÈRE (POSE DE) - GUIDAGE	Q
ENREGISTRER	produire et analyser un document durable reproduisant l'image du corps ou de ses organes, ou traduisant l'activité d'un organe, à l'aide d'un appareillage approprié	ACQUISITION DE DONNÉES ENREGISTREMENT IMAGE RESTITUTION (d'image) - GRAPHIE	Q
EXAMINER	observer l'organisme ou un de ses éléments, directement ou à l'aide d'instruments, pour en étudier ou en suivre le fonctionnement, sans produire d'enregistrement durable	ANALYSE DÉTECTION ÉTUDE EXAMEN EXPLORATION MONITORAGE RECHERCHE SURVEILLANCE TRANSILLUMINATION - SCOPIE	Q
MESURER	déterminer la qualité ou la quantité de certains éléments biologiques au moyen d'une instrumentation ou d'une expérience adaptée	BILAN DÉTERMINATION (d'une valeur) ÉVALUATION QUANTIFICATION MESURE - GRAMME - MÉTRIE	Q

ACTIONS MODIFIANT OU DÉVELOPPANT DES FONCTIONS OU DES CONNAISSANCES			
ÉDUQUER	mettre en œuvre des moyens propres à améliorer la formation et les connaissances d'un individu	APPRENTISSAGE ENTRAÎNEMENT	R
PROVOQUER	susciter une réaction de l'organisme sous l'effet d'un facteur externe contrôlé ou d'un agent pharmacologique, de manière à en modifier le comportement ou à en corriger une altération	BALNÉOPIUVATHÉRAPIE CHOC ÉLECTRIQUE DÉCLENCHEMENT ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE ÉPREUVE HYPNOSE INDUCTION PHOTOTHÉRAPIE PROVOCATION RELAXATION STIMULATION TEST - STIMULATION - TEST	R
RÉÉDUQUER	appliquer une méthode non effractive destinée à recouvrer l'usage partiel ou total d'une partie de l'organisme lésée	MANIPULATION MÉDECINE MANUELLE MOBILISATION RÉÉDUCATION RÉENTRAÎNEMENT	R

Mode d'accès	Description	Modalités	Code
ABORD OUVERT	accès exposant le site opératoire, par incision des téguments (peau, muqueuses) et de tout autre tissu sousjacent, sans introduction d'un instrument d'optique. Par extension, concerne tout accès à travers les téguments par une ouverture que l'origine en soit traumatique ou chirurgicale.	à foyer ouvert par ... abord ... par dissection ... par excision de ... par craniotomie par craniocervicotomie par cervicotomie par cervicothoracotomie par thoracotomie par thoraco-phréno-laparotomie par costotransversectomie par laparotomie par lombotomie par périnéotomie par arthrotomie par colpotomie par rectotomie par sclérotomie par -tomie	A

Mode d'accès	Description	Modalités	Code
ACCÈS TRANSPARIÉTAL	accès au site opératoire par ponction ou incision ponctuelle des téguments (peau, muqueuses) et de tout autre tissu sousjacent, sans introduction d'un instrument d'optique	à foyer fermé par injection intracaverneuse par injection intradermique par injection sous-cutanée par injection transcutanée intralesionnelle par injection transcutanée intratumorale ou périumorale par injection transmuqueuse par ponction (transcutanée) de (organe) par micro-incisions par voie (...) transcutanée par piqûre épidermique par voie intramusculaire par voie sous-cutanée par voie stéréotaxique par voie transcrânienne par voie transfontanelle par voie transpérinéale par voie transrectale par voie transsclérale par voie transsphénoïdale par voie transtympanique par voie transunguéale par voie transvaginale	B

Mode d'accès	Description	Modalités	Code
ACCÈS ENDOSCOPIQUE TRANSPARIÉTAL	accès au site opératoire, avec introduction d'un instrument d'optique par ponction ou incision minimale des téguments (peau, muqueuses) et de tout autre tissu sousjacent	par arthoscopie par cervicoscopie par cœlioscopie par médiastinoscopie par rétropéritonéoscopie par thoracoscopie par vidéo-chirurgie par endoscopie transthoracique	C
ACCÈS TRANSORIFICIEL	accès à la lumière d'une cavité ou d'un conduit anatomique en passant par un orifice externe naturel ou artificiel (stomie cutanée), sans introduction d'un instrument d'optique	par voie intracavitaire par voie nasale par voie buccale par voie œsophagienne par voie anale par voie utérine par voie vaginale par voie naturelle par cathétérisme urétral par une -stomie déjà en place	D

Mode d'accès	Description	Modalités	Code
ACCÈS ENDOSCOPIQUE TRANSORIFIciel	accès à la lumière d'une cavité ou d'un conduit anatomique en passant par un orifice externe naturel ou artificiel (stomie cutanée), avec introduction d'un instrument d'optique	par endoscopie (...) par fibroscopie par laryngoscopie (...) par bronchoscopie au tube rigide par œso-gastro-duodénoscopie par jéjunoscopie par iléoscopie par coloscopie ... par rectosigmoïdoscopie par cholangioscopie rétrograde par néphroscopie par urétéroscopie antérograde par urétéroscopie rétrograde par urétrocystoscopie par urétéroscopie par hystéroscopie par colposcopie par vaginoscopie	E
ACCÈS INTRALUMINAL TRANSPARIÉTAL	accès à la lumière d'une cavité ou d'un conduit anatomique par ponction ou incision minimale des téguments, sans introduction d'un instrument d'optique	par hémoperfusion par injection intraartérielle transcutanée par injection intravasculaire transcutanée par injection intraveineuse transcutanée par ponction du cordon ombilical par ponction transcutanée (d'un conduit) (d'un organe creux) par perfusion par un dispositif d'accès veineux par voie artérielle transcutanée par voie vasculaire transcutanée par voie veineuse transcutanée	F

Mode d'accès	Description	Modalités	Code
ACCÈS ENDOSCOPIQUE INTRALUMINAL	accès à la lumière d'une cavité ou d'un conduit anatomique par ponction ou incision minime des téguments, avec introduction d'un instrument d'optique	- scopie, par voie transcutanée par néphroscopie transcutanée par urétéroscopie antérograde transcutanée	G
ACTE PAR RAYONS X, AVEC ACCÈS AUTRE QU'ABORD OUVERT	réalisation d'un acte utilisant des rayons X, avec accès autre qu'un abord ouvert	avec contrôle radiologique avec guidage radiologique avec guidage scanographique avec ingestion de produit de contraste avec injection de produit de contraste par injection de produit de contraste	H
ACTE PAR ULTRASON OU REMNOGRAPHIE	réalisation d'un acte utilisant des ultrasons ou la résonance magnétique, avec accès autre qu'un abord ouvert	avec guidage échographique avec guidage remnographique [IRM]	J
ACTE PAR RAYONS X, SANS ACCÈS	réalisation d'un acte utilisant des rayons X, sans accès	par radiographie par radiologie	K
ACTE PAR AGENT IONISANT	réalisation d'un acte utilisant des agents ionisants autres que les rayons X (isotopes radioactifs, particules ...)	curiethérapie Irradiation externe scintigraphie par radio-isotope par méthode radio-isotopique - radio-isotopique	L
ACTE PAR ULTRASON, SANS ACCÈS	réalisation d'un acte utilisant des ultrasons, sans accès	échographie (-doppler) transfontanellaire échographie (-doppler) transcrânienne échographie (-doppler) transcutanée échographie (-doppler) transthoracique par échocardiographie transthoracique par doppler ... transcrânien par doppler ... transcutané	M

Mode d'accès	Description	Modalités	Code
ACTE PAR REMNOGRAPHIE SANS ACCÈS	réalisation d'un acte utilisant la résonance magnétique, sans accès	remnographie [IRM] par résonance magnétique cérébrale par remnographie [IRM]	N
ACTE PAR AUTRE MOYEN, SANS ACCÈS, OU NON PRÉCISÉ	réalisation d'un acte utilisant d'autre moyen, sans accès, ou sans précision sur ses modalités		P

CCAM BUCCO-DENTAIRE

Fiche technique localisation des actes bucco-dentaires

Les principaux motifs de rejets relatifs à la localisation figurent dans le tableau ci-dessous :

Numéro du rejet	Libellé du rejet	Correction
R 2600 700	Absence numéro de dent	La localisation de l'acte réalisé doit être indiquée
R 0568 002	Numéro de dent erroné	La localisation indiquée n'existe pas ou ne peut-être renseignée avec cet acte.
R 2600 710	Incompatibilité numéro dent/code acte	La localisation indiquée n'est pas compatible avec le code de l'acte réalisé.
R 2600 702	Nombre de dents insuffisant	Par rapport à l'acte, le nombre de dents attendu est insuffisant.

Sur la feuille de soins, le chirurgien-dentiste mentionne la localisation anatomique des actes réalisés, définie par la norme internationale ISO-3950 (numéro de dent, de sextant, de quadrant ou d'arcade).

Maxillaire	01															
Quadrant	10								20							
Sexant	03				04				05							
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Sextant	08				07				06							
Quadrant	40								30							
Mandibule	02															

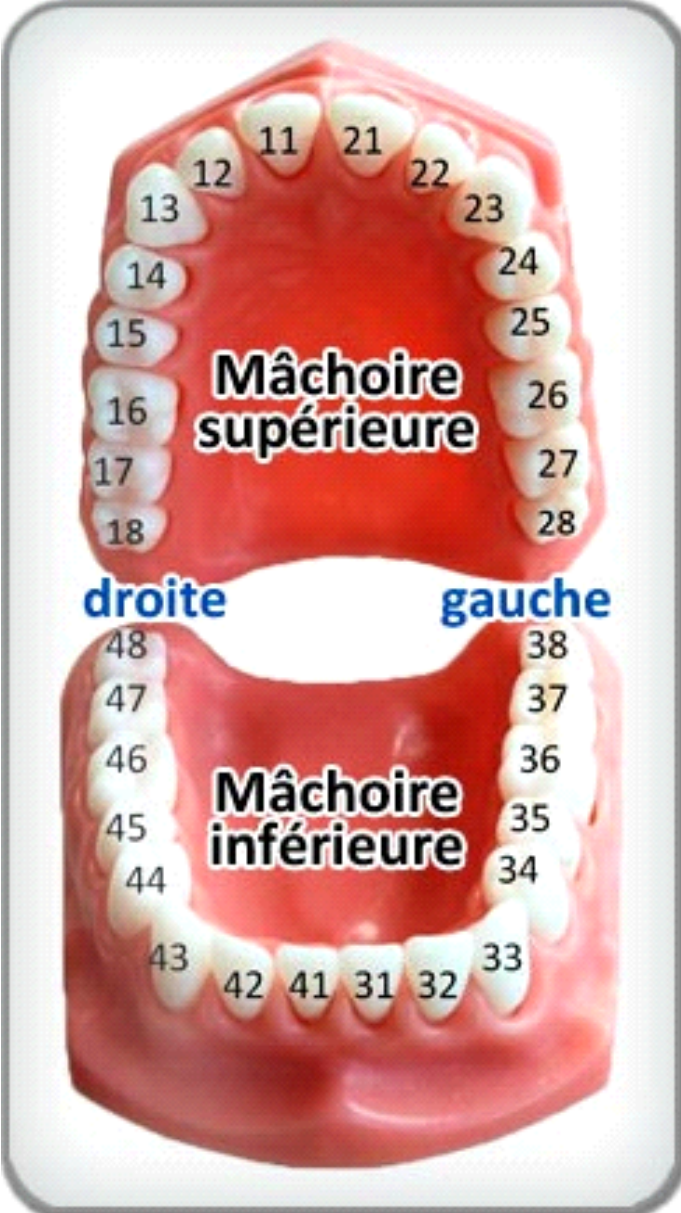
Un code CCAM peut comporter jusqu'à 16 localisations.

Pour décrire l'ensemble de la cavité buccale, les codes 01 et 02 doivent être utilisés. Le code 00 ne doit plus être utilisé.

Il existe des incompatibilités entre le code de l'acte CCAM et les localisations indiquées. Exemple : pour le code HBLD021 (exérèse de la pulpe vivante d'une 1^{ère} prémolaire maxillaire), 14 ou 24 sont les seules dents compatibles.

Chaque libellé CCAM comporte un nombre minimum de dents attendu.

EXEMPLES	CODE CCAM	LOCALISATION
Stellite de 4 dents remplaçant les dents 16, 17, 26 et 27	HBLD332	16 17 26 27
Pose d'une prothèse complète résine définitive maxillaire	HBLD031	01
Pose d'1 prothèse complète amovible résine définitive bimaxillaire	HBLD035	01 et 02
Réparation d'une prothèse amovible résine mandibulaire fracturée	HBMD020	02
Adjonction de la dent 14 et d'un crochet sur la dent 15 sur une prothèse amovible	HBMD114	14 15
Détartrage	HBJD001	01 ou 02, ou 01 et 02
Pose d'un plan de libération occlusale	HBLD018	01 ou 02



Annexe 6 – Règles d'incompatibilité

Les règles décrites ici sont la reprise des règles énoncées au point 3 de ce Guide sous une formulation différente. Leur respect est donc nécessaire à la qualité du codage des actes, et leur application ne se comprend que dans le cas du codage d'actes supposés réalisés au cours d'une même intervention, y compris par des intervenants différents. L'attention des utilisateurs est attirée sur le fait que ne sont données ici que les plus importantes et les plus fréquentes d'entre elles et que cette liste ne prétend ainsi pas à l'exhaustivité.

R01 - L'association d'un acte diagnostique et d'un acte thérapeutique sur la même topographie selon les mêmes modalités est interdite

- R01.001** L'acte d'**exploration intracrânienne, par vidéochirurgie** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques sur le contenu intracrânien ", **par vidéochirurgie**"
- R01.002** L'acte de **cervicotomie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par cervicotomie**"
- R01.003** L'acte de **cervicoscopie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par cervicoscopie**"
- R01.004** L'acte de **médiastinoscopie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par médiastinoscopie**"
- R01.005** L'acte de **thoracoscopie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par thoracoscopie**"
- R01.006** L'acte de **thoracotomie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par thoracotomie**"
- R01.007** L'acte de **cœlioscopie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par cœlioscopie**"
- R01.008** L'acte de **laparotomie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par laparotomie**"
- R01.009** L'acte de **rétopéritonéoscopie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par rétopéritonéoscopie**"
- R01.010** L'acte de **lombotomie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par lombotomie**"
- R01.011** L'acte d'**exploration du contenu scrotal, par abord scrotal** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par abord scrotal**"
- R01.012** L'acte d'**exploration du contenu scrotal, par abord inguinal** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par abord inguinal**"
- R01.013** L'acte de **pélycoscopie [culdoscopie] diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par pélycoscopie [culdoscopie]**"
- R01.014** L'acte d'**arthroscopie diagnostique d'une articulation** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par arthrotomie**" de la même articulation

- R01.015** Les actes d'**endoscopie diagnostique des sinus paranasaux** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques "**, par endoscopie" des sinus paranasaux**
- R01.016** Les actes d'**endoscopie diagnostique des fosses nasales** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques "**, par endoscopie" des fosses nasales**
- R01.017** L'acte d'**endoscopie diagnostique du pharynx** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques "**, par endoscopie" du pharynx**
- R01.018** Les actes de **laryngoscopie (directe) (indirecte)** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques "**, par laryngoscopie"**
- R01.019** Les actes d'**endoscopie diagnostique de la trachée et des bronches** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques "**, par endoscopie" de la trachée ou des bronches**
- R01.020** Les actes d'**endoscopie diagnostique du haut appareil digestif** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques "**, par endoscopie" du haut appareil digestif**
- R01.021** L'acte d'**endoscopie diagnostique de l'intestin grêle proximal** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques "**, par endoscopie" de l'intestin grêle proximal**
- R01.022** L'acte d'**endoscopie diagnostique de l'intestin grêle distal** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques "**, par endoscopie" de l'intestin grêle distal**
- R01.023** Les actes d'**endoscopie diagnostique du côlon** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques "**, par endoscopie" du côlon**
- R01.024** Les actes d'**endoscopie diagnostique du rectum** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques "**, par endoscopie" du rectum**
- R01.025** L'acte d'**endoscopie diagnostique de l'anus** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques "**, par endoscopie" de l'anus**
- R01.026** Les actes d'**endoscopie diagnostique des conduits biliaires** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques "**, par endoscopie" des conduits biliaires**
- R01.027** L'acte d'**endoscopie diagnostique des conduits pancréatiques** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques "**, par endoscopie" des conduits pancréatiques**
- R01.028** Les actes d'**angiographie d'un vaisseau, par voie vasculaire transcutanée** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques sur ce vaisseau "**, par voie vasculaire transcutanée "**
- R01.029** Les actes d'**endoscopie diagnostique des voies urinaires supérieures** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques **par la même méthode d'endoscopie des voies urinaires supérieures**
- R01.030** Les actes d'**urétrocystoscopie diagnostique** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques "**, par urétrocystoscopie"**

- R01.031** L'acte d'**hystérocopie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par hystérocopie**"
- R01.032** L'acte de **colposcopie diagnostique** n'est pas associable avec les actes thérapeutiques ", **par colposcopie**"
- R01.033** Les actes de **prélèvement d'un organe** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques sur cet organe **par le même accès**
- R01.034** Les actes de **biopsie d'un organe** ne sont pas associables avec les actes thérapeutiques sur cet organe **par le même accès**

R02 - Si une note d'inclusion précise qu'un acte est inclus dans un autre, ils ne peuvent pas être codés simultanément

- R02.001** *La **polysomnographie** inclut la réalisation simultanée d'une électroencéphalographie sur une ou deux dérivation, d'une électrooculographie sur une ou deux dérivation, d'une électromyographie mentonnière sur une dérivation, ainsi que de l'un des enregistrements suivants :*
- électroencéphalographie sur au moins 8 dérivation supplémentaires,
 - électromyographie sur au moins 2 dérivation supplémentaires,
 - paramètres physiologiques cardiorespiratoires (bruits, flux et efforts respiratoires, SaO₂, fréquence cardiaque)
- Avec ou sans :** *détermination des réglages d'un appareil respiratoire à pression positive continue [PPC] et leur adaptation manuelle.*
- R02.002** *La **pose d'un capteur de pression du liquide cébrospinal** inclut la mesure initiale de la pression.*
- R02.003** *L'**administration d'agent pharmacologique au long cours** inclut la pose du cathéter d'accès au site d'injection avec ou sans tunnellation, sans pose de système diffuseur ni de pompe à infusion continue souscutané.*
- R02.004** *L'**infiltration thérapeutique du plexus brachial** inclut la stimulodétection électrique.*
- R02.005** *Le **bloc anesthésique continu du plexus brachial** inclut la stimulodétection électrique.*
- R02.006** *L'**infiltration thérapeutique d'un nerf pelvien profond** inclut la stimulodétection électrique.*
- R02.007** *L'**infiltration thérapeutique d'un nerf profond d'un membre** inclut la stimulodétection électrique.*
- R02.008** *Le **bloc anesthésique continu d'un nerf profond d'un membre** inclut la stimulodétection électrique.*
- R02.009** *La **réparation de perte de substance de la paupière par autogreffe ou lambeau** inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.*

- R02.010** *La reconstruction du sourcil et de la paupière* inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.
- R02.011** *Les actes diagnostiques et thérapeutiques sur l'oreille* incluent l'examen unilatéral ou bilatéral de l'oreille externe et/ou moyenne, sous microscope ou par endoscopie méatale.
- R02.012** *L'audiométrie* inclut le soin instrumental unilatéral ou bilatéral d'oreille externe sous microscope, et l'ablation unilatérale ou bilatérale de bouchon de cérumen ou de corps étranger du méat acoustique externe.
- R02.013** *La réparation de perte de substance de l'auricule par autogreffe ou lambeau* inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.
- R02.014** *La reconstruction de l'auricule* inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.
- R02.015** *La reconstruction du méat acoustique externe [canaloplastie]* inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.
- R02.016** *Par recanalisation intraluminale d'un vaisseau*, on entend : rétablissement de la circulation dans un vaisseau par forage guidé d'une néolumière au travers d'un obstacle totalement obstructif. Elle inclut la dilatation du vaisseau.
- R02.017** *Les actes sur le thorax, par thoracoscopie* incluent l'évacuation de collection intrathoracique associée, la pose de drain pleural et/ou péricardique.
- R02.018** *Les actes sur le thorax, par thoracotomie* incluent l'évacuation de collection intrathoracique associée, la pose de drain pleural et/ou péricardique.
- R02.019** *Les actes avec dérivation vasculaire [shunt]* incluent la pose d'une dérivation inerte ou pulsée, et son ablation.
- R02.020** *La circulation extracorporelle [CEC] pour acte intrathoracique* inclut, pour le chirurgien, l'installation, la conduite de la circulation extracorporelle, et son ablation. Elle inclut les responsabilités suivantes :
- décision de l'indication et choix de la technique
 - pose et ablation des canules
 - choix du niveau d'hypothermie
 - choix du débit de CEC
 - décision d'arrêt circulatoire
 - définition des protocoles de remplissage
 - décision de cardioplégie
 - décision d'assistance circulatoire.
- R02.021** *La suture d'un vaisseau* inclut l'angioplastie d'élargissement.
- R02.022** *Le pontage artériel* inclut la thromboendartériectomie de contiguïté.
- R02.023** *L'exploration électrophysiologique cardiaque* inclut le guidage radiologique.
- R02.024** *La mesure de pression et du débit du cœur et des vaisseaux supracardiaques* inclut :
- le guidage radiologique,
 - la mesure continue de la saturation du sang artériel en oxygène [SaO₂].

- R02.025** *L'échographie du cœur et des vaisseaux intrathoraciques inclut l'électrocardiographie externe de référence.*
- R02.026** *L'échocardiographie de stress inclut :*
- la surveillance continue de l'électrocardiographie [ECG] et de la pression intraartérielle,
- l'enregistrement événementiel ou à chaque palier de l'électrocardiographie et de l'échographie sur un appareil de numérisation .
- R02.027** *L'artériographie coronaire inclut la mesure des pressions dans les cavités cardiaques gauches et dans l'aorte.*
- R02.028** *L'artériographie de branche de l'aorte abdominale inclut l'artériographie de l'aorte abdominale.*
- R02.029** *La phlébographie du membre inférieur inclut l'étude des axes iliocaves.*
- R02.030** *La scanographie des vaisseaux [angioscanner] inclut l'étude morphologique préalable du segment étudié, la restitution tridimensionnelle par logiciel adapté et sa visualisation.*
- R02.031** *La remnographie des vaisseaux [angio-IRM] inclut l'étude morphologique préalable du segment étudié, la restitution tridimensionnelle par logiciel adapté et sa visualisation.*
- R02.032** *Les épreuves fonctionnelles de l'appareil circulatoire incluent les examens de référence : électrocardiographie et/ou examen doppler au repos.*
- R02.033** *La revascularisation coronaire par pontage inclut le prélèvement de greffon artériel ou veineux autologue.*
- R02.034** *La séance de rééducation cardiaque inclut la surveillance de la fréquence cardiaque, de la pression intraartérielle et de l'électrocardiographie discontinue.*
Avec ou sans : surveillance transcutanée de la saturation artérielle en oxygène
- R02.035** *Le traitement d'un anévrisme artériel intracrânien, par craniotomie inclut l'évacuation d'hématome intracrânien associé.*
- R02.036** *Les actes thérapeutiques sur les veines des membres inférieurs incluent la contention veineuse.*
- R02.037** *L'exérèse de malformation vasculaire intracrânienne, par craniotomie inclut l'évacuation d'hématome intracrânien associé.*
- R02.038** *La ligature de vaisseau intracrânien, par craniotomie inclut l'évacuation d'hématome intracrânien associé.*
- R02.039** *Les tests allergologiques de provocation incluent le contrôle avec placebo.*
- R02.040** *Le prélèvement de sang, par voie vasculaire transcutanée inclut le guidage angiographique.*
- R02.041** *Le prélèvement d'un nœud [ganglion] lymphatique ou de quelques-uns [picking] à titre diagnostique, au cours de l'exérèse d'un organe et par la même voie d'abord, est inclus dans l'acte principal et ne donne pas lieu à codage supplémentaire.*

- R02.042** *La **polygraphie respiratoire nocturne** inclut la réalisation simultanée des examens suivants : mesure de la saturation sanguine en oxygène par oxymétrie et flux aérien nasobuccal, et/ou quantification des ronflements avec enregistrement des bruits trachéaux, et/ou détection des efforts respiratoires, et/ou analyse de la position corporelle, sur une période nocturne d'au moins 6 heures.*
- R02.043** *La **réparation de perte de substance du nez par autogreffe ou lambeau** inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.*
- R02.044** *L'**administration intrapleurale d'agent pharmacologique au long cours** inclut la pose du cathéter d'accès au site d'injection avec ou sans tunnellation, sans pose de système diffuseur ni de pompe à infusion continue souscutané.*
- R02.045** *La **séance de rééducation respiratoire** inclut la surveillance de la fréquence cardiaque, de la pression intraartérielle et la surveillance transcutanée discontinue de la saturation artérielle en oxygène.
Avec ou sans : électrocardiographie discontinue
réentraînement à l'activité sportive collective*
- R02.046** *La **pose d'un appareillage personnalisé** inclut sa conception, son adaptation et sa pose.*
- R02.047** *Les **actes sur la cavité de l'abdomen, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie** incluent l'évacuation de collection intraabdominale associée, la toilette péritonéale et/ou la pose de drain.*
- R02.048** *Les **actes sur la cavité de l'abdomen, par abord direct** incluent l'évacuation de collection intraabdominale associée, la toilette péritonéale et/ou la pose de drain.*
- R02.049** *La **manométrie du tube digestif** inclut la pose de la sonde et le contrôle radiologique de sa position.
Avec ou sans : épreuve pharmacologique*
- R02.050** *Toute **échographie de l'abdomen** inclut l'échographie de la cavité péritonéale pour recherche d'épanchement.*
- R02.051** *L'**endoscopie des conduits biliaires ou pancréatiques** inclut la radiographie des conduits explorés par injection de produit de contraste.*
- R02.052** *La **réparation de perte de substance de lèvre par autogreffe ou lambeau** inclut la réparation de la zone de prélèvement du greffon ou du lambeau.*
- R02.053** *La **réduction de fracture et de luxation de dent** inclut la pose de moyen de contention.*
- R02.054** *La **réimplantation de dent** inclut la pose de moyen de contention.*
- R02.055** *La **restauration d'une dent** inclut l'exérèse des tissus lésés, la préparation amérodentinaire et la protection dentinopulpaire.*
- R02.056** *L'**exérèse de la pulpe vivante ou l'exérèse du contenu canalaire non vivant d'une dent** inclut la mise en forme canalaire et l'obturation radiculaire.*
- R02.058** *L'**obturation radiculaire dentaire après apexification** inclut la mise en forme canalaire.*

- R02.059** *La pose d'une prothèse dentaire inclut sa conception, sa réalisation, son adaptation et sa pose.*
- R02.062** *La pose d'un appareillage personnalisé inclut sa conception, son adaptation et sa pose.*
- R02.063** *La résection du tube digestif sans rétablissement de la continuité inclut l'abouchement d'une ou des deux extrémités du tube digestif à la peau [stomies cutanées].*
- R02.064** *La résection du tube digestif avec rétablissement de la continuité inclut l'anastomose des deux segments du tube digestif, quelles qu'en soient les modalités.*
- R02.065** *La pose d'une endoprothèse du tube digestif inclut*
- la dilatation du segment concerné
- le contrôle radiologique.
- R02.066** *Le traitement d'une fistule inclut la résection des berges et du trajet fistuleux.*
Avec ou sans : *interposition d'appendice [de frange] épiploïque*
- R02.067** *La pose d'une endoprothèse biliaire inclut la dilatation et le contrôle radiologique des conduits biliaires.*
- R02.068** *La pose d'une endoprothèse biliaire par œso-gastro-duodéoscopie inclut la sphinctérotomie biliaire endoscopique.*
- R02.069** *L'ablation de calcul des voies biliaires, par voie transcutanée ou par endoscopie inclut le contrôle radiologique et la dilatation des conduits biliaires.*
- R02.070** *Les actes sur le conduit pancréatique, par œso-gastro-duodéoscopie incluent le contrôle radiologique du conduit pancréatique.*
- R02.071** *Les actes sur les voies urinaires supérieures, par endoscopie incluent le contrôle radiologique.*
- R02.072** *L'ablation de calcul du rein inclut le contrôle radiologique.*
- R02.073** *La fermeture d'une fistule inclut la résection des berges et du trajet fistuleux.*
Avec ou sans : *interposition d'appendice [de frange] épiploïque*
- R02.074** *L'abaissement d'un testicule ectopique inclut la fermeture d'une déhiscence du canal inguinal homolatéral.*
- R02.075** *La pelvectomie postérieure sans rétablissement de la continuité inclut l'abouchement de l'extrémité du tube digestif à la peau [stomie cutanée].*
- R02.076** *La pelvectomie postérieure avec rétablissement de la continuité inclut l'anastomose des deux segments du tube digestif, quelles qu'en soient les modalités.*
- R02.077** *La pelvectomie totale inclut l'abouchement de l'extrémité du tube digestif à la peau [stomie cutanée].*
- R02.078** *L'accouchement inclut le monitoring électronique des contractions de l'utérus gravide et du rythme cardiaque du fœtus par voie externe.*
- R02.079** *L'installation d'un nouveau-né en incubateur à la naissance inclut la surveillance de la température, de la fréquence cardiaque, de la saturation en*

oxygène par mesure transcutanée [SpO₂], de la glycémie capillaire et de la pression artérielle.

Avec ou sans : administration d'agent pharmacologique et/ou de soluté.

- R02.080** *L'administration intraveineuse d'agent pharmacologique et/ou de soluté inclut la pose d'un dispositif d'accès vasculaire.*
- R02.081** *Toute arthrotomie inclut l'arthroscopie peropératoire éventuelle.*
- R02.082** *L'ostéosynthèse d'une fracture inclut sa réduction simultanée et sa contention par appareillage externe.*
- R02.083** *La réduction d'une luxation, par abord direct inclut la réparation de l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation par suture ou plastie, la stabilisation de l'articulation [arthrorise] par matériel.*
- R02.084** *La reconstruction osseuse ou articulaire par greffe, transplant ou matériau inerte non prothétique inclut l'ostéosynthèse.*
- R02.085** *L'évacuation de collection articulaire inclut le lavage de l'articulation, avec ou sans drainage.*
- R02.086** *La pose d'un appareillage personnalisé inclut sa conception, son adaptation et sa pose.*
- R02.087** *Les radiographies, scanographies et remnographies [IRM] d'un segment de la colonne vertébrale incluent l'étude des zones transitionnelles adjacentes.*
- R02.088** *L'arthrodèse de la colonne vertébrale inclut l'avivement des surfaces articulaires, la préparation du site et la pose d'un greffon modelé.*
- R02.089** *L'arthrodèse avec réduction d'un spondylolisthésis inclut la libération radiculaire.*
- R02.090** *L'exérèse partielle de vertèbre inclut la reconstruction et l'ostéosynthèse.*
- R02.091** *L'exérèse totale de vertèbre inclut la reconstruction et l'ostéosynthèse.*
- R02.092** *La destruction d'un disque intervertébral, par voie transcutanée inclut la manométrie et la discographie peropératoires.*
- R02.093** *L'exérèse d'un disque intervertébral, par voie transcutanée inclut la manométrie et la discographie peropératoires.*
- R02.094** *L'exérèse de hernie discale de la colonne vertébrale inclut*
- l'exérèse de calcifications discales
- l'exérèse du listel marginal
- l'ouverture du récessus latéral ou du foramen intervertébral.
- R02.095** *La cure d'une hernie hiatale inclut la réalisation de procédé antireflux sur l'estomac.*
- R02.096** *Tout acte thérapeutique, par arthroscopie inclut le nettoyage de l'articulation traitée.*
- R02.097** *Tout acte thérapeutique, par arthrotomie inclut le nettoyage de l'articulation traitée.*

- R02.098** *La réduction orthopédique extemporanée d'une fracture inclut la contention par confection d'un appareillage rigide externe.
Comprend : réduction orthopédique itérative de fracture, avec gypsotomie de réaxation*
- R02.099** *La réduction orthopédique extemporanée d'une luxation inclut la contention par confection d'un appareillage rigide externe, ou la stabilisation interne [arthrorise] temporaire.*
- R02.100** *L'ostéotomie inclut l'ostéosynthèse et/ou la contention par appareillage externe.*
- R02.101** *L'arthroplastie inclut la réparation de l'appareil capsuloligamentaire par suture ou plastie, la stabilisation de l'articulation [arthrorise] par matériel et/ou contention par appareillage rigide externe.*
- R02.102** *La libération mobilisatrice d'une articulation [arthrolyse] inclut la capsulotomie articulaire, la libération de tendon périarticulaire et la résection d'ostéophyte et de butoir osseux.*
- R02.103** *L'arthrodèse inclut l'ostéosynthèse, le prélèvement in situ d'autogreffe osseuse, et/ou la contention par appareillage externe.*
- R02.104** *La suture de muscle ou de tendon inclut l'immobilisation par appareillage externe ou par arthrorise.*
- R02.105** *La radiographie d'un segment du membre supérieur inclut la radiographie des articulations adjacentes.*
- R02.106** *La radiographie d'un segment du membre inférieur inclut la radiographie des articulations adjacentes.*
- R02.107** *La radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] inclut la radiographie du sacrum, du coccyx et/ou d'articulation sacro-iliaque.*
- R02.108** *La méniscectomie du genou inclut le nettoyage de l'articulation.*
- R02.109** *L'autogreffe de peau inclut*
 - la prise de l'autogreffe avec traitement de la perte de substance de la zone de prélèvement par pansement, suture ou greffe,
 - la préparation et la couverture du site récepteur.
- R02.110** *La réparation par lambeau inclut*
 - la prise du lambeau avec traitement de la perte de substance de la zone de prélèvement par pansement, suture ou greffe,
 - la préparation et la couverture du site récepteur.
- R02.111** *Le pansement secondaire de brûlure inclut l'ablation de l'ancien pansement, la détersion de la brûlure et la réfection du nouveau pansement.*
- R02.112** *L'excision de brûlure inclut le pansement consécutif.*
- R02.113** *La greffe de peau pour brûlure inclut la préparation de la zone à greffer et le pansement consécutif de la zone prélevée et de la zone greffée.*
- R02.114** *La reconstruction du sein par lambeau de l'abdomen inclut la réparation de la paroi abdominale et l'éventuelle dermolipectomie abdominale.*

R03 – Un code d’acte mentionné dans une note Avec ou sans : attachée au libellé d’un autre acte n’est pas associable au code de celui-ci.

R04 – Un code d’acte n’est pas associable au code d’un autre acte quand il constitue, dans les règles de l’art, un geste élémentaire de celui-ci.

- R04.001** Un acte sur un segment de viscère digestif, par endoscopie inclut l’exploration diagnostique par endoscopie du segment d’amont.
- R04.002** Un acte sur un segment de viscère urinaire, par endoscopie inclut l’exploration diagnostique par endoscopie du segment d’amont.
- R04.003** Un acte sur un segment des voies aériennes, par endoscopie inclut l’exploration diagnostique par endoscopie du segment d’amont.
- R04.004** Un acte d’intubation trachéale ne peut être associé à un geste d’anesthésie.
- R04.005** Un acte avec guidage par technique d’imagerie inclut l’exploration diagnostique par la même technique d’imagerie de l’organe ou de la région concernée.
- R04.006** Un acte d’allongement d’un os inclut l’ostéotomie de cet os.
- R04.007** Un acte de raccourcissement d’un os inclut l’ostéotomie de cet os.
- R04.008** Un acte de réparation avec autogreffe inclut la prise de la greffe.
- R04.009** Un acte de réparation avec lambeau inclut la prise du lambeau.
- R04.010** Un acte de pose ou de changement de dispositif inclut le réglage initial et la programmation de ce dispositif.
- R04.011** Un acte thérapeutique sur un organe inclut la suture de cet organe.
- R04.012** Un acte thérapeutique sur un organe inclut la section initiale de cet organe.
- R04.013** Un acte de réparation de plaie de nerf inclut le parage et/ou la suture de la peau et des tissus mous susjacents.
- R04.014** Un acte de réparation de plaie d’artère inclut le parage et/ou la suture de la peau et des tissus mous susjacents.
- R04.015** Un acte de réparation de plaie de muscle ou de tendon inclut le parage et/ou la suture de la peau et des tissus mous susjacents.
- R04.016** Un acte sur un organe ou une région, par abord ouvert inclut la toilette et/ou le drainage de la zone opératoire.
- R04.017** Un acte de suppléance d’une fonction vitale inclut la surveillance de cette fonction.
- R04.018** Un acte de suppléance d’une fonction vitale inclut la suppléance nutritionnelle du patient.
- R04.019** Un acte diagnostique ou thérapeutique de complexité donnée inclut tout acte diagnostique ou thérapeutique sur la même localisation, par le même accès, de complexité inférieure.

- R04.020** La **pose d'une prothèse dans un organe** inclut la dilatation du segment de l'organe concerné.
- R04.021** Un **acte d'échoendoscopie d'un organe** inclut l'exploration endoscopique de l'organe concerné et du segment d'amont.
- R04.022** Un **acte d'échographie-doppler [échodoppler] d'un organe** inclut l'échographie de l'organe concerné.
- R04.023** Un **acte diagnostique ou thérapeutique sur une articulation** inclut le bilan fonctionnel de l'articulation.
- R04.024** Un **acte thérapeutique sur une articulation** inclut la mobilisation thérapeutique de l'articulation.
- R04.025** Un **acte thérapeutique sur une articulation** inclut le nettoyage de l'articulation.
- R04.026** Un **acte de laryngectomie** inclut la trachéotomie.
- R04.027** Un **acte de pharyngectomie** inclut la trachéotomie.
- R04.028** Un **acte sur les voies urinaires supérieures, par voie transcutanée** inclut la néphrostomie.
- R04.029** Un **acte d'adénomectomie prostatique ou de prostatectomie** inclut la cystostomie.

R05 – Un code d'acte décrit comme une procédure ne peut pas être associé à l'un des codes d'actes qui la composent.

R06 – Un code d'acte n'est pas associable à un autre code d'acte lorsque leur combinaison est décrite par un libellé de procédure.

- R06.001** Un **acte d'ablation de dispositif** n'est pas associable à un acte de **pose de ce dispositif** sur la même topographie selon le même accès, si existe un libellé de **changement de ce dispositif**.
- R06.002** Un **acte sans guidage** n'est pas associable à un **acte d'imagerie médicale**, si existe un libellé d'acte **avec guidage par technique d'imagerie**.

R07 – Le code d'un acte ne peut jamais être répété pour signaler la réalisation d'un acte multiple, en dehors du code des actes sur des organes pairs en l'absence de libellé mentionnant la bilatéralité, des actes par rayon sur la main et le pied, et de certains actes sur les dents.

R08 – Le code d'un acte « sans » emploi d'une variante de technique ou de méthode n'est pas associable avec le code du même acte « avec » emploi de la même variante de technique ou de méthode

- R08.001** Un **acte sans enregistrement vidéo** n'est pas associable avec l'acte identique **avec enregistrement vidéo**.
- R08.002** Un **acte sans injection de produit de contraste** n'est pas associable avec l'acte identique **avec injection de produit de contraste**.
- R08.003** Un **acte sans stimulodétection** n'est pas associable avec l'acte identique **avec stimulodétection**.
- R08.004** Un **acte sans anesthésie générale** n'est pas associable avec l'acte identique **avec anesthésie générale**.
- R08.005** Un **acte sans guidage** n'est pas associable avec l'acte identique **avec guidage**.
- R08.006** Un **acte sans CEC** n'est pas associable avec l'acte identique **avec CEC**.
- R08.007** Un **acte sans enregistrement** n'est pas associable avec l'acte identique **avec enregistrement**.

R09 – Divers

- R09.001** Un **geste complémentaire** ne peut pas être codé simultanément avec l'acte isolé de même nature, réalisé selon le même accès.
- R09.002** Un acte décrit « **au lit du malade** » ne peut pas être codé simultanément avec l'acte de même nature, réalisé selon le même accès, décrit en dehors de cette condition.
- R09.003** Un acte décrit pour **une classe d'âge donnée** ne peut pas être codé avec l'acte de même nature, réalisé selon le même accès, décrit pour une classe d'âge différente.
- R09.004** Un acte décrit pour **un sexe donné** ne peut pas être codé avec l'acte de même nature, réalisé selon le même accès, décrit pour l'autre sexe.
- R09.005** Un acte décrit comme **postérieur** à un autre acte ne peut pas être codé avec ce second acte.

LISTE DES ACTES ET DES PRESTATIONS

Livres I et III modifiés par les Décisions UNCAM suivantes

Décision du 11 mars 2005	JO du 30 mars 2005
Décision du 18 juillet 2005	JO du 26 août 2005
Décision du 6 décembre 2005	JO du 5 avril 2006
Décision du 27 avril 2006	JO du 16 mai 2006
Décision du 23 juin 2006	JO du 27 juin 2006
Décision du 29 juin 2006	JO du 30 juin 2006
Décision du 31 juillet 2006	JO du 15 septembre 2006
Décision du 4 juillet 2006	JO du 6 octobre 2006
Décision du 14 novembre 2006	JO du 22 décembre 2006
Décision du 5 décembre 2006	JO du 9 février 2007
Décision du 7 mars 2007	JO du 15 mai 2007
Décision du 3 avril 2007	JO du 27 juin 2007
Décision du 3 avril 2007	JO du 29 juin 2007
Décision du 23 août 2007	JO du 11 septembre 2007
Décision du 6 juillet 2007	JO du 3 octobre 2007
Décision du 13 décembre 2007	JO du 8 mars 2008 JO du 13 mars 2008
Décision du 5 février 2008	JO du 22 avril 2008
Décision du 4 mars 2008	JO du 23 mai 2008
Décisions du 1^{er} juillet 2008	JO du 25 septembre 2008 JO du 3 octobre 2008
Décision du 8 octobre 2008	JO du 25 octobre 2008
Décision du 17 septembre 2008	JO du 21 novembre 2008
Décision du 8 octobre 2008	JO du 19 décembre 2008
Décision du 19 janvier 2009	JO du 28 avril 2009

Décision du 5 mars 2009	JO du 11 mars 2009
Décision du 24 juin 2009	JO du 20 août 2009
Décision du 9 juillet 2009	JO du 19 septembre 2009
Décision du 23 novembre 2009	JO du 11 février 2010
Décision du 18 janvier 2010	JO du 25 avril 2010
Décision du 16 mars 2010	JO du 28 mai 2010
Décision du 26 mai 2010	JO du 31 août 2010
Décision du 16 novembre 2010	JO du 26 décembre 2010
Décision du 26 décembre 2010	JO du 6 janvier 2011
Décision du 17 janvier 2011	JO du 6 mars 2011
Décision du 21 février 2011	JO du 19 mai 2011
Décision du 28 septembre 2011	JO du 10 décembre 2011
Décision du 2 novembre 2011	JO du 20 janvier 2012
Décisions du 20 décembre 2011	JO du 21 février 2012 JO du 28 février 2012
Décision du 9 février 2012	JO du 13 avril 2012
Décision du 20 mars 2012	JO du 7 juin 2012
Décision du 19 juillet 2012	JO du 23 novembre 2012
Décision du 13 septembre 2012	JO du 22 novembre 2012
Décision du 2 octobre 2012	JO du 14 novembre 2012
Décision du 26 décembre 2012	JO du 13 février 2013
Décision du 14 février 2013	JO du 16 avril 2013
Décision du 21 mars 2013	JO du 23 mai 2013
Décision du 21 mars 2013	JO du 16 mai 2013
Décision du 8 avril 2013	JO du 31 mai 2013
Décision du 31 mai 2013	JO du 3 août 2013

Décision du 25 septembre 2013	JO du 27 novembre 2013
Décision du 26 novembre 2013	JO du 23 janvier 2014
Décision du 17 décembre 2013	JO du 8 février 2014
Décision du 15 octobre 2013	JO du 8 décembre 2013
Décision du 17 décembre 2013	JO du 20 février 2014
Décision du 18 avril 2014	JO du 24 juin 2014
Décision du 24 juin 2014	JO du 28 août 2014
Décision du 16 juillet 2014	JO du 24 septembre 2014
Décision du 21 juillet 2014	JO du 30 septembre 2014
Décision du 9 septembre 2014	JO du 18 novembre 2014
Décision du 31 mars 2015	JO du 2 juin 2015
Décision du 24 avril 2015	JO du 24 juin 2015
Décision du 17 juin 2015	JO du 21 août 2015
Décision du 2 juillet 2015	JO du 13 octobre 2015
Décision du 10 septembre 2015	JO du 27 novembre 2015
Décision du 12 mai 2016	JO du 19 juillet 2016
Décision du 16 janvier 2017	JO du 12 février 2017
Décision du 21 février 2017	JO du 22 mars 2017
Décisions du 23 février 2017	JO du 27 avril 2017
Décision du 24 mars 2017	JO du 17 juin 2017
Décision du 28 février 2017	JO du 27 juin 2017
Décision du 4 juillet 2017	JO du 16 septembre 2017
Décision du 24 juillet 2017	JO du 15 septembre 2017
Décision du 21 juillet 2017	JO du 6 octobre 2017
Décision du 21 juin 2017	JO du 12 septembre 2017
Décision du 7 septembre 2017	JO du 27 octobre 2017

Décision du 27 septembre 2017	JO du 1^{er} décembre 2017
Décision du 27 octobre 2017	JO du 31 décembre 2017
Décisions du 24 janvier 2018	JO du 21 mars 2018
Décision du 12 mars 2018	JO du 23 mai 2018
Décision du 16 avril 2018	JO du 13 juin 2018
Décision du 23 avril 2018	JO du 14 juin 2018
Décision du 28 mai 2018	JO du 29 juin 2018
Décision du 10 juillet 2018	JO du 24 juillet 2018
Décision du 10 juillet 2018	JO du 28 août 2018
Décision du 26 juillet 2018	JO du 19 septembre 2018
Décisions du 6 novembre 2018	JO du 19 décembre 2018
Décision du 6 novembre 2018	JO du 24 janvier 2019
Décision du 20 décembre 2018	JO du 16 février 2019
Décision du 18 décembre 2018	JO du 16 février 2019
Décision du 31 janvier 2019	JO du 18 avril 2019
Décision du 7 mai 2019	JO du 2 juillet 2019
Décision du 18 juillet 2019	JO 8 septembre 2019
Décision du 18 juillet 2019	JO 11 septembre 2019
Décision du 3 octobre 2019	JO 27 novembre 2019
Décision du 3 octobre 2019	JO 29 novembre 2019
Décision du 8 janvier 2020	JO 8 février 2020
Décision du 13 février 2020	JO 9 avril 2020
Décision du 4 mars 2020	JO 25 mars 2020
Décision du 28 mai 2020	JO du 7 juillet 2020
Décision du 29 avril 2020	JO du 28 août 2020
Décision du 6 octobre 2020	JO du 2 décembre 2020

Décision du 29 septembre 2020	JO du 2 décembre 2020
Décision du 12 novembre 2020	JO du 14 janvier 2021
Décision du 3 décembre 2020	JO du 28 janvier 2021
Décision du 4 mars 2021	JO du 12 mai 2021
Décision du 30 juin 2021	JO du 30 juin 2021
Décision du 2 décembre 2021	JO du 31 décembre 2021
Décision du 7 décembre 2021	JO du 5 janvier 2022
Décision du 13 janvier 2022	JO du 17 février 2022
Décision du 13 janvier 2022	JO du 18 mars 2022
Décision du 20 avril 2022	JO du 31 mai 2022
Décision du 28 mars 2022	JO du 30 juin 2022
Décision du 16 juin 2022	JO du 24 juillet 2022
Décision du 29 septembre 2022	JO du 3 novembre 2022
Décision du 8 février 2023	JO du 16 mars 2023
Décision du 12 mai 2023	JO du 14 mai 2023
Décision du 13 avril 2023	JO du 25 mai 2023
Décision du 7 août 2023	JO du 17 août 2023
Décision du 8 août 2023	JO du 17 août 2023
Décision du 6 septembre 2023	JO du 28 septembre 2023
Décision du 25 septembre 2023	JO du 24 octobre 2023
Décision du 15 janvier 2024	JO du 24 janvier 2024
Décision du 14 décembre 2023	JO du 8 février 2024
Décision du 22 décembre 2023	JO du 28 février 2024

Livre Premier : Dispositions générales

Article I-1

- 15/10/13** Les dispositions du Livre I s'appliquent aux médecins, aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes, libéraux et salariés, pour la prise en charge ou le remboursement de leurs actes techniques par l'assurance maladie.
- 17/06/15**

Article I-2

- 15/10/13** La liste des actes techniques remboursables, mentionnée au Livre II et établie en application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, s'impose aux médecins, aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes pour communiquer aux organismes d'assurance maladie, tout en respectant le secret professionnel et dans l'intérêt du patient, les actes et prestations effectués selon les modalités de facturation qui conditionnent leur prise en charge par l'assurance maladie. Si un acte n'est pas inscrit dans la liste, il ne peut pas être pris en charge.
- 17/06/15**

Article I-3 Codage

Tout acte de la liste est identifié par un code auquel correspond un libellé. Le code principal comporte sept caractères : les quatre premiers précisent la topographie, l'action, le mode d'accès et la technique, les trois derniers constituent un compteur aléatoire.

Ce code principal est complété par un ou plusieurs codes activité et codes phase de traitement mentionnés à l'article I-6. Ces trois codes sont obligatoires et doivent être inscrits chacun dans une zone particulière de la feuille de soins mentionnée à l'article R 161-40 du code de la sécurité sociale :

- 15/10/13**
- 17/06/15**
- le code activité identifie les gestes réalisés au cours d'un même acte par des médecins, des chirurgiens-dentistes et/ou des sages-femmes différents : le code «1» correspond au geste principal, le code «2» correspond au 2^{ème} geste éventuel, le code «3» correspond au 3^{ème} geste éventuel, le code «4» correspond au geste d'anesthésie générale ou locorégionale, le code «5» correspond à la surveillance d'une circulation extracorporelle (CEC) par un médecin autre que celui qui effectue l'intervention chirurgicale ;
 - le code phase de traitement identifie les différentes phases d'un traitement lorsqu'elles existent : le code «1» identifie la première phase de traitement, le code «2» la deuxième phase, le code «3» la troisième phase. Par défaut, lorsqu'il n'y a qu'une seule phase de traitement, le code est «0».

Sur la feuille de soins bucco-dentaire, le médecin ou le chirurgien-dentiste doit mentionner la localisation anatomique définie par la norme internationale ISO-3950 (numéro de dent, de

15/10/13 sextant, de quadrant ou d'arcade) dans la zone particulière prévue à cet effet.

Trois codes supplémentaires sont facultatifs : le code remboursement exceptionnel mentionné à l'article I-4, le code modificateur mentionné à l'article I-9, le code association mentionné à l'article I-11.

15/10/13
17/06/15 Un acte ne peut être codé qu'à l'issue de sa complète réalisation, à l'exception des actes qui comportent plusieurs codes phase de traitement. Toutefois, quand l'acte thérapeutique initialement prévu n'a pas pu être réalisé dans son intégralité, le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme code l'acte effectivement réalisé.

Article I-4 **Prise en charge**

15/10/13
17/06/15 Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les organismes d'assurance maladie les actes effectués personnellement par un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, sous réserve que ce dernier soit en règle avec les dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de sa profession.

17/06/15 Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus de respecter les conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation des actes et prestations figurant dans la liste.

Par ailleurs, un acte ou une prestation ne peut être pris en charge que si sa réalisation est conforme aux indications prises en application de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale concernant les dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que médicaments et prestations associées, et l'article L. 162-17 du même code concernant les médicaments spécialisés.

17/06/15 Pour les actes qualifiés de remboursables sous conditions, le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme porte le code remboursement exceptionnel «X» sur la feuille de soins. Ce code indique que l'acte a été réalisé dans les conditions précisées dans le Livre II. Si l'acte n'est pas réalisé dans les conditions exigées, il ne peut pas être présenté au remboursement.

Certains actes font l'objet d'un accord préalable du contrôle médical. Ces actes sont repérés dans la liste par les lettres «AP». Ils ne sont pris en charge qu'à la condition d'avoir reçu l'avis favorable du contrôle médical, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

02/10/12 1. Quand l'acte est soumis à cette formalité, le praticien qui dispense cet acte (médecin, sage-femme, auxiliaire médical) est tenu, préalablement à son exécution, d'adresser au contrôle médical une demande d'accord préalable remplie et signée. Les demandes d'accord préalable sont établies sur des imprimés conformes aux modèles arrêtés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

02/10/12 2. Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la date de réception de la demande d'accord préalable. La réponse de la caisse d'Assurance Maladie doit être adressée au malade et en copie au praticien, au plus tard le 15^{ème} jour à compter de la date de réception de la demande par le service du contrôle médical, la caisse ou la mutuelle.

3. Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent article préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par l'assurance maladie, l'absence de réponse, pendant plus de quinze jours de l'organisme, sur la demande de prise en charge équivaut à un accord. Dans ce cas, le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à l'organisme d'assurance maladie sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.
4. Lorsque la demande est incomplète, l'organisme d'assurance maladie indique au demandeur les pièces manquantes indispensables à l'instruction et fixe un délai pour leur réception. Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la réception des pièces requises.

17/06/15 Lorsqu'il y a urgence manifeste, le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme dispense l'acte mais remplit néanmoins la demande d'accord préalable en portant la mention : « acte d'urgence ».

20/12/18 5. Les demandes d'accord préalable pour les prestations justifiant d'un motif de santé publique doivent se faire sous format dématérialisé sauf mention expresse de voie postale. Les demandes d'accord préalable pour les actes du sous paragraphe 07.03.02.09 de la CCAM doivent se faire exclusivement de manière dématérialisée. Les conditions de mise en œuvre sont précisées à l'article 7 « accord préalable » de la partie X.- L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour toutes les professions.

Article I-5

Pour l'application de l'article I-4, chaque acte doit faire l'objet d'un compte-rendu écrit et détaillé qui sert de document de liaison afin de faciliter la continuité des soins.

17/06/15 Le compte-rendu doit comporter notamment : les renseignements d'ordre administratif, les renseignements d'ordre médical, l'indication de l'acte, les modalités techniques précises quand cela est nécessaire, les résultats quantitatifs et qualitatifs pertinents, les conclusions motivées. Il est accompagné éventuellement d'un tracé ou d'une iconographie approprié. Il est réalisé et signé par le médecin ou la sage-femme ayant pratiqué l'acte et peut être adressé au contrôle médical sur sa demande.

15/10/13 Pour l'application de l'article I-4, les actes effectués par le chirurgien-dentiste sont consignés dans le dossier du patient. La tenue de ce dossier doit respecter les recommandations établies par la HAS. Il peut être adressé au contrôle médical sur sa demande.

Article I-6 Acte global

Pour les actes techniques médicaux de la liste, chaque libellé décrit un acte global qui comprend l'ensemble des gestes nécessaires à sa réalisation dans le même temps d'intervention ou d'examen, conformément aux données acquises de la science et au descriptif de l'acte dans la liste.

L'acte global est soit un acte isolé, qui peut être réalisé de manière indépendante, soit une procédure, qui est le regroupement usuel et pertinent d'actes isolés.

15/10/13 Lorsque les conditions de prise en charge prévoient que l'acte peut être réalisé par plusieurs médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes, la participation de chaque médecin, chirurgien-dentiste *ou sage-femme* est décrite par une activité distincte. A chaque activité correspond un code activité et un tarif qui ne peut être tarifé qu'une seule fois.

17/06/15

15/10/13 Lorsque les conditions de prise en charge ne prévoient pas la présence de plusieurs médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes, l'acte ne peut être codé et facturé qu'une seule fois, même si plusieurs médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes participent à sa réalisation.

17/06/15

15/10/13 Lorsqu'une procédure spécifique est identifiée dans la liste, elle est codée et tarifée et non les actes isolés qui la composent, même s'ils sont réalisés par des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes différents.

17/06/15

La liste prévoit que des actes peuvent être réalisés en plusieurs phases distinctes dans le temps. Dans ce cas, chaque phase est décrite. A chacune d'entre elles correspondent un code phase de traitement et un tarif qui doit être facturé le jour de sa réalisation.

09/09/14 Les gestes complémentaires, les actes de guidage et les suppléments de rémunération ne peuvent être tarifés que si les actes qu'ils complètent sont réalisés. Les codes des gestes complémentaires ou des suppléments autorisés sont mentionnés en regard de chacun des actes concernés, sauf dérogations. Les gestes complémentaires et les suppléments sont regroupés dans des chapitres spécifiques.

15/10/13 Pour un acte chirurgical non répétitif réalisé en équipe sur un plateau technique lourd ou un acte interventionnel, dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, le tarif recouvre, pour le médecin ou le chirurgien-dentiste qui le réalise :

- pendant la période préinterventionnelle, les actes habituels en lien direct avec l'intervention en dehors de la consultation au cours de laquelle est posée l'indication ;
- la période perinterventionnelle ;
- la période postinterventionnelle et ce, pendant une période de quinze jours après la réalisation de l'acte, pour un suivi hors complications et en ce qui concerne les conséquences directes liées à cet acte, que le patient soit hospitalisé ou non.

Si durant les quinze jours mentionnés ci-dessus, une seconde intervention, rendue nécessaire par une modification de l'état du patient ou par une affection intercurrente s'impose, le second acte ouvre une nouvelle période de quinze jours, annulant le temps restant à courir.

Article I-7 **Anesthésie-réanimation**

15/10/13 L'anesthésie-réanimation générale ou locorégionale est prise en charge à condition qu'elle soit administrée par inhalation, injection ou infiltration de racines, plexus ou tronc nerveux ou par une combinaison de ces méthodes, et faite personnellement par un médecin autre que le médecin ou le chirurgien-dentiste qui effectue l'acte qui la nécessite.

Les gestes d'anesthésie-réanimation sont signalés par le code principal de l'acte complété par le code activité «4» mentionné à l'article I-3 qui décrit l'activité spécifique d'anesthésie-réanimation, auquel correspond le tarif du geste d'anesthésie.

23/08/07 Pour les actes dont le code principal n'est pas complété par ce code activité spécifique, il est possible de coder et facturer la réalisation de l'anesthésie complémentaire de l'acte, qui est indiquée en regard de celui-ci, ou, si aucune n'est indiquée, de l'anesthésie générale ou locorégionale complémentaire de niveau 1 (ZZLP025). Les libellés de ces anesthésies sont regroupés dans un chapitre spécifique. Ces gestes d'anesthésie peuvent être codés et facturés pour les actes relevant de l'article III-1 du Livre III : Dispositions diverses.

09/09/14
08/01/20 Par dérogation à l'article I-6, le guidage échographique pour anesthésie locorégionale périphérique du cou, du sein et de la paroi thoracique, de la paroi abdominale ou de membre, ou pour anesthésie rachidienne des patients dont l'indice de masse corporelle est supérieur ou égal à 30kg/m² (AHQJ021) et le supplément pour récupération peropératoire de sang (YYYY041) peuvent être codés et tarifés bien qu'ils ne soient pas mentionnés en regard des actes auxquels ils peuvent s'appliquer.

Deux types d'actes d'anesthésie-réanimation sont distingués :

1. celles pour lesquelles la présence permanente du médecin anesthésiste est obligatoire pendant toute la phase perinterventionnelle, c'est à dire l'induction, la surveillance, le réveil ;
2. ceux pour lesquels le médecin anesthésiste peut prendre en charge l'anesthésie de deux patients simultanément. Si toutefois pour ces actes, le médecin anesthésiste se consacre exclusivement à un seul patient, il peut appliquer une majoration, sous forme de modificateur, appelé «présence permanente de l'anesthésiste» mentionné à l'article III-2. Celui-ci est indiqué en regard des actes concernés.

La présence permanente du médecin anesthésiste pendant la phase perinterventionnelle doit être attestée explicitement sur la fiche d'anesthésie.

Le tarif de chaque geste d'anesthésie couvre globalement l'anesthésie elle-même et tous les gestes habituellement confiés au médecin procédant à l'anesthésie et à la réanimation pendant l'acte lui-même et pendant la journée de l'intervention.

09/07/09 Pour le geste d'anesthésie-réanimation accompagnant un acte chirurgical ou un acte interventionnel définis à l'article I-6, le tarif recouvre également, pour le médecin qui le réalise :

- les soins préinterventionnels la veille de l'intervention,
- la surveillance postinterventionnelle et les actes liés aux techniques de réanimation en dehors de ceux réalisés dans les unités de réanimation et les unités de soins intensifs de cardiologie mentionnées aux articles D. 6124-27 et D. 6124-107 du code de la santé

publique, pendant la période de quinze jours qui suit le jour de l'intervention, pour un suivi hors complications et en ce qui concerne les conséquences directes liées à cet acte.

Le geste d'anesthésie-réanimation accompagnant un acte non pris en charge par l'assurance maladie ne fait pas l'objet d'un remboursement.

18/12/18

Article I-7-1 **Acte dentaire**

08/01/20

Par dérogation à l'article I-6, le supplément pour actes bucco-dentaires réalisés par les chirurgiens-dentistes, par les médecins stomatologistes et par les médecins spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale de ville, pour prise en charge d'un enfant handicapé présentant un handicap mental et/ou psychique sévère, dont les personnes qui en assument la charge sont bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé [AEEH] ou pour prise en charge d'un patient bénéficiaire de la prestation de compensation du handicap [PCH], peut être codé et tarifé bien qu'il ne soit pas mentionné en regard des actes dentaires auxquels il peut s'appliquer.

Article I-8 **Actes thérapeutiques en séances**

Dans certains cas, un traitement complet est constitué de la répétition d'actes thérapeutiques identiques à des jours différents. Dans ces cas particuliers, chacun de ces actes unitaires, dont la durée de réalisation n'excède pas vingt-quatre heures est appelé «séance». Ces actes, dont les libellés sont introduits par le terme «séance de», ne peuvent être tarifés qu'une fois par vingt-quatre heures.

Article I-9 **Modificateurs**

Un modificateur est une information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation d'un acte ou pour sa valorisation. Il s'applique à une liste précise d'actes. Les modificateurs autorisés sont mentionnés explicitement en regard de chacun des actes concernés. L'application d'un modificateur conduit à une majoration du tarif de l'acte. Seuls peuvent être facturés les modificateurs se rapportant à des actes ayant un tarif.

La description de ces modificateurs figure à l'article III-2 du Livre III.

Quatre modificateurs au plus peuvent être tarifés par acte.

Article I-10 **Actes identiques**

Les actes identiques sont des actes décrits par le même libellé et identifiés par le même code. Pour les actes identiques réalisés sur des organes ou des sites anatomiques pairs, appelés « actes bilatéraux » :

- soit il existe un libellé d'acte unilatéral et un libellé d'acte bilatéral ; en cas de réalisation bilatérale, il convient de noter le code du libellé décrivant l'acte dans sa réalisation bilatérale ;
- soit il existe un acte comportant la mention « unilatéral ou bilatéral » dans le libellé ou les notes s'y rapportant ; en cas de réalisation bilatérale, il convient de noter le code une seule fois ;

- soit il existe un libellé sans précision de latéralité ; dans ce cas, ce libellé concerne un acte unilatéral ; pour coder la réalisation bilatérale de l'acte, quand celle-ci n'est pas interdite par les règles d'incompatibilités (article I-12), il convient de coder deux fois l'acte en respectant les règles d'association (articles I-11 et III-3).

18/01/10

17/12/13

Cas particulier : pour les acteRADs d'anatomie et de cytologie pathologiques, les actes identiques d'examen de prélèvement sur plusieurs structures anatomiques sont identifiés par un code et un libellé spécifiques.

Article I-11

Association

15/10/13

17/06/15

Dans le cadre de la tarification, l'association d'actes correspond à la réalisation de plusieurs actes, dans le même temps, pour le même patient, par le même médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme, dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité entre ces actes. Les codes et les taux d'application des associations sont mentionnés à l'article III-3 du Livre III.

Article I-12

Règles d'incompatibilités

Les règles de construction des actes techniques médicaux de la CCAM entraînent un certain nombre d'incompatibilités des actes entre eux. Celles-ci sont valables quel que soit le nombre d'intervenants.

Il est impossible de tarifer dans le même temps, l'association entre :

1. des actes composant une procédure, telle que définie à l'article I-6 ci-dessus ;
2. un acte incluant un autre acte, et ce dernier ;
3. un acte comportant la mention «avec ou sans» un autre acte, et ce dernier ;
4. un acte dont le libellé précise qu'il est réalisé postérieurement à un autre acte, et ce dernier ;
5. des actes identiques :
 - réalisés sur le même site anatomique, à l'exception des actes réalisés sur les dents, les sextants, les quadrants, les arcades dentaires, sur la main et sur le pied.
 - dont les libellés comportent des informations numériques,
 - dont les libellés précisent la mention bilatérale ;
 - d'anatomie et de cytologie pathologiques
6. des actes traduisant une même action ou une même finalité diagnostique ou thérapeutique sur le même site ;
7. des pansement, immobilisation ou appareillage éventuel d'une part, et, d'autre part, des actes portant sur les tissus c'est à dire la peau et le tissu cellulaire sous cutané, ou portant sur les muscles, tendons, synoviales, ou sur les os, ou sur les articulations, ou sur les vaisseaux, ou sur les nerfs, sur le même site anatomique.

15/10/13

18 /01/10

Les incompatibilités d'association concernant un acte s'appliquent également aux actes dans lesquels il est inclus ;

A ces incompatibilités générales s'ajoutent celles liées au contenu précis de l'acte, explicitées dans son libellé ou dans les notes adjointes mentionnées à l'article I-13.

Article I-13 Conventions d'écriture des libellés

- 18/01/10**
- A) Emploi de l'article partitif «de»
L'article partitif «de» a le sens de «quel qu'en soit le nombre» ; ainsi un libellé qui ne comporte pas dans son intitulé de précision sur le nombre de lésions examinées ou traitées désigne implicitement un acte effectué sur une ou plusieurs lésions de même nature.
- B) Emploi de «un» comme adjectif numéral
Le terme «un» est employé comme adjectif numéral et non comme article indéfini : il a le sens de un seul.
- 15/10/13
17/06/15**
- C) Indication numérique
Quand le libellé d'un acte comporte une indication numérique tel qu'un nombre, une dimension, une surface ou les termes «plusieurs» ou «multiples», le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme doit utiliser le code du libellé décrivant le plus exactement la totalité des gestes effectués au cours de son acte.
- D) La conjonction «et»
Dans certains libellés, la conjonction «et» remplace la préposition «avec». Elle en garde le sens inclusif obligatoire.
- E) La conjonction «ou»
La conjonction «ou» introduit une proposition alternative : elle est employée avec un sens exclusif.
- F) L'expression «et/ou» permet de coder une ou plusieurs actions avec le même libellé.
- G) Ponctuation
La virgule placée entre les termes d'une énumération remplace «et, ou, et/ou» employé entre les deux derniers termes de cette énumération.
- H) Notes d'utilisation
Afin de préciser le contenu technique des actes décrits ou leurs conditions d'utilisation, des informations supplémentaires peuvent accompagner les libellés. Ces notes d'utilisation sont situées soit, sous les libellés si elles sont d'ordre particulier soit, en tête de chapitre ou de subdivision si elles sont d'ordre général.
- Ces notes peuvent être :
- explicatives : elles précisent, au niveau des titres, les conditions d'utilisation des libellés ou le contenu des actes de la subdivision ;
 - indicatives : elles sont données comme exemples non limitatifs et figurent sous les libellés ;
 - d'exclusion : elles précisent les conditions dans lesquelles le libellé ne doit pas être utilisé et figurent soit au niveau des titres, soit au niveau des libellés ; elles sont limitatives.
- Par ailleurs, dans les notes :
- l'expression «coder éventuellement» signale les actes associables, à coder en sus en cas de

réalisation simultanée. Seules les associations relativement habituelles sont indiquées à l'aide de cette note ;

- l'expression «avec ou sans» introduit une liste d'actes dont la réalisation éventuelle au cours de l'acte est incluse dans celui-ci et ne doit donc pas être codée en sus.

Les notes relatives à la prise en charge précisent les conditions de remboursement de l'acte :

- conditions de réalisation de l'acte, indications médicales, environnement, formation, nécessité d'un recueil prospectif de données ;
- conditions de facturation.

Article I-14-1

Actes donnant droit à forfait technique

26/07/18

Les actes de scanographie, de remnographie, de tomographie à émission de positons sont :

- réalisés par l'utilisation d'équipements matériels lourds dont l'installation est soumise à la délivrance par l'agence régionale de santé d'une autorisation (articles L. 6122-1 et R. 6122-26 du code de la santé publique) donnant droit à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux, sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité (article L. 6122-4 du code de la santé publique) ;
- rémunérés par l'addition d'un tarif par acte, figurant en regard du code, et d'un forfait technique rémunérant les coûts de fonctionnement de l'appareil installé versé à l'exploitant de l'appareil.

Le montant du forfait technique peut varier en fonction de la classe à laquelle appartient l'appareil autorisé, de son année d'installation et d'un seuil d'activité de référence.

Au-delà de ce seuil d'activité de référence, un montant réduit du forfait technique, dont la valeur monétaire est fixée dans les mêmes conditions que le forfait technique lui-même, est appliqué. Pour les appareils de scanographie et d'IRM, le montant réduit du forfait technique varie selon la tranche d'activité considérée.

La classification des appareils tient compte de leurs caractéristiques techniques. Elle est établie par année d'installation pour les appareils de scanographie. Les dispositions et tableaux permettant de déterminer la classification de ces appareils sont à l'annexe 3 ainsi que les seuils d'activité de référence et les seuils d'activité définis au-delà de cette activité.

17/09/08

Article I-14-2

Actes donnant droit à autres forfaits

28/09/11

Certains actes sont rémunérés par l'addition d'un tarif par acte, figurant en regard du code, et d'un forfait. Les forfaits sont mentionnés explicitement en regard de chacun des actes concernés. Ils ne peuvent être facturés qu'en complément de la réalisation de ces actes. La description de ces forfaits figure à l'Annexe 4 du Livre III.

Article I-15

Remboursement pour pathologie inhabituelle

Lorsqu'un patient présente une pathologie inhabituelle, nécessitant une dérogation aux modalités de prise en charge de la liste, le médecin adresse au contrôle médical une demande écrite motivée. La prise en charge est subordonnée à l'avis favorable du contrôle médical. Le silence gardé pendant plus de quinze jours par un organisme d'assurance maladie vaut décision d'acceptation, conformément à l'article R. 162-52 du code de sécurité sociale.

Livre III : Dispositions diverses

Article III-1

18/01/10
15/10/13
17/06/15

Par dérogation à l'article I^{er}-1 du Livre I^{er}, continuent à relever des dispositions mentionnées dans l'arrêté du 27 mars 1972 modifié relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux : les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques exécutés en laboratoire d'analyses de biologie médicale, les actes de prélèvement réalisés par les médecins biologistes, les actes de pratique thermale, les actes de chimiothérapie anti-cancéreuse, les actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux, les actes cliniques des sages-femmes, les actes communs aux médecins et aux auxiliaires médicaux, les actes communs aux sages-femmes et aux auxiliaires médicaux et les actes d'orthodontie communs aux médecins et aux chirurgiens-dentistes.

Article III-2

Les modificateurs et leurs codes sont les suivants :

25/09/13
15/10/13
17/06/15

- Urgence : Réalisation d'un acte non prévu 8 heures auparavant, entre 20 heures et 08 heures, le dimanche ou un jour férié, et de 8 heures à 20 heures pour la réalisation d'un acte dans un délai maximum de 6 heures après l'admission du patient dans un établissement mentionné au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles.

27/09/17

- Acte chirurgical réalisé en urgence vitale ou en urgence d'organe, de 8h à 20h, par les chirurgiens, ORL, stomatologues, ophtalmologues, anesthésistes ou gynécologues-obstétriciens, dans un délai maximum de 6 heures après l'admission du patient dans un établissement mentionné au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale disposant d'une autorisation de service d'urgence délivrée par l'ARS, ou pour un patient non transférable : le code est O.
- Acte réalisé en urgence par les médecins ou les chirurgiens-dentistes entre 20 h et 08 h et acte réalisé en urgence par les chirurgiens, ORL, stomatologues, ophtalmologues, les gynécologues-obstétriciens ou les anesthésistes entre 20h et minuit : le code est U.

24/01/18

- Acte réalisé en urgence par les pédiatres, les médecins généralistes et les sages-femmes de 20h à 00h : le code est P.
- Acte réalisé en urgence par les médecins généralistes et les sages-femmes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les

médecins des autres spécialités, la nuit de 00h à 08h et acte réalisé en urgence par les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes ou les pédiatres entre 00h et 08h : le code est S.

Ces quatre modificateurs ne concernent pas les forfaits et surveillances par vingt-quatre heures.

- Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié : le code est F.

Les codes O, U, P, S et F sont exclusifs les uns des autres et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par intervenant et par patient quel que soit le nombre d'actes qu'il réalise. »

17/06/15 • Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste, du pédiatre ou de la sage-femme, après examen en urgence d'un patient : le code est M.

18/09/19 Facturation : par exception, le modificateur s'applique pour la suture de plaie réalisée en urgence par un médecin généraliste ou un pédiatre, au domicile du patient.

- Age du patient :
- Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans ; le code est A.
- Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans ; le code est E.

Cette majoration ne s'applique pas aux actes de radiographie du squelette entier, de l'hémisquelette, de radiologie vasculaire et de radiologie interventionnelle.

- Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de 1 an ; le code est G.
- Extraction d'un corps étranger œsophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans ; le code est G.
- Réalisation d'un acte de médecine nucléaire chez un patient de moins de 3 ans ; le code est G.

15/01/24 • Majoration pour réalisation de soins conservateurs chez un patient âgé de 3 à 24 ans ; le code est 9.

Facturation : ce modificateur s'applique exclusivement à la liste des actes éligibles, définie à l'annexe XIX de la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

➤ Chirurgie itérative :

- Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; le code est 6.
- Intervention itérative sur les voies biliaires ; le code est 6.
- Intervention itérative sur les voies urinaires ; le code est 6.
- Anesthésie pour une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à

l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; le code est 8.

- Anesthésie pour intervention itérative sur les voies biliaires ; le code est 8.
- Anesthésie pour intervention itérative sur les voies urinaires ; le code est 8.

➤ Réalisation d'un acte de chirurgie plastique des téguments de la face, du cou, de la main et des doigts, ou d'un acte sur des plaies ou brûlures de la face ou des mains ; ce modificateur s'applique également à l'acte d'anesthésie réanimation correspondant : le code est R.

➤ Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte, en supplément de l'acte de réduction ou d'ostéosynthèse, ce modificateur s'applique également à l'acte d'anesthésie réanimation correspondant ; le code est L.

Cette majoration couvre le parage ou la suture de plaie qui ne peuvent donc pas être facturés avec l'acte de réduction ou d'ostéosynthèse.

➤ Majoration transitoire de chirurgie, applicable aux actes thérapeutiques sanglants non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourd ; le code est J.

Cette majoration concerne les actes de chirurgie générale, digestive, orthopédico-traumatologique, vasculaire, cardio-thoracique et vasculaire, urologique, pédiatrique, gynécologique et de neurochirurgie. Sont également concernés les actes de chirurgie cervico-faciale, de chirurgie mammaire à visée thérapeutique ou réparatrice et de chirurgie réparatrice par lambeaux, communs à plusieurs spécialités ainsi que les actes de chirurgie otologique (y compris la plastie d'oreilles décollées), de méatotomie, d'amygdalectomie et d'adénoïdectomie.

27/04/06

23/02/17 ➤ Majoration forfait modulable pour les actes d'accouchements et pour les actes ayant droit au modificateur J cité ci-dessus ; le code est K ou T.

a) Le code est K quand cette majoration concerne :

06/11/18

- les chirurgiens conventionnés, exerçant en secteur à honoraires opposables ou autorisés à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 38-1 et 38-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 dès lors qu'ils adhèrent à l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) définie aux articles 49 et suivants de la Convention nationale précitée ;

- les actes d'accouchement réalisés par les sages-femmes, gynécologues-obstétriciens conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables ou autorisés à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 38-1 et 38-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 dès lors qu'ils adhèrent à l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) définie aux articles 49 et suivants de la convention nationale précitée.

Par dérogation, les sages-femmes, les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens pour les actes d'accouchement, autorisés à pratiquer des honoraires différents et ceux ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) définie aux articles 40 et suivants de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016, peuvent coder le modificateur K pour les actes dispensés à tarif opposable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé ou disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L.863-3 du

code de la sécurité sociale.

Par dérogation, les sages-femmes, les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens pour les actes d'accouchement, autorisés à pratiquer des honoraires différents et ceux ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) définie aux articles 40 et suivants de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016, peuvent coder le modificateur K pour les actes dispensés en urgence à tarifs opposables.

18/12/18

- Les chirurgiens-dentistes spécialistes en chirurgie orale conventionnés.

b) Le code est T quand cette majoration concerne :

- les chirurgiens conventionnés, autorisés à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 38-1 et 38-2 de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 dès lors qu'ils adhèrent à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) définie aux articles 40 et suivants de la convention précitée ;
- les actes d'accouchement réalisés par les gynécologues obstétriciens conventionnés autorisés à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 38-1 et 38-2 de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 dès lors qu'ils adhèrent à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) définie aux articles 40 et suivants.

➤ Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste, pour les actes pour lesquels le médecin anesthésiste peut surveiller simultanément deux patients anesthésiés, lorsque le médecin anesthésiste se consacre exclusivement à un seul patient ; le code est 7.

08/01/20

➤ Majoration pour la mise en œuvre peropératoire et le suivi d'une analgésie postopératoire locorégionale périphérique ou d'une analgésie rachidienne, sans cathéter périmerveux ou rachidien ; le code est 4.

➤ Majoration pour la mise en œuvre peropératoire et le suivi d'une analgésie postopératoire locorégionale périphérique ou d'une analgésie rachidienne, avec cathéter périmerveux ou rachidien ; le code est 5.

08/01/20

21/02/17

➤ Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide ; le code est D.

➤ Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue, pneumologue ou un rhumatologue ; le code est Y.

03/10/19

➤ Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue ; le code est Z.

Les modificateurs Y et Z sont exclusifs l'un de l'autre.

➤ Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité de réanimation ou au lit du patient intransportable ; le code est B.

Ce modificateur ne peut pas être tarifé avec :

- un acte de radiologie vasculaire et interventionnelle,
- une radioscopie de longue durée avec amplificateur de brillance,

un examen radiologique de la vésicule et des voies biliaires ou pancréatiques au cours d'un acte diagnostique ou thérapeutique.

➤ Modificateurs numériques pour radiothérapie : les codes sont H, Q, V, W. Pour les actes d'irradiation, ces modificateurs sont à mentionner face au code de l'acte pour approcher la

dose d'irradiation en arrondissant à l'entier le plus proche.

15/10/13 ➤ Réalisation d'un acte de restauration coronaire et/ou d'endodontie sur des dents permanentes chez un enfant de moins de 13 ans : le code est N.

Les valeurs de ces modificateurs sont exprimées, soit en pourcentage du tarif de l'acte, soit en valeur monétaire qui s'ajoute au tarif de l'acte. Si plusieurs modificateurs exprimés en pourcentage sont facturés, chacun s'applique par rapport au tarif de l'acte indépendamment des autres. Ces montants et pourcentages figurent en annexe 1.

Article III-3

21/03/13 A) Quand des actes techniques sont effectués dans le même temps qu'une consultation ou une visite mentionnées dans l'arrêté du 27 mars 1972 modifié relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, les honoraires de celle-ci ne se cumulent pas avec ceux des actes techniques. Par extension, les majorations prévues à la NGAP ne peuvent pas être appliquées à des actes techniques figurant à la CCAM et les modificateurs prévus au chapitre 19.03 de la CCAM ne peuvent pas être appliqués aux actes relevant de la NGAP

Par dérogation à cette disposition, sont autorisés :

1. le cumul des honoraires de la radiographie pulmonaire avec ceux de la consultation, pour les pneumologues,
2. le cumul des honoraires de la consultation, donnée par un médecin qui examine un patient pour la première fois dans un établissement de soins avec ceux de l'intervention qu'il réalise et qui lui fait immédiatement suite, lorsque cette intervention est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du patient ;
3. le cumul des honoraires de l'électrocardiogramme avec ceux de la consultation ou de la visite : C ou CS, V ou VS ou, pour les patients hospitalisés, C x 0,80 ou CS x 0,80. Cependant, en cas d'actes multiples dans le même temps, les règles de cumul telles que prévues au paragraphe B ci-dessous s'appliquent sans cumul possible avec les honoraires de la consultation ou de la visite ;

29/06/06

4. le cumul des honoraires de l'ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] sur 2 sites, par méthode biphotonique avec ceux de la consultation pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation.

24/03/17
28/05/20

5. le cumul des honoraires de l'acte de prélèvement cervicovaginal (JKHD001) avec ceux de la consultation dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin selon les recommandations de la HAS en vigueur.

6. le cumul des honoraires de la consultation avec ceux des actes de biopsie suivants :

QZHA001 : Biopsie dermoépidermique, par abord direct

QZHA005 : Biopsie des tissus souscutanés susfasciaux, par abord direct

BAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de paupière

CAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de la peau de l'oreille externe

CAHA002 : Biopsie unilatérale ou bilatérale du cartilage de l'oreille externe
GAHA001 : Biopsie de la peau du nez et/ou de la muqueuse nasale
HAHA002 : Biopsie de lèvre
QEHA001 : Biopsie de la plaque aréolomamelonnaire
JHHA001 : Biopsie du pénis
JMHA001 : Biopsie de la vulve

Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50%.

15/10/13
17/06/15

B) Pour l'association d'actes techniques, le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme code les actes réalisés et indique, pour chacun d'entre eux, le code correspondant à la règle d'association devant être appliquée. Ces règles sont précisées ci-dessous et leurs modalités de codage sont décrites à l'annexe 2.

1. Règle générale :

L'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50% de sa valeur.

Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein.

Les suppléments peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein.

2. Dérogations :

a) Pour les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le moins élevé, est tarifé à 75 % de sa valeur.

b) Pour les actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes, l'association de trois actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième est tarifé à 75% de sa valeur et le troisième à 50 % de sa valeur.

c) Pour les actes de chirurgie carcinologique en ORL associant une exérèse, un curage et une reconstruction, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le deuxième et le troisième actes sont tarifés à 50 % de leur valeur.

09/09/14

d) Pour les actes d'échographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas de l'examen d'organes intra-abdominaux et/ou pelviens et d'un ou plusieurs des organes suivants : sein, thyroïde, testicules. L'acte de guidage échographique YYY028 ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage échographique. Dans les cas où l'association est autorisée, la règle générale s'applique.

20/03/12
08/04/13

e) Pour les actes de scanographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas où est effectué l'examen conjoint des régions anatomiques suivantes : membres et tête, membres et thorax, membres et abdomen, tête et abdomen, thorax et abdomen complet, tête et thorax, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste. Dans ce cas, deux actes au plus peuvent être tarifés et à taux plein. Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 85 % de son tarif. Quand un libellé décrit l'examen conjoint de plusieurs régions

16/11/10

anatomiques, il ne peut être tarifé avec aucun autre acte de scanographie. Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 85 % de son tarif. L'acte de guidage scanographique ne peut être facturé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage scanographique. Dans ce cas, deux actes au plus peuvent être tarifés et à taux plein.

f) Pour les actes de remnographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé. Un acte de remnographie, à l'exception du guidage remnographique, ne peut être associé à aucun autre acte. Le guidage remnographique ne peut être facturé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage remnographique. Dans ce cas, la règle générale s'applique.

05/03/09

g) Dans les cas suivants, les actes associés sont tarifés à taux plein :

- les actes du sous paragraphe 19.01.09.02 - Radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle - sont associés à taux plein, deux actes au plus peuvent être tarifés ;

18/01/10

17/12/13

- les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques peuvent être associés à taux plein entre eux et/ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ;

- les actes d'électromyographie, de mesures des vitesses de conduction, d'études des latences et des réflexes figurant aux sous-paragraphes 01. 01. 01. 01 - 01. 01. 01. 02 et 01. 01. 01. 03 de la CCAM au Livre II peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes ;

- les actes d'irradiation en radiothérapie ainsi que les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein, quel que soit le nombre d'actes ;

- les actes de médecine nucléaire sont associés à taux plein ; deux actes au plus peuvent être tarifés ;

- les forfaits de cardiologie, de réanimation, les actes de surveillance post-opératoire d'un patient de chirurgie cardiaque avec CEC (figurant au chapitre 19 de la CCAM au Livre II) et les actes d'accouchement peuvent être associés à taux plein à un seul des actes introduits par la note « facturation : éventuellement en supplément ».

15/10/13

- Les actes bucco-dentaires des sousparagraphes suivants sont associables à taux plein quel que soit leur nombre, (sauf les actes avec déclinaison numérique : cf. Article : I-12 alinéa 5 et Article I-13 alinéa C).

Sont concernés :

tous les actes des sousparagraphes et paragraphes 07.01.04.01, 07.01.08.01, 07.02.02.01, 07.02.02.03, 07.02.02.04, 07.02.02.05, 07.02.02.06, 07.02.02.08, 07.02.02.09, 07.02.02.10, 07.02.02.11, 07.02.02.12, 07.02.02.15,

07.02.03,

07.02.05,

07.02.06.10,

11.02.05.02, 11.02.05.03, 11.02.05.04,

Les actes suivants du sousparagraphe 11.02.05.05 : LBGA280, LBGA441, LBGA354, LBGA049, LBGA004, LBGA003, LBGA002, LBGA006, LBGA007, LBGA008, LBGA009, LBGA139, LBGA052, et LBGA168,

Les actes suivants du paragraphe 11.05.02 : HBLDD057, HBLD078, HBLD056
HBLD084, HBMP001, LBLD014

Modalités particulières :

- Les actes bucco-dentaires figurant aux sousparagraphe, 07.02.02.05, 07.02.02.06, 07.02.02.08, 07.02.03.01, 07.02.03.02, 07.02.03.04, et 07 02 03 08 sont associables à eux-mêmes à taux plein.
 - Les actes bucco-dentaires figurant aux sousparagraphe 07.02.02.01, 07.02.03.03 (sauf HBLD217, HBLD171, HBLD031, HBLD035, HBLD047, HBLD046, HBLD048), 07.02.03.05, 07.02.03.06, 07.02.03.07 et au paragraphe 19.02.11 sont associables à eux-mêmes à taux plein uniquement s'ils sont réalisés sur les deux arcades dentaires.
 - Les gestes complémentaires du sousparagraphe 18.02.07.01 « Radiographie intra buccale rétroalvéolaire de la bouche » sont associables une seule fois à taux plein aux actes auxquels ils se rattachent.
 - Il n'y a pas de limitation au nombre de gestes complémentaires HBMD082, HBMD072, HBMD081 et HBMD087 du sousparagraphe 18.02.07.06 qui peuvent être codés à taux plein avec l'acte auquel ils se rapportent.
 - Lorsque un ou plusieurs actes de radiographies du sous paragraphe 07.01.04.01 sont associés à un ou plusieurs actes de radiographie d'autres sous paragraphes, la règle de l'article III-3, B, 2 Dérogations, i relative aux actes radiographies conventionnelles s'applique.
- 02/07/15**
- 15/10/13**
17/06/15
- 21/02/11**
- h) Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs de cardiologie en application des articles D. 6124-27 et D. 6124-107 du code de la santé publique, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier médical du patient qui est tenu à la disposition du contrôle médical. .
- 05/03/09**
- i) Les actes de radiologie conventionnelle peuvent être associés entre eux, quel que soit leur nombre, et à d'autres actes.
- Quand plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, les autres sont tarifés à 50% de leur valeur.
 - Quand un ou plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés à d'autres actes, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les actes de radiologie conventionnelle ainsi que l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les autres actes sont tarifés à taux plein ; les actes restants sont tarifés selon les règles qui leur sont applicables.
 - Quand une mammographie est associée à un acte d'échographie du sein, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, l'autre est tarifé à 50% de sa valeur.
- 24/06/09**
- Le guidage radiologique est considéré comme un acte de radiologie

conventionnelle.

Par actes de radiologie conventionnelle, on entend les actes diagnostiques de radiologie, en dehors de ceux portant sur l'appareil circulatoire du paragraphe 04.01.04, des actes par scanographie et des actes du sous paragraphe 19.01.09.02 - Radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle.

Les radiographies de l'appareil circulatoire du paragraphe 04.01.04 sont tarifées selon la règle générale.

13/03/15 j) Pour les actes d'endoscopie, lorsque l'examen porte sur les régions anatomiques du nez, du cavum, du larynx ou du pharynx, un seul acte doit être tarifé, sauf dans les indications médicales prévues par la note de facturation de la subdivision «06.01.08 Endoscopie de l'appareil respiratoire ».

Cas particulier

15/10/13
17/06/15 Quand un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme réalise, dans le même temps des actes techniques de la CCAM définie au Livre II et des actes issus de la NGAP, deux actes au plus peuvent être tarifés hors actes de radiologie conventionnelle dont le nombre n'est pas limité.

L'acte dont le tarif est le plus élevé est tarifé à 100% de sa valeur et le second à 50% ; les actes de radiologie conventionnelle sont tarifés selon les règles du paragraphe i) ci-dessus.

Les actes NGAP cotés en TO ou ORT sont associés à taux plein.

13/12/07 Codes associations

05/03/09 Le code 1 signifie que l'acte est tarifé à 100 %.

Le code 2 signifie que l'acte est tarifé à 50 %.

Le code 3 signifie que l'acte est tarifé à 75 %.

Le code 4 est utilisé pour des actes spécifiques cités aux paragraphes 2 e) et 2 g) ci-dessus. Il signifie que tous les actes de l'association sont tarifés à 100 %.

Le code 5 signifie que les actes sont tarifés à 100 % ; ce code est utilisé dans le cas décrit au paragraphe 2 h) ci-dessus.

Quand un acte de la CCAM est associé à un acte de la NGAP, aucun code association ne doit être noté.

21/03/13
17/06/15 C) Lorsqu'un gynécologue obstétricien, un médecin généraliste ou une sage-femme, titulaire d'un Diplôme universitaire (DIU ou DU) d'échographie obstétricale assurant le suivi médical de grossesse, réalise un acte d'échographie biométrique et morphologique de la grossesse (JQQM010, JQQM015, JQQM016, JQQM017, JQQM018 ou JQQM019) et une consultation de suivi de la grossesse, il peut facturer les honoraires de ces actes d'échographie (dont les durées respectives établies par les experts lors de la hiérarchisation des actes ont été fixées à respectivement 23-38-33-56-40-60 mn) avec les honoraires correspondant à la consultation de suivi de la grossesse.

Cette consultation doit être réalisée conformément aux recommandations de la HAS : examen clinique général et gynécologique, recherche des facteurs de risque, adaptation des traitements en cours, information générale sur la grossesse et l'accouchement, repérage des situations de vulnérabilité, prescription des examens de dépistage, orientation en fonction des situations à risque.

Il est rappelé que ces actes d'échographie biométrique et morphologique de la grossesse ne peuvent être facturés qu'une seule fois par trimestre.

Chacun de ces 2 actes (acte d'échographie et consultation) est facturé à taux plein.

Article III-4

I. L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit, pour les médecins.

26/11/10 Dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, remplacer les mots «omnipraticien » par « médecin généraliste ».

12/05/16 Dans la partie « Présentation de la NGAP », au paragraphe « Champ de la NGAP », point I « Actes réalisés par les médecins », le 3. « Cas particuliers des actes de chirurgie dentaire réalisés par des médecins » est supprimé.

08/10/08 1. A la première partie : Dispositions Générales

26/11/10 **Article 2-1.** Lettre clés : les lettres clés KCC, KE, P, ZM et ZN sont abrogées.
Après la lettre clé K introduire la lettre clé « KMB - Prélèvement par ponction veineuse directe réalisée par le médecin biologiste ».

Remplacer la définition de la lettre clé CS par : « Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien–dentiste spécialiste qualifié. »

Remplacer la définition de la lettre clé VS par le texte suivant : « Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien–dentiste spécialiste qualifié. »

20/12/11 Après la lettre clé CNPSY introduire la lettre clé CDE : « Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie ».

20/12/11
06/11/18 Après la lettre clé CDE introduire les lettres clés suivantes :

TCG - Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin généraliste ou une sage-femme dit « téléconsultant »

TC - Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin dit « téléconsultant »

07/08/23 **TCS** – Acte de téléconsultation du médecin spécialiste

MOP – Majoration personnes âgées du médecin non traitant

MCY – Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre dans les deux jours ouvrables suivant la demande du médecin traitant ou du médecin régulateur du service d'accès aux soins (SAS)

06/11/18 **TE2** – Acte de téléexpertise d'un médecin ou d'une sage-femme sollicitée par un autre professionnel de santé

VSP – Visite Soins Palliatifs

21/06/17 **RNO** – Réalisation d'un bilan visuel à distance dans le cadre d'un protocole de délégation entre l'ophtalmologue et l'orthoptiste

Le libellé de la lettre clé VL est modifié comme suit :

VL – Visite très complexe réalisée au domicile du patient

Après la lettre clé CS introduire les lettres clés suivantes :

APC : Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet du médecin spécialiste

APV : Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade

APY: Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre ou d'un neurologue

AVY: Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre ou par un neurologue

APU : Avis ponctuel de consultant pour une consultation d'un professeur des universités-praticien hospitalier

Après la lettre clé APU introduire la lettre clé suivante :

CCP : Consultation de contraception et de prévention

27/09/17 Après la lettre clé CCP introduire les lettres clé suivantes :

U03 - Consultation correspondant au niveau CCMU 3 du médecin urgentiste

U45 - Consultation correspondant au niveau CCMU 4 ou au niveau CCMU 5 du médecin urgentiste

COE – Consultation obligatoire de l'enfant

06/12/05 **L'article 2 bis. Majoration du médecin spécialiste**

07/03/07 Lorsque le médecin spécialiste hors spécialiste de médecine générale dont la spécialité est listée à l'annexe 1 de l'Arrêté en vigueur relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et
24/03/17 fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales
24/01/18 du troisième cycle des études de médecine, est amené à effectuer une consultation auprès d'un patient, cette consultation donne lieu en sus du tarif de la consultation à
29/04/20 une majoration dénommée MPC dès lors que ce spécialiste n'est pas autorisé à

pratiquer des tarifs différents au sens des articles 38.1 et 38.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Par dérogation, les médecins spécialistes hors spécialiste de médecine générale qui sont autorisés à pratiquer des honoraires différents au sens des 38.1 et 38.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 peuvent bénéficier de la majoration MPC dès lors qu'ils facturent leur consultation au tarif opposable ou qu'ils adhèrent aux options de pratique tarifaire maîtrisée définies aux articles 40 et suivants de la convention nationale précitée.

La valeur en unité monétaire de cette majoration, qui fait l'objet d'une différenciation en fonction de la spécialité du médecin, est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

La majoration **MPC** mentionnée ci-dessus ne s'applique pas à la consultation prévue à l'article 15-1 (Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires) des dispositions générales de la Nomenclature générale des actes professionnels.

Elle n'est pas cumulable avec la visite et les majorations NFE, NFP et MEP définies aux articles 14.6.1, 14.6.2 et 14.6.3 de la NGAP.

Elle n'est pas non plus cumulable avec la facturation du dépassement (DE) au sens de l'article 39.1 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

L'article 4. Remboursement par assimilation est abrogé.

Article 11. Actes multiples au cours de la même séance

- Au A) : Actes effectués dans la même séance qu'une consultation :
- Les paragraphes a) et c) sont abrogés.

21/03/13

- **Le premier alinéa est complété par les dispositions suivantes :**

« Par extension, les majorations prévues à la NGAP ne peuvent pas être appliquées à des actes techniques figurant à la CCAM et les modificateurs prévus au chapitre 19.03 de la CCAM ne peuvent pas être appliqués aux actes relevant de la NGAP. »

18/07/19

- a) Le titre du paragraphe B est modifié comme suit :

« B) Actes en K, KMB, SF, SFI, AMI, AMX, AIS, BSA, BSB, BSC, TLS, TLD, TLL, AMO, AMY effectués au cours de la même séance. »

1. Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes inscrits à la nomenclature sont effectués sur un même malade par le même praticien, l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre.

Le deuxième acte est ensuite noté à 50% de son coefficient.

Toutefois, le second acte est noté à 75% de son coefficient en cas d'intervention de chirurgie soit pour lésions traumatiques multiples et récentes, *soit portant sur des membres différents, ou sur le tronc ou la tête et un membre.*

Les actes suivant le second ne donnent pas lieu à honoraires et n'ont pas à

être notés sur la feuille de maladie. Toutefois, en cas de lésions traumatiques multiples et récentes, le troisième acte opératoire éventuel est exceptionnellement noté à 50% de son coefficient.

2. En cas d'actes multiples au cours de la même séance, le praticien ne doit pas noter le coefficient global, mais les coefficients correspondant à chacun des actes effectués.

Exemple : Soit un acte coté K 20 et un acte coté K 10 effectué dans la même séance, la feuille de maladie doit être annotée K 20 + K 10/2 et non K 25 afin de permettre le contrôle médical et, le cas échéant, l'application de la règle prévue au paragraphe B de l'article 8.

3. Lorsque plusieurs actes sont accomplis dans la même séance sur un même malade, ils ne peuvent donner lieu à honoraires pour plusieurs praticiens que si ceux-ci sont des spécialistes ou compétents exclusifs ou des auxiliaires médicaux de disciplines différentes.

Pour chaque praticien, les actes sont notés conformément aux 1. et 2. ci-dessus.

18/07/19 Au sous-paragraphe 4 du paragraphe B susvisé, est ajouté un alinéa c) :

« 4. Les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas :

- a) aux actes nécessitant l'utilisation de radiations ionisantes ;
- b) aux actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ;
- c) aux actes d'accompagnement infirmier à la téléconsultation TLS, TLD et TLL. »

Un cinquième sous-paragraphe est créé au paragraphe B susvisé :

« 5. Les forfaits journaliers infirmiers BSA, BSB, BSC, définis à l'article 23.3, sont toujours facturés à taux plein. Lorsqu'au cours d'une séance de soins en rapport avec la dépendance, un acte en AMX est réalisé, il est noté à 50% de son coefficient, quelle que soit la valeur du coefficient (sauf dérogations listées au Titre XVI, Chapitre I, article 12). »

Article 13. Frais de déplacement

- La mention « lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature » est remplacée par « lorsqu'un acte inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ».
- Au C) la mention « pour les actes en K, Z, SF, SFI, AMI, AMM, AMP et AMO » est remplacée par « pour les actes en K,, Z, , SF, SFI, AMI, AMK, AMC, AMS, AMP et AMO de la NGAP ou les actes équivalents inscrits à la CCAM ».

Article 14. Actes effectués la nuit ou le dimanche

- Au A) Actes effectués par les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-

- 08/10/08** femmes.
Aux 1. et 2°: les lettres-clés KCC, KE sont abrogées.
Au 1. introduire la lettre clé KMB après la lettre K

Article 14.1. Majoration d'urgence (MU) pour le médecin exerçant la médecine générale

- Au deuxième paragraphe, remplacer l'expression « Nomenclature générale des actes professionnels » par « Classification commune des actes médicaux ».
- 05/12/06** - Au paragraphe II, suppression des termes «À titre exceptionnel, et durant la phase d'évaluation prévue à l'article 5.1 de l'accord national de bon usage des soins annexé à l'arrêté du 26-08-2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins».
- Le paragraphe III est remplacé par : Lorsque le médecin généraliste est amené à se déplacer au domicile d'une personne ne rentrant pas dans les situations prévues ci-dessus, la visite qu'il effectue donne lieu, en sus des honoraires et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à la majoration de déplacement MD :
 - dès lors que cette personne ne peut se déplacer en raison de son âge ou que la composition de sa famille a une incidence sur sa capacité à se déplacer au cabinet du médecin généraliste ;
 - dès lors que cette personne est atteinte d'une maladie contagieuse et que la consultation au cabinet est contre indiquée.

Le médecin généraliste communique le motif de la visite mentionnée ci-dessus au service médical, à sa demande.

- 27/09/17** - Les deux articles suivants sont créés :

Article 14.1.1 - Consultation correspondant au niveau CCMU 3 du médecin urgentiste

La consultation pour un patient dont l'état clinique est classé au niveau CCMU 3 « patient dont l'état lésionnel et/ou le pronostic fonctionnel sont jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences sans mise en jeu du pronostic vital par un médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence autorisé par l'ARS des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, est dénommée **U03**.

Le compte rendu de cette consultation **U03**, réalisée à tarif opposable, doit être inscrit dans le dossier médical du service des urgences.

- 12/03/18** Cette cotation U03 ouvre droit aux majorations pédiatriques de l'article 14.6 et 14.7 ainsi qu'aux majorations d'urgence de nuit et jours fériés prévues à l'article 14 de la NGAP.

La cotation n'ouvre pas droit aux majorations de permanence des soins (article 10 et annexe 9 de la convention médicale).

Les consultations U03 ne se cumulent pas avec d'autres actes effectués dans le même temps à l'exception de l'acte d'électrocardiogramme.

Article 14.1.2 – Consultation correspondant au niveau CCMU 4 ou au niveau CCMU 5 du médecin urgentiste

La consultation pour un patient dont l'état clinique est classé au niveau CCMU 4 « situation pathologique engageant le pronostic vital, prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate » ou CCMU 5 « situation pathologique engageant le pronostic vital, prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation », par un médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence autorisé par l'ARS des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, est dénommée **U45**.

Le compte rendu de cette consultation **U45**, réalisée à tarif opposable, doit être inscrit dans le dossier médical du service des urgences.

12/03/18 Cette cotation U45 ouvre droit aux majorations pédiatriques de l'article 14.6 et 14.7 ainsi qu'aux majorations d'urgence de nuit et jours fériés prévues à l'article 14 de la NGAP.

La cotation n'ouvre pas droit aux majorations de permanence des soins (article 10 et annexe 9 de la convention médicale).

Les consultations U45 ne se cumulent pas avec d'autres actes effectués dans le même temps à l'exception de l'acte d'électrocardiogramme.

12/05/23 **Article 14.1.3** – Majoration pour la prise en charge par une sage-femme ou par un médecin correspondant non médecin traitant pour un patient adressé par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins (SAS) pour une prise en charge dans les 48 heures (Voir partie VIbis)

05/12/06 **Article 14.2** - Majoration de déplacement

08/01/20 (Voir partie VIbis)

13/01/22

05/12/06 **L'article 14. 3.** Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet est abrogé.

A l'article 14-4-3. Majoration pour la prise en charge des jeunes enfants par le médecin généraliste, au premier paragraphe, à la première ligne, après les mots «Les consultations» ajouter les mots «et les visites».

06/07/07 **Article 14.4.4.** Majoration pour consultation familiale ou avec un tiers social ou un tiers médico-social d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge spécialisée par le psychiatre **est abrogée.**

20/12/11

12/03/18

13/01/22

13/01/22 Article 14.4.5 –Majoration des gynécologues médicaux

Lorsque le gynécologue médical est amené à effectuer une consultation auprès d'un patient, cette consultation donne lieu en sus du tarif de la consultation ou de la visite à une majoration tarifaire dès lors que ce spécialiste n'est pas autorisé à pratiquer des tarifs différents au sens des articles 38.1 et 38.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 ou qu'il adhère aux options de pratique tarifaire maîtrisée définies aux articles 40 et suivants de la convention nationale précitée.

Par dérogation, les médecins spécialistes autorisés à pratiquer des honoraires différents sans adhésion aux options de pratique tarifaire maîtrisée peuvent bénéficier de la majoration dès lors qu'ils facturent leur consultation ou visite au tarif opposable.

Elle n'est pas non plus cumulable avec la facturation du dépassement (DE) au sens de l'article 39.1 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

La facturation de la majoration se fait via le code MGM.

23/02/17 Article 14.6 -Majorations pédiatriques :

29/04/20 Article 14.6.1 – Nouveau forfait pédiatrique

Les consultations ou visites effectuées pour un enfant jusqu'à la veille incluse de ses 2 ans par le pédiatre conventionné ouvrent droit à une majoration, dénommée « nouveau forfait pédiatrique (NFP) ». Ces consultations donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

Cette majoration ne se cumule pas avec la majoration NFE décrite à l'article 14.6.2.

Le NFP ne se cumule ni avec la majoration prévue à l'article 2 *bis* (MPC), ni avec la facturation d'une majoration de coordination (MCS) au sens de l'article 16.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée

29/04/20 Article 14.6.2 – Nouveau forfait enfant du pédiatre

Les consultations ou visites effectuées par le pédiatre pour un enfant âgé de 2 ans jusqu'à la veille incluse de ses 6 ans et les consultations ou visites effectuées par le pédiatre pour un enfant de 6 ans jusqu'à la veille incluse de ses 16 ans qui ne lui est pas adressé par le médecin traitant ouvrent droit à une majoration dénommée « nouveau forfait enfant (NFE) ». Ces consultations donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant. Cette majoration NFE est également applicable aux patients du pédiatre lorsqu'il est désigné médecin traitant.

Cette majoration NFE peut être cotée par le pédiatre exerçant en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents au sens des articles 38.1 et 38.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) tel que défini aux articles 40 de la convention médicale susvisée.

Le médecin en secteur à honoraires différents non adhérent à l'OPTAM peut de façon dérogatoire facturer la majoration NFE lorsqu'il pratique des tarifs opposables.

29/04/20 **Article 14.6.3 – Majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le pédiatre**

Les consultations et les visites, effectuées par le pédiatre pour un enfant jusqu'à la veille incluse de ses 6 ans, ouvrent droit à une majoration dénommée « majoration enfant du pédiatre (MEP) ». Ces consultations donnent lieu à un compte rendu sur le carnet de santé de l'enfant.

Cette majoration MEP peut être cotée par le pédiatre exerçant en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents au sens des articles 38.1 et 38.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) tel que défini aux articles 40 de la convention médicale susvisée.

Le médecin en secteur à honoraires différents non adhérent à l'OPTAM peut de façon dérogatoire facturer les majorations MEP lorsqu'il pratique des tarifs opposables.

La majoration MEP est cumulable avec les majorations NFP et NFE prévues aux articles 14.6.1 et 14.6.2.

La majoration MEP ne se cumule ni avec la Majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste prévue à l'article 2 *bis* (MPC), ni avec la facturation d'une majoration de coordination au sens de l'article 16.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par l'arrêté du 20 octobre 2016.

29/04/20 **Article 14.7 – Majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste**

Les consultations et les visites, effectuées par le médecin généraliste conventionné à destination d'un enfant jusqu'à la veille incluse de ses six ans, ouvrent droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée « majoration enfant pour les médecins généralistes (MEG) ». Ces consultations donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

06/11/18 Cf. Article 14.8 – Partie VI bis

13/01/22

23/02/17 **Article 14.9. – Consultation obligatoire de l'enfant**

03/10/19 Les trois consultations complexes du pédiatre ou du médecin généraliste pour les trois examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat sont dénommées « Consultation obligatoire de l'enfant (COE) ».

Les consultations du nourrisson pour les examens médicaux obligatoires mentionnés à l'article R.2132-2 du Code de santé publique, dans les huit jours suivant sa naissance, du jour des 8 mois jusqu'à la veille du jour des 10 mois incluse, du jour des 23 mois jusqu'à la veille du jour des 25 mois incluse, réalisées par le pédiatre ou le médecin généraliste sont dénommées COE. Lors de

ces consultations, le médecin :

- pratique un examen complet de l'enfant tel que défini par l'article R.2132-1 du code de la santé publique et mentionne les résultats dans le carnet de santé de l'enfant ;
- établit le certificat de santé correspondant à l'âge de l'enfant sur l'imprimé inséré dans le carnet de santé et l'adresse, dans un délai de huit jours, au médecin responsable du service de la protection maternelle et infantile du département de résidence des parents ou de la personne chargée de la garde de l'enfant, conformément à l'article R.2132-3 du code de santé publique.

Ces trois consultations sont facturées à tarif opposable. Elles ne sont pas cumulables avec les majorations NFP, NFE, MEP des pédiatres, ni avec la majoration MEG du médecin généraliste, décrites aux articles 14.6.de la NGAP.

Conformément aux articles L.160-9 du Code de la sécurité sociale et L.2132-2 du code de la santé publique, la première consultation dans les huit jours suivant la naissance est pris en charge au titre de l'assurance maternité et les deux suivantes sont prises en charge au titre de l'assurance maladie.

07/09/17 **06/11/18** **Article 14.9.1.** – Téléexpertise entre l'actuel et le précédent médecin traitant pour un patient admis en EHPAD est abrogé.

10/07/18 **Article 14.9.2.** – Téléconsultation d'un résident en EHPAD par le médecin traitant ou le médecin de garde sur le territoire sur appel d'un professionnel de santé pour une modification d'un état lésionnel et/ou fonctionnel sans mise en jeu du pronostic vital est abrogé.

L'article 14.9.3 est supprimé de la partie I et intégré dans la partie VI bis.

L'article 14.9.4 est supprimé de la partie I et intégré dans la partie VI bis.

L'article 14.9.5 est supprimé de la partie I et intégré dans la partie VI bis.

L'article 14.9.6 est supprimé de la partie I et intégré dans la partie VI bis.

13/01/22 **Article 15** - Contenu de la consultation, de la visite

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

Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (tels que prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, etc.), ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci (injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire, petit pansement, etc.).

La consultation ou la visite du médecin spécialiste qualifié ou du chirurgien-dentiste spécialiste qualifié, comporte également les actes de diagnostic courants propres à sa spécialité.

Toutefois, lorsque ces actes ne sont pas accompagnés d'un examen du malade (notamment s'ils sont effectués en série) - l'intervention du praticien n'ayant pas alors la valeur technique d'une consultation - le praticien doit noter, non une

consultation ou une visite, mais le coefficient ou le code de l'acte pratiqué.
Par dérogation, pour une personne en situation de handicap une consultation sans examen clinique est réalisable dans les cas suivants :

- un temps de rencontre planifié avec le médecin ou le chirurgien-dentiste, en préparation de la prise en charge médicale ultérieure qui est réalisé au futur lieu habituel de consultation, dans un but d'accoutumance à l'environnement lié aux soins (personnel médical, lieu et équipements matériels) ;
- lorsque la consultation débutée ne peut être menée à son terme du fait d'une manifestation aiguë du handicap du patient et doit être différée.

15/01/24 Elle est valorisée comme une consultation de référence, pour les chirurgiens-dentistes, elle est limitée à 5 consultations par séquences de soins.

20/12/11 « **Article 15.2.1** – Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie

Cette consultation concerne les sujets à risque de mélanome définis par les recommandations de la HAS :

- Antécédent personnel ou familial de mélanome
- Phototype cutané de type I (peau claire, yeux bleus, cheveux clairs)
- Nombre élevé de nævus, de nævus de grande taille, de nævus atypiques
- Antécédents ou mode de vie avec expositions solaires intenses

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- Recueillir les antécédents personnel et familiaux, les habitudes d'exposition solaires
- Réaliser un examen cutané du corps entier
- Réaliser un examen au dermatoscope de toute lésion suspecte
- Informer le patient concernant le mélanome et prodiguer des conseils de prévention de non exposition solaire et d'auto surveillance cutanée
- Synthétiser le dossier du patient et informer par courrier le médecin traitant

Cette consultation ne peut être tarifée qu'une fois par an. Elle est dénommée CDE.

20/12/11 Après l'article 15.2.1 il est inséré un article 15.2.2. ainsi rédigé :

12/03/18 L'Article 15.2.2 – Consultation spécifique entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour réalisée par un pédiatre est abrogé.

21/06/17 **Article 15.2.3. – Consultation très complexe réalisée au domicile du patient**

06/11/18

29/04/20

13/01/22

07/08/23

15/01/24

a) Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant

La visite très complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, si possible en présence des aidants habituels, concerne les patients en ALD pour une pathologie neurodégénérative identifiée dont notamment la maladie d'Alzheimer,

la maladie de Parkinson, la sclérose en plaque, les pathologies neurodégénératives de l'enfant.

Au cours de cette visite, le médecin traitant :

Réalise une évaluation de l'état du patient : autonomie, capacités restantes, évolution des déficiences ;

Evalue la situation familiale et sociale ;

Formalise la coordination nécessaire avec les autres professionnels de santé et les structures accompagnantes ;

Informe le patient et les aidants sur les structures d'accueil ;

Inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient.

b) Consultation réalisée au domicile du patient pour soins palliatifs par le médecin traitant

Un patient en soins palliatifs au sens de l'article L.1110.10 du code de la santé publique peut nécessiter une consultation longue et complexe réalisée au domicile du patient par le médecin traitant.

Au cours de cette consultation, le médecin :

- réalise l'évaluation médicale du patient dans le but d'atteindre les objectifs des soins palliatifs au sens de l'article L.1110.10 du code de la santé publique ;
- organise et coordonne la prise en charge des soins en lien avec l'équipe pluri-disciplinaire de soins palliatifs ;
- inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient.

c) Consultation réalisée au domicile du patient de 80 ans et plus en ALD par le médecin traitant

d) Première consultation du médecin réalisée au domicile d'un patient n'ayant pas ou devant changer de médecin traitant et souhaitant déclarer celui-ci comme médecin traitant

Lorsque le médecin se déplace pour la première fois au domicile d'un patient qui va entrer dans sa patientèle Médecin traitant (patient n'ayant pas ou devant changer de médecin traitant) et étant en incapacité de se déplacer pour raison médicale, la visite très complexe peut être facturée si ce patient est soit bénéficiaire d'une exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD soit âgé de plus de 80 ans.

Au cours de cette visite, le médecin :

- recueille toutes les informations permettant de retracer l'histoire médicale et les antécédents du patient ;
- réalise l'évaluation médicale du patient ;
- organise la prise en charge coordonnée des soins ;
- inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient ;
- recueille le choix de déclaration de médecin traitant du patient.

Dans le cas (a) et (c) la visite peut être facturée par patient 1 fois par trimestre de chaque année civile via la facturation du code prestation VL.

Dans le cas (b) la visite peut être facturée via la facturation du code prestation VSP.

Dans le cas (d) une seule VL est facturable par patient au titre de cette première consultation du médecin réalisée au domicile d'un patient n'ayant pas ou changeant de médecin traitant et souhaitant déclarer celui-ci comme médecin traitant via la facturation du code prestation VL.

Au maximum 4 VL sont facturables par an et par patient quel que soit le contexte de facturation a), c) et d).

La visite très complexe ne se cumule ni avec la majoration prévue à l'article 2 bis de la NGAP (MPC), ni avec la facturation d'une majoration de coordination au sens de l'article 16.2 et de l'annexe 11 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

La visite très complexe n'ouvre pas droit aux majorations pédiatriques (article 14.6 de la NGAP) et à la majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste (article 14.7 de la NGAP).

20/12/11 Après l'article 15.2.3. il est inséré un article 15.2.4. ainsi rédigé :
13/01/22

Article 15.2.4 – Actes et consultations spécifiques des psychiatres

A. – Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre dans les deux jours ouvrables suivant la demande du médecin traitant ou du médecin régulateur du service d'accès aux soins (SAS)

Elle concerne les patients atteints d'une pathologie psychiatrique connue en phase de décompensation ou la première manifestation d'une pathologie potentiellement psychiatrique.

Elle donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu conservé dans le dossier du patient dont un double est adressé au médecin traitant.

Cette consultation est facturée MCY ou TC2 s'il s'agit d'une téléconsultation.

B- Prise en charge intensive continue d'un épisode de décompensation psychique

Prise en charge intensive continue d'un épisode de décompensation psychique : acte de soins complexe réalisé en établissement psychiatrique, intégrant la régulation et les différents suivis pharmacologique, psychodynamique et environnemental, par jour. Une demande d'accord préalable doit être formulée lorsque le traitement est prolongé au-delà

de quatorze jours. Cette prise en charge est facturée CNPSY 0,8.

C- Majoration des psychiatres pour la prise en charge des enfants

Lorsque le psychiatre est amené à effectuer une consultation auprès d'un patient de moins de 16 ans, cette consultation donne lieu en sus du tarif de la consultation ou de la visite à une majoration tarifaire MP dès lors que ce spécialiste n'est pas autorisé à pratiquer des tarifs différents au sens des articles 38.1 et 38.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 ou qu'ils adhèrent aux options de pratique tarifaire maîtrisée définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale précitée.

Elle n'est pas non plus cumulable avec la facturation du dépassement (DE) au sens de l'article 39.1 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Par dérogation, les médecins spécialistes autorisés à pratiquer des honoraires différents sans adhésion aux options de pratique tarifaire maîtrisée peuvent bénéficier de la majoration dès lors qu'ils facturent leur consultation ou visite au tarif opposable.

D- Majoration pour consultation familiale ou avec un tiers social ou un tiers médico-social d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge spécialisée par le psychiatre

I - Consultation avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée d'une durée prévisible au moins égale à un an.

Cette consultation concerne les enfants de moins de 16 ans pris en charge par un psychiatre. Il s'agit d'une consultation longue et spécifique nécessitant la présence de la famille, d'un tiers social ou d'un tiers médicosocial, pour aborder les aspects de la pathologie, du pronostic, de la stratégie thérapeutique ou des implications relationnelles.

Lors de cette consultation, le psychiatre intervient notamment pour :

- délivrer une information aux parents centrée sur la pathologie de l'enfant, les différentes alternatives thérapeutiques, les éléments de pronostic,
- permettre un dialogue autour de cette information,
- identifier avec les parents, ou leurs substituts le cas échéant, les facteurs de risque médicaux, psychologiques et sociaux,
- tenter d'obtenir une alliance thérapeutique avec la famille, évaluer la capacité de soutien de celle-ci, et permettre un dialogue autour de ces fonctions,
- expliciter le déroulement dans le temps de la prise en charge de l'enfant et/ou du groupe familial et définir le rôle éventuel des différents intervenants de l'équipe thérapeutique,
- synthétiser une note au dossier du patient,

- le cas échéant, informer le médecin en charge de l'enfant et les autres intervenants.

Cette consultation ouvre droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée **MPF** (majoration consultation famille).

II - Consultation annuelle de synthèse avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée.

Cette consultation concerne les enfants de moins de 16 ans pris en charge par un psychiatre pour une pathologie psychiatrique relevant d'une affection de longue durée (ALD) exonérée du ticket modérateur. Il s'agit d'une consultation longue et spécifique, en présence des intervenants essentiels du groupe familial, dédiée à :

- apprécier l'évolution de la pathologie, de la prise en charge thérapeutique de l'enfant et/ou du groupe familial et expliquer les adaptations thérapeutiques éventuellement nécessaires ;
- réévaluer, le cas échéant, les interactions familiales, l'apparition de facteurs de risque médicaux, psychologiques et sociaux ;
- synthétiser le dossier et informer le médecin en charge de l'enfant et les autres intervenants.

Elle donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu conservé dans le dossier du patient dont un double est remis à la famille ou son substitut.

Cette consultation est annuelle et ne peut être facturée qu'une année après la première consultation définie ci-dessus.

Cette consultation ouvre droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée **MAF** (majoration consultation annuelle famille).

Ces deux majorations **MPF** et **MAF**, liées à ces deux consultations familiales, sont cumulables avec la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste prévue à l'article 2 bis et la majoration de coordination MCS au sens de l'article 16.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016..

La valeur de ces majorations est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2. »

07/08/23 Article 15.2.5 – Majoration pour le suivi des personnes âgées

La majoration MOP est facturable en sus des consultations, téléconsultations ou visites réalisées auprès des patients âgés de plus de 80 ans. Cette majoration est réservée aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et à ceux ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Elle bénéficie aux médecins pour les patients dont ils ne sont pas le médecin traitant et pour les médecins généralistes en l'absence du médecin traitant. »

27/04/06 Article 15.3. Majoration pour les consultations de prescription de certains types d'appareillages de première mise, par les médecins spécialistes ou qualifiés en médecine physique et réadaptation

La majoration de la consultation pour prescription d'un appareillage de première mise (MTA) s'applique pour :

la prothèse du membre supérieur (LPP titre II, chapitre VII, section I rubrique A),
la prothèse du membre inférieur (LPP titre II, chapitre VII, section II rubrique A),

- l'orthopédie du tronc (LPP titre II, chapitre VII, section III rubrique A sauf appareils TR12, TR23, TR24, TR25, TR27, TR59, TR79 du paragraphe 1),
- le fauteuil roulant à propulsion par moteur électrique (LPP; titre IV, chapitre 1, rubrique B),
- le fauteuil roulant verticalisateur (LPP, titre IV, chapitre I, rubrique C).

A l'article 15.3. sont ajoutés les mots :

- Grand appareil de marche : OI39 et OI29 (LPP, Titre II, chapitre 7, section II),

15/03/15 - Orthèse de maintien ou de correction, en position horizontale ou en position verticale, en matériau thermoformable haute température : TR47Z01 (LPP, Titre II, chapitre 7, section III)

- Orthèse de maintien, en position horizontale en mousse expansée TR29Z01 (LPP, Titre II, chapitre 7, section III),

- Corset-siège en matériau thermoformable haute température : TR43Z01 (LPP, Titre II, chapitre 7, section III) :

Cette prescription d'appareillage doit comporter toutes les précisions utiles à sa bonne exécution et notamment la référence à l'un des appareils inscrits à la liste des produits et prestations (LPP).

25/09/13 Cette majoration s'applique aux consultations réalisées pour des patients de 16
29/04/20 ans et plus, uniquement dans le cadre du parcours de soins coordonnés, hors acte de consultant. Elle n'est donc pas cumulable avec le **DA** mentionné à l'article 42.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011. Elle est en revanche cumulable, le cas échéant, avec la majoration de coordination mentionnée à l'article 13.2 de la convention susmentionnée et avec la majoration **MPC** (article 2 *bis*).

Par dérogation, pour les patients de moins de 16 ans, la **MTA** peut être applicable et cumulée, le cas échéant, avec le montant de la **MPC** applicable pour ces patients

La valeur de la **MTA** est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

27/04/06 L'Article 15.4. Majoration pour certaines consultations par un médecin
06/07/07 spécialiste en endocrinologie ou en médecine interne disposant d'une

20/12/11 compétence en diabétologie est remplacé par les dispositions suivantes :

« La majoration pour certaines consultations réalisées par un médecin spécialiste en endocrinologie (MCE) ou en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie est applicable pour les consultations suivantes, en coordination avec le médecin traitant.

1. Diabète inaugural ou compliqué insulino dépendant ou insulino requérant

Cette consultation concerne les patients :

diabétiques de type 1 :

- lors de la consultation initiale d'un patient diabétique de type 1 ;
- lors de la première consultation pour adaptation du protocole d'insulinothérapie dans les suites d'une affection ayant déstabilisé la maladie ;
- lors de la première consultation après survenue d'une ou plusieurs complications du diabète (complications oculaires, rénales, neurologiques, cardio-vasculaires et lésions du pied);

diabétiques de type 2 insulino-requérant ou devenant insulino-requérant :

- lors de la consultation initiale d'un patient diabétique de type 2 insulino-requérant ou devenant insulino-requérant ;
- lors de la première consultation après survenue d'une ou plusieurs complications du diabète (complications oculaires, rénales, neurologiques, cardio-vasculaires et lésions du pied) ;
- lors de la première consultation après hospitalisation pour affection intercurrente ayant déstabilisé la maladie ;
- lors de la ou des consultations pour mise en œuvre de l'insulinothérapie chez un patient non contrôlé par antidiabétiques oraux et mesures hygiéno-diététiques.

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- recueillir et prendre connaissance des éléments constituant le dossier médical (histoire de la maladie, compte-rendu d'hospitalisation, faits nouveaux depuis la sortie d'hospitalisation ou depuis le dernier contact, ressenti du patient, comorbidités, examens complémentaires, carnet de surveillance...),
- réaliser une information du patient centrée sur la maladie et son évolution, l'insulinothérapie, l'auto surveillance, les mesures hygiéno-diététiques, le suivi à court et moyen terme du diabète, les interférences médicamenteuses, les prescriptions,
- synthétiser le dossier et informer par courrier le médecin traitant et, éventuellement, les autres soignants,
- remettre au patient un compte-rendu de consultation ainsi que des documents pédagogiques.

2) Première consultation pour les endocrinopathies complexes suivantes :

- thyroïdite, maladie de Basedow,
- cancer thyroïdien,
- hyperthyroïdie, nodulaire ou induite par l'iode, avec complications,

- pathologie hypothalamo – hypophysaire,
- pathologie du métabolisme hydrique,
- pathologie des glandes surrénales,
- pathologie des glandes parathyroïdes,
- tumeur endocrine de l’ovaire,
- tumeur endocrine du pancréas,
- affection pluri-endocrinienne.

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- recueillir et prendre connaissance des éléments constituant le dossier médical,
- réaliser une information du patient centrée sur la maladie et son évolution, les interférences médicamenteuses, les prescriptions,
- synthétiser le dossier et informer par courrier le médecin traitant et, éventuellement, les autres soignants,
- remettre au patient un compte-rendu de consultation.

Cette majoration s'applique aux consultations réalisées pour des patients de 16 ans et plus, uniquement dans le cadre du parcours de soins coordonnés, hors acte de consultant. Elle n'est donc pas cumulable avec le DA mentionné à l'article 42.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011.

29/04/20 Elle est en revanche cumulable, le cas échéant, avec la majoration de coordination mentionnée à l'article 13.2 de la convention susmentionnée et avec la majoration MPC (article 2 bis de la NGAP).

Par dérogation, pour les patients de moins de 16 ans, la MCE peut être applicable et cumulée, le cas échéant, avec le montant de la MPC applicable pour ces patients.

La valeur de la MCE est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés mentionnées à l'article 2.

08/04/13 **Article 15.5- Majorations pour une consultation longue et complexe à domicile ou au cabinet après un séjour hospitalier du patient**

29/04/20

Ces majorations peuvent être cotée dès lors que le médecin est en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Par dérogation, le médecin traitant en secteur à honoraires différents n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée précités, peut coter la **MIC** ou la **MSH** pour les bénéficiaires du droit à complémentaire santé solidaire dans le respect des articles L. 861-1 du code de la sécurité sociale et suivants.

Pour appliquer la MIC ou la MSH la consultation doit être réalisée à tarif opposable.

De plus, pour un même séjour hospitalier du patient une seule des deux majorations est facturable. Les consultations à domicile avec MSH ou MIC ne sont pas facturables avec les majorations MDN et MDD décrites à l'article 14.2 point IV.

La valeur de la MIC et de la MSH sont déterminées dans les mêmes conditions

que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

a) Majoration pour une consultation longue et complexe par le médecin traitant d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation

Dans le cadre du parcours de soins d'un patient insuffisant cardiaque, la consultation longue et complexe à domicile ou au cabinet, réalisée par le médecin traitant, en présence des aidants habituels, concerne les patients insuffisants cardiaques polyopathologiques et polymédicamentés, ayant été hospitalisés en unité de court séjour, pour un épisode de décompensation de leur pathologie.

Au cours de cette consultation à réaliser avant la fin du 2^{ème} mois suivant la sortie d'hospitalisation, le médecin traitant :

- évalue le niveau d'information du patient et sa compréhension de la pathologie, des signes d'alarme et de son traitement,
- réévalue et apprécie l'efficacité ainsi que la tolérance du traitement,
- met en œuvre un plan de soins en concertation avec le cardiologue correspondant, sur la nécessité de consultations spécialisées complémentaires, sur toute action permettant d'éviter une réhospitalisation en urgence,
- veille à l'adéquation entre les besoins du patient et les moyens mis en place.

Cette consultation donne lieu à la majoration MIC.

Dans le cas où le cardiologue correspondant et non le médecin traitant réalise cette consultation longue et complexe, la majoration MIC est facturable conformément à l'article 27.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011.

b) Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité

Lorsque le médecin traitant effectue une consultation ou une visite, après une hospitalisation avec notion de sévérité (complication, comorbidités), dans un service de court séjour ou de psychiatrie, pour une intervention chirurgicale ou pour une pathologie chronique grave, il peut coter une majoration dénommée « majoration de sortie d'hospitalisation » (MSH) pour la consultation effectuée dans les 30 jours suivant l'hospitalisation et réalisée dans les conditions suivantes :

Cette consultation, longue et complexe, concerne les patients polyopathologiques, présentant une altération de l'autonomie nécessitant un suivi médical rapproché spécifique et la coordination avec au moins un intervenant paramédical, dans les suites d'un séjour hospitalier qui a présenté :

- soit la nécessité d'un recours à une intervention chirurgicale,
- soit pendant lequel a été diagnostiquée une pathologie chronique grave ou la décompensation d'une pathologie chronique grave préexistante.

Au cours de cette consultation, le médecin traitant met en œuvre toute action permettant d'éviter une réhospitalisation :

- il évalue l'état médical du patient et son autonomie dans son contexte familial et social,
- il évalue le niveau d'information du patient et sa compréhension de la pathologie, de l'observance des traitements et des bilans nécessaires, de la reconnaissance des signes d'alarme,
- il réévalue l'efficacité et la tolérance du traitement,
- il veille à l'adéquation entre les besoins du patient et les moyens mis en place,
- il renseigne le dossier médical du patient.

Dans le cas où le psychiatre correspondant et non le médecin traitant réalise cette consultation longue et complexe, la majoration MSH est facturable conformément à l'article 27.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011.

L'article 15.6 - Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité créé par décision UNCAM du 04/04/13 est abrogé par décision UNCAM du 29/04/20

21/06/17 Article 15.8 – Consultations et majorations complexes

28/05/20 **A) Consultations et majorations complexes pour les médecins**

Ces consultations et majorations complexes s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins. Elles recouvrent un nombre limité et défini de prise en charge : patients présentant certaines pathologies complexes ou instables, ou situations cliniques particulières impliquant un fort enjeu de santé publique.

a) Consultations complexes

Les codes consultations CSO, CSM, CBX, CSE et ASE listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

Ces consultations complexes doivent être facturées à tarif opposable.

Elles n'ouvrent pas droit aux majorations pédiatriques (article 14.6 de la NGAP) et à la majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste (article 14.7 de la NGAP).

29/04/20 Elles ne sont pas cumulables d'une part, avec la majoration MPC (article 2 bis de la NGAP) et d'autre part, avec les majorations de coordination mentionnées à l'article 16.2 et à l'annexe 11 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Les consultations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une majoration complexe ou très complexe.

Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

13/01/22

- Consultation complexe à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance

Cette consultation est dénommée Aide sociale à l'enfance (ASE). Elle permet d'effectuer le bilan de santé et de prévention obligatoire prévu à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance selon la loi du 14 mars 2016. Ce bilan permet de repérer les besoins en termes de prévention et de soins, qui sont inscrits dans le projet pour l'enfant (PPE). Cette consultation est réalisée par le médecin généraliste ou le pédiatre.

Elle doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation ASE.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

- Consultation complexe de suivi et de coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité, par le médecin traitant de l'enfant

Cette consultation complexe, réalisée par le médecin traitant de l'enfant, est dénommée Consultation Suivi de l'Obésité (CSO).

Cette consultation est réservée aux enfants de 3 à 12 ans inclus et en risque avéré d'obésité sur la base du suivi de la courbe de corpulence.

Lors de cette consultation le médecin :

- procède à un entretien de l'enfant et sa famille ;
- recherche d'éventuels signes de pathologie ou de comorbidité associés, de souffrance psychologique ;
- explique le diagnostic à la famille et propose la prise en charge qu'il coordonne ;
- inscrit les conclusions de cette consultation dans le dossier médical de l'enfant.

Cette consultation réalisée par le médecin traitant doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation CSO.

Elle ne peut être facturée plus de deux fois par an et par enfant de 3 à 12 ans inclus.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

06/11/18

- Consultation complexe du nouveau-né nécessitant un suivi spécifique par le pédiatre entre la sortie de maternité et le 28ème jour suivant la naissance

Cette consultation est dénommée Consultation de Sortie Maternité (CSM).

Cette consultation ou visite est réalisée pour des nouveaux nés nécessitant un suivi spécifique.

Cette consultation réalisée par pédiatre doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation CSM.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

- **Consultation de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste par un généraliste, un pédiatre ou un psychiatre**

Lors de cette consultation annuelle complexe de suivi d'un enfant autiste, dénommée CSE, le médecin généraliste, pédiatre ou psychiatre, en lien avec les professionnels de deuxième ligne :

- réalise un examen somatique, sensoriel (vue, audition...) avec une évaluation clinique du comportement et de la relation de l'enfant, en regard du trouble du spectre de l'autisme et des pathologies associées ;

- réévalue et coordonne la prise en charge avec les autres professionnels de santé et les institutions médico-sociales assurant le suivi de l'enfant pour son trouble du spectre de l'autisme et les pathologies associées ;

- conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant ;

- inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

06/10/20
20

Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation doit donner lieu à l'inscription du code consultation CSE dans le dossier médical du patient.

Elle ne peut être facturée qu'une seule fois par an par un médecin généraliste, pédiatre ou psychiatre.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

- **Consultation bucco-dentaire complexe des médecins stomatologistes et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale pour un patient atteint de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap**

Cette consultation bucco-dentaire complexe réalisée par un médecin stomatologiste et spécialiste en chirurgie orale ou maxillo-faciale pour un patient atteint de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap est dénommée CBX.

Elle est facturable selon les consignes de la "grille des adaptations pour la prise

en charge en santé bucco- dentaire des patients en situation de handicap” définies à l’annexe XV de la convention nationale des chirurgiens-dentistes signée le 21 juillet 2023. Cette consultation doit donner lieu à l’inscription dans le dossier médical du patient du code consultation CBX. Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l’Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CXD.

b) Majorations pour consultations complexes

Les codes majorations suivants : MPS/TCA/MPT/SGE/PTG/MMF/MCA/PPR/PPN/MCT/SLA/MSP/POG/PEG listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l’Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la majoration de consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l’Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Il peut être facturé dès lors que le médecin est en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l’Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Les majorations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une consultation complexe ou très complexe.

Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

- Majoration MPS pour une consultation complexe de prise en charge d’un couple dans le cadre de la stérilité, par un gynécologue ou un gynécologue-obstétricien

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, lors de la première consultation pour la prise en charge de la stérilité, le médecin présente le rendu du bilan diagnostic réalisé, les stratégies thérapeutiques et les probabilités de réussite en termes de naissance pour permettre au couple de participer à la prise de décision, ainsi que le rappel de la réglementation.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le gynécologue ou le gynécologue-obstétricien doit donner lieu à l’inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MPS.

Une seule consultation par couple ouvre droit à la majoration MPS, lors de l’initiation de la prise en charge. Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l’Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est MCX.

- Majoration TCA pour une première consultation de prise en charge d'un patient atteint de trouble grave du comportement alimentaire : anorexie mentale par un endocrinologue ou un pédiatre ; ou obésité morbide par un endocrinologue

Lors de cette première consultation spécifique de prise en charge d'un patient ayant un trouble grave du comportement alimentaire le médecin :

- recherche des critères de diagnostic et de gravité (bilan clinique et biologique avec prescription des examens complémentaires nécessaires)
- met en place une évaluation globale du patient (somatique psychique sociale)
- élabore un projet thérapeutique multidisciplinaire avec recherche de l'adhésion du patient.

Le cas échéant, si le médecin réalisant la consultation n'est pas le médecin traitant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par un endocrinologue pour la prise en charge d'un patient présentant une anorexie ou une obésité morbide, ou par un pédiatre pour la prise en charge de l'anorexie doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration TCA.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

- Majoration MPT pour une première consultation de prise en charge d'un patient atteint de tuberculose par un pneumologue

Dans le cadre du parcours de soins coordonné, lors de la première consultation pour la prise en charge d'un patient atteint d'une tuberculose le médecin met en œuvre la prise en charge thérapeutique avec la mise en place des conditions nécessaires pour l'observance du traitement.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le pneumologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MPT.

Une seule consultation par patient ouvre droit à la majoration MPT, lors de l'initiation de la prise en charge. Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

- Majoration SGE pour une consultation complexe de prise en charge d'un enfant ou adolescent présentant une scoliose grave évolutive par un

rhumatologue, un spécialiste de médecine physique et réadaptation ou un chirurgien

Lors de la consultation complexe effectuée dans le cadre du parcours de soins coordonné pour un enfant ou un adolescent présentant une scoliose grave évolutive le médecin, réalise l'évaluation initiale et la mise en œuvre de la prise en charge thérapeutique en lien avec le médecin traitant.

A l'issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical. Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le rhumatologue, le médecin de médecine physique et réadaptation (MPR) ou un chirurgien doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration SGE.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**, pour la première consultation du patient pour scoliose grave évolutive.

- **Majoration PTG pour une première consultation de prise en charge d'un patient porteur d'une thrombophilie grave héréditaire, par un médecin spécialiste en médecine vasculaire, un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire, un médecin gynécologue ou gynécologue-obstétricien**

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, pour la première consultation spécifique de prise en charge d'un patient porteur d'une thrombophilie grave héréditaire déjà diagnostiquée, le médecin rédige un compte rendu qu'il transmet au médecin traitant. Le médecin peut procéder à la prescription du traitement en collaboration avec le médecin traitant chargé du suivi habituel et de l'application de la thérapeutique.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le médecin spécialiste en médecine vasculaire ou le médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou le médecin gynécologue ou gynécologue-obstétricien au cours de la grossesse, doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration PTG.

Une seule consultation par praticien et par patient ouvre droit à la majoration PTG, lors de l'initiation d'un traitement, d'une surveillance ou au cours de la même grossesse.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

- **Majoration MMF pour une première consultation initiant un traitement complexe de prise en charge d'un patient atteint de mycose ou de fibrose pulmonaire par un pneumologue**

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, lors de la première consultation effectuée pour l'initiation d'un traitement complexe pour un patient atteint de mycose ou de fibrose pulmonaire le médecin met en œuvre la prise en charge thérapeutique.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le pneumologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MMF.

Une seule consultation par patient ouvre droit à la majoration MMF, lors de l'initiation de la prise en charge.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

- **Majoration MCA pour une consultation complexe de prise en charge d'un patient présentant un asthme déstabilisé par un pneumologue ou un pédiatre avec une compétence spécifique en pneumologie**

Lors de cette consultation complexe, réalisée dans le cadre du parcours de soins coordonné, pour un patient présentant un asthme déstabilisé avec un risque d'aggravation pouvant conduire à une hospitalisation, le médecin adapte le traitement en lien avec le médecin traitant.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le pneumologue ou le pédiatre ayant des compétences en pneumologie doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MCA.

Celle-ci est facturable une fois par an et par patient, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Cette facturation peut cependant être réitérée dans l'année en cas de décompensation (aggravation manifeste) de l'asthme nécessitant une modification de la prise en charge.

- **Majoration PPR pour une consultation complexe de prise en charge d'un patient présentant un épisode aigu ou une aggravation d'une polyarthrite rhumatoïde évolutive sévère, par un rhumatologue**

La consultation effectuée dans le cadre du parcours de soins coordonné par le rhumatologue pour un patient présentant un épisode aigu ou une aggravation d'une polyarthrite rhumatoïde se définissant comme évolutive sévère selon les référentiels scientifiques en vigueur, comporte l'évaluation de la situation, la

mise en œuvre de la prise en charge et du suivi en lien avec le médecin traitant.

A l'issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le rhumatologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration PPR.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

06/11/18 - Majoration PPN pour une consultation complexe de prise en charge d'un patient atteint de maladie neurodégénérative ou d'épilepsie instable, en cas d'épisode aigu ou de complication, par un neurologue ou un pédiatre avec une compétence spécifique en neurologie

La consultation complexe réalisée dans le cadre du parcours de soins coordonné concerne la consultation effectuée :

- par un neurologue auprès d'un patient traité pour une maladie neurodégénérative ou une épilepsie ;

- par un pédiatre présentant une compétence spécifique en neurologie auprès d'un patient traité pour une épilepsie, avec une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : instabilité de la maladie, épisode aigu, complication nécessitant une révision du traitement.

Cette consultation s'inscrivant dans le cadre du parcours de soins coordonné, permet sur la base du bilan clinique et paraclinique d'identifier ou de confirmer une instabilité, une aggravation ou une complication, d'adapter ou d'élaborer un nouveau traitement qui inclut le cas échéant l'organisation des soins spécialisés en lien avec un centre de référence, éventuellement en réseau, dans le respect des référentiels en vigueur, en prenant en compte les attentes et préférences du patient.

A l'issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical du patient. Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par les neurologues et les pédiatres présentant une compétence spécifique en neurologie doit donner lieu à l'inscription du code majoration PPN dans le dossier médical du patient.

Elle est facturable une fois par an et par patient, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Cette facturation peut cependant être réitérée dans l'année du fait d'un épisode aigu ou d'une complication nécessitant une révision du projet thérapeutique.

- **Majoration MCT pour une consultation complexe de prise en charge de patients cérébro-lésés ou traumatisés médullaires, par un spécialiste de médecine physique et réadaptation, un neurologue ou un pédiatre avec une compétence spécifique en neurologie**

Lors de cette consultation effectuée dans le cadre du parcours de soins coordonné pour un patient présentant des séquelles invalidantes de traumatisme médullaire, des séquelles physiques ou mentales handicapantes d'un traumatisme crânien grave, ou des séquelles handicapantes à 6 mois d'un traumatisme crânien plus léger, le médecin réalise une synthèse des différents bilans réalisés et élabore un projet thérapeutique de rééducation personnalisé et pluridisciplinaire (neuromoteur, cognitif et psycho-comportemental...).

Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par un médecin de médecine physique et réadaptation (MPR), un neurologue ou un pédiatre ayant des compétences en neurologie doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MCT.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Le nombre de majorations facturées via le code prestation agrégé **MCX** est de 4 au plus par patient et par an.

- **Majoration SLA pour une consultation complexe de prise en charge d'un patient présentant des séquelles lourdes d'accident vasculaire cérébral, par un neurologue ou un spécialiste de médecine physique et de réadaptation**

La consultation complexe d'un patient présentant, après le traitement initial d'un accident vasculaire cérébral, des séquelles neurologiques invalidantes et nécessitant une prise en charge coordonnée médicale et paramédicale incluant une rééducation active.

Cette consultation se conclut par la réévaluation et l'organisation du suivi du plan de soins et du projet thérapeutique en tenant compte des attentes du patient et de l'évaluation psychosociale des aidants.

A l'issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par les neurologues ou les médecins spécialistes de

médecine physique et réadaptation doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration SLA.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Le nombre de majorations facturées via le code prestation agrégé **MCX** est de 4 au plus par patient et par an.

- **Majoration MSP de suivi par le pédiatre de l'enfant de moins de 7 ans, né prématuré de 32 semaines d'aménorrhée (SA) plus 6 jours à 36 SA plus 6 jours.**

Lors de cette consultation annuelle de suivi d'un enfant de moins de 7 ans, né prématuré, entre 32 semaines d'aménorrhée (SA) plus 6 jours à 36 SA plus 6 jours, le pédiatre :

- réalise un bilan moteur et sensoriel de l'enfant et un suivi de son développement neuro-psychologique ;
- conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique ;
- inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le pédiatre doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MSP.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Celle-ci est facturable à tarif opposable une fois par an, via le code prestation agrégé **MCX**.

- **Majoration POG pour une consultation complexe de prise en charge d'un enfant atteint d'une pathologie oculaire grave ou d'une déficience neurovisuelle dans le cadre d'une pathologie générale, par un ophtalmologue**

La consultation spécifique de prise en charge d'un enfant ayant :

- soit une pathologie ophtalmologique : glaucome congénital, cataracte congénitale, rétinopathie du prématuré, rétinopathie congénitale, strabisme avec amblyopie ou risque d'amblyopie, nystagmus congénital ;
- soit une déficience neurovisuelle liée à une pathologie générale : prématurité, autisme, retard mental.

Cette consultation complexe implique l'élaboration d'un protocole thérapeutique et sa mise en œuvre, la prescription éventuelle de rééducation et son suivi, la

coordination avec l'ensemble de l'équipe paramédicale et éducative en charge de l'enfant.

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, l'ophtalmologiste inscrit les conclusions diagnostiques et thérapeutiques dans le dossier médical et un compte rendu de consultation est transmis au médecin traitant par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par l'ophtalmologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration POG.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Celle-ci est facturable via le code prestation agrégé **MCX**.

- **Majoration Pathologie Endocrinienne de la Grossesse (PEG) pour une consultation complexe de la prise en charge et du suivi d'une femme enceinte par un endocrinologue, un gynécologue, un gynécologue-obstétricien**

Dans le cadre du parcours de soins, lors de la consultation complexe pour la prise en charge et le suivi d'une femme enceinte ayant une pathologie endocrinienne le médecin met en œuvre la prise en charge en lien avec le médecin traitant, avec l'institution des critères de surveillance et oriente vers le niveau de maternité adéquat.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par un endocrinologue, un gynécologue ou un gynécologue-obstétricien donne droit à une majoration, dénommée Majoration Pathologie Endocrinienne de la Grossesse (PEG).

Cette consultation, doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration PEG, celle-ci est facturable au tarif opposable.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Le nombre de consultations facturées est de 4 au plus, par grossesse, via le code prestation agrégé **MCX**.

28/05/20 B) Consultation complexe pour les chirurgiens-dentistes

- **Consultation bucco-dentaire complexe du chirurgien-dentiste pour un patient atteint de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap**

Cette consultation bucco-dentaire complexe réalisée par un chirurgien-dentiste

pour un patient atteint de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap est dénommée CBX.

Elle est facturable selon les consignes de la « grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap » définies à l'annexe XX de l'avenant 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes signée le 21 juin 2018.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

21/06/17 Article 15.9 – Consultations et majorations très complexes

03/10/19 Ces consultations et majorations correspondent à une prise en charge particulièrement difficile et complexe, ne recouvrant qu'un nombre limité et défini de situations cliniques et de prises en charges. Elles s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins.

a) Consultations très complexes

Les codes consultations CGP, EPH et CTE et MPH listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCE.

Ces consultations très complexes doivent être facturées à tarif opposable. Elles n'ouvrent pas droit aux majorations pédiatriques (article 14.6 de la NGAP) et à la majoration MEG (article 14.7 de la NGAP).

29/04/20 Elles ne sont pas cumulables ni avec la majoration MPC (article 2 bis de la NGAP) ni avec les majorations de coordination mentionnées à l'article 16.2 et à l'annexe 11 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Les consultations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une majoration complexe ou très complexe.

Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

13/01/22

- Consultation très complexe dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap : MPH

Cette consultation très complexe réalisée par un médecin doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation MPH. Afin

de facturer la consultation très complexe le code prestation à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est CCE. Elle est facturable dans les deux contextes suivants (1) et (2).

1) Remplissage complet du premier certificat médical de la MDPH

La consultation très complexe MPH permet de valoriser le travail de remplissage complet du certificat médical obligatoire, permettant à la MDPH d'attribuer les droits et prestations à la personne en situation de handicap de façon pertinente.

Conformément au guide pour l'utilisation du certificat médical à destination de la MDPH, le certificat doit contenir les éléments cliniques avec des informations sur les retentissements dans la vie quotidienne et le cas échéant le diagnostic. La MDPH a besoin de connaître :

- les difficultés rencontrées dans les différents domaines de la vie, les compensations si elles existent;
- les difficultés rencontrées au quotidien dans le cadre familial, social et professionnel ou scolaire, la régularité ou le caractère fluctuant des troubles;
- les informations sur la nature et la posologie des thérapeutiques, sur la prise en charge avec une description des contraintes et des effets secondaires éventuellement présentés.

Les différents comptes-rendus médicaux, paramédicaux ainsi que des informations complémentaires au certificat : comptes-rendus récents d'hospitalisations, de consultations spécialisées ou de prises en charge paramédicales (psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, etc.) peuvent être utilement joints au certificat médical avec l'accord du patient.

En cas de déficiences sensorielles les volets CERFA ORL ou ophtalmologique doivent être joints au certificat médical MDPH.

Un certificat est considéré comme complet lorsqu'il contient les informations sur le retentissement de la pathologie concernée dans la vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle ou scolaire.

La facturation de la MPH n'est pas autorisée pour le remplissage du certificat médical simplifié ou pour les volets CERFA ORL ou ophtalmologique.

La MPH est facturable une seule fois par patient au titre du remplissage du certificat médical complet tel décrit ci-dessus joint au premier dépôt de dossier MDPH du patient.

2) Passage de dossier entre l'ancien et le nouveau médecin traitant pour des patients avec handicap sévère

La consultation très complexe MPH permet de valoriser le travail d'échanges d'informations entre l'ancien et le nouveau médecin traitant ou entre un pédiatre et le nouveau médecin traitant (hors ou en présence du patient) permettant de favoriser une continuité de prise en charge dans les meilleures conditions du patient en situation de handicap sévère. La situation de handicap sévère est comprise ici comme l'altération des capacités de décision ou d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne, nécessitant la présence d'un aidant.

L'ancien et le nouveau médecin traitant facturent chacun la MPH.

- **Consultation très complexe de prise en charge d'un enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère nécessitant un suivi régulier par le pédiatre.**

Lors de cette consultation très complexe pour un enfant atteint d'une pathologie chronique grave ou d'un handicap neurosensoriel sévère, le pédiatre :

- réalise le suivi somatique, sensoriel et neuro-psychologique de l'enfant ;
- conseille et informe les parents sur l'évolution de la pathologie ou du handicap de l'enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique ;
- inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation réalisée par le pédiatre doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation EPH.

Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCE.

Une consultation au plus par patient et par trimestre peut être facturée, via le code prestation agrégé CCE.

- **Consultation très complexe de suivi de l'enfant de moins de 7 ans, né grand-prématuré ou atteint d'une pathologie congénitale grave, par le pédiatre.**

Lors de cette consultation très complexe de suivi d'un enfant de moins de 7 ans, né grand-prématuré (moins 32 SA plus 6 jours) ou atteint d'une pathologie congénitale grave, le pédiatre :

- réalise le suivi moteur, sensoriel et neuro-psychologique de l'enfant ;
- conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique ;
- inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit

être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation réalisée par le pédiatre doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation CGP.

Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCE.

Le nombre de consultations facturées est de 2 au plus par patient et par an, jusqu'à la veille des 7 ans de l'enfant, via le code prestation agrégé CCE.

06/11/18 - **Consultation de repérage des signes de trouble du neuro-développement**
13/01/22 **(TND) : CTE**
29/09/22

Cette consultation très complexe est réalisée par un médecin généraliste ou un pédiatre, dans le but de confirmer ou d'infirmer un risque de TND chez un enfant, présentant des signes inhabituels du développement, à partir de signes d'alerte selon les recommandations HAS.

La consultation dédiée à la recherche d'un TND comprend un examen clinique approfondi, le dépistage d'un trouble auditif ou visuel, des tests de repérage de TND adaptés à l'âge de l'enfant selon les recommandations HAS.

Le médecin doit être en capacité de réaliser et interpréter ces différents tests de repérage par le biais d'une formation spécifique.

Le cas échéant, le médecin engage le parcours de bilan et d'intervention précoce et adresse la famille à la structure pluriprofessionnelle chargée de le coordonner ou oriente vers la 2e ligne. Si le médecin n'est pas le médecin traitant de l'enfant, il fait un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation doit donner lieu à l'inscription du code consultation CTE dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCE. Une consultation au plus par patient peut être facturée.

Quel que soit le motif médical de la consultation, une seule consultation de repérage CTE peut être facturée par enfant.

- **Consultation de repérage d'un trouble de la relation précoce parents-enfant : CTE**

Cette consultation très complexe est réalisée par un médecin généraliste ou un pédiatre, dans le but de confirmer ou d'infirmer un risque de trouble de la relation précoce parents-enfant chez un enfant présentant des signes inhabituels du développement.

Cette consultation dédiée, essentiellement clinique, est réalisée en présence d'au moins l'un des deux parents. Elle comprend un examen clinique approfondi de l'enfant, la recherche d'un état psychopathologique parental et une étude des interactions parents-enfant.

Cette consultation doit donner lieu à l'inscription du code consultation CTE dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'assurance maladie sur la

feuille des soins (électronique ou papier) est CCE. Une consultation au plus par patient peut être facturée.

Quel que soit le motif médical de la consultation, une seule consultation de repérage CTE peut être facturée par enfant.

b) Majorations pour consultations très complexes

Les codes majorations IGR, CPM, MMM, MIS, PIV, MPB, MAV et MIA listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

Ce code prestation MTX peut être facturé dès lors que le médecin est en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Les majorations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une consultation complexe ou très complexe. Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

- Majoration IGR pour une consultation très complexe d'un patient ayant une maladie rénale chronique évolutive (stade 4 ou 5) en vue d'une orientation vers un parcours de greffe rénale, par un médecin néphrologue

La consultation de synthèse d'un patient ayant une maladie rénale chronique évolutive (stade 4 ou 5) en vue d'une orientation vers une équipe de greffe rénale, s'inscrit dans le cadre du parcours coordonné de soins, au terme de l'évaluation des conditions médicales permettant d'établir l'éligibilité à la greffe. Elle comporte éventuellement le contact avec l'équipe de transplantation afin de valider la pertinence d'engager le bilan de pré transplantation.

Cette consultation permet d'informer le patient de l'ensemble des étapes du bilan de pré transplantation, de ses modalités de réalisation ; ainsi que sur les étapes du bilan dans le cas d'un donneur vivant et de recueillir son consentement. Le patient est informé des bénéfices, des risques et des conséquences des différentes options thérapeutiques.

Le médecin néphrologue inscrit les conclusions de cette synthèse dans le dossier médical et un compte rendu de consultation est mis à disposition du médecin traitant et de l'équipe de transplantation par courrier ou par voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le néphrologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration IGR.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le

code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, pour l'orientation vers une équipe de greffe via le code prestation agrégé **MTX**.

- **Majoration CPM pour une consultation initiale, très complexe, d'information des parents et d'organisation de la prise en charge, par le chirurgien pédiatrique, en cas de malformation congénitale grave de l'enfant nécessitant une prise en charge chirurgicale.**

Lors de cette consultation, inscrite dans le cadre du parcours coordonné de soins, le chirurgien pédiatrique :

- informe les parents de la pathologie de leur enfant, de son pronostic, de la prise en charge envisagée et des résultats prévisibles escomptés ;
- coordonne la prise en charge et précise les autres intervenants médicaux et paramédicaux éventuellement impliqués dans cette prise en charge.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le chirurgien pédiatrique doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration CPM.

06/11/18 Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation de la prise en charge, via le code prestation agrégé **MTX**.

- **Majoration MMM pour la consultation initiale, très complexe, d'information des parents et d'organisation de la prise en charge, par un gynécologue-obstétricien ou un gynécologue, en cas de malformation congénitale ou de maladie grave du fœtus, diagnostiquée en anténatal.**

Lors de cette consultation très complexe le gynécologue-obstétricien ou le gynécologue informe les parents de la pathologie, des conséquences pour l'enfant, du pronostic à moyen et long terme et des différentes prises en charge possibles. Il oriente le cas échéant vers une équipe spécialisée pour la poursuite de la prise en charge.

Selon la pathologie diagnostiquée, il informe et coordonne cette prise en charge avec les autres intervenants médicaux.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le gynécologue-obstétricien ou le gynécologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration

MMM.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation de la prise en charge, via le code prestation agrégé **MTX**.

**06/11/18
13/01/22** - **Majoration MIS pour une consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer, d'une pathologie neurologique grave, d'une pathologie neurodégénérative ou d'un trouble du neuro-développement**

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, la consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient intervient après une consultation d'annonce pour :

- une pathologie grave. Par pathologie grave, on entend : cancer, pathologie neurologique avec potentiel évolutif et/ou à caractère chronique, pathologie neurodégénérative.
- un trouble du neuro-développement selon la définition dans les recommandations de la HAS.

A l'issue de la consultation, les orientations thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical.

Le cas échéant si cette consultation n'est pas réalisée par le médecin traitant un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MIS.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, via le code prestation agrégé **MTX**.

- **Majoration PIV pour la consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient ayant une infection par le virus de l'immunodéficience humaine**

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, la consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient intervient après une consultation d'annonce pour une infection par le virus de l'immunodéficience

humaine. Le cas échéant si cette consultation n'est pas réalisée par le médecin traitant un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration PIV.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation de la prise en charge via le code prestation agrégé **MTX**.

06/11/18

- **Majoration MPB pour la consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation du suivi d'un patient traité par biothérapie (anti-TNF alpha) pour une pathologie inflammatoire par un rhumatologue, un dermatologue, un médecin interniste ou un gastro-entérologue**

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, la consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge s'adresse à un patient ayant un traitement par biothérapie (anti-TNF alpha déjà initié). Les pathologies inflammatoires concernées sont celles ouvrant droit à une Affection de Longue Durée à savoir :

- la polyarthrite rhumatoïde active, la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique, dès lors que la prise en charge pour le suivi est assurée par un médecin rhumatologue ou un médecin de médecine interne ;
- le psoriasis dès lors qu'il s'agit d'une forme sévère par son étendue et/ou son retentissement et que la prise en charge pour le suivi est assurée par un dermatologue ;
- la maladie de Crohn, la rectocolite hémorragique dès lors que la prise en charge pour le suivi est assurée par un médecin gastro-entérologue.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le rhumatologue, le dermatologue, le médecin de médecine interne ou le gastro-entérologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MPB.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation du suivi via le code prestation agrégé **MTX**.

- **Majoration MAV pour la consultation initiale très complexe d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient ayant une maladie de système par un rhumatologue, un médecin de médecine interne, ou un dermatologue**

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, la consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient ayant une maladie auto-immune avec atteinte viscérale ou articulaire ou une vascularite systémique déjà diagnostiquée, doit donner lieu à la rédaction de conclusions thérapeutiques.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le rhumatologue, le médecin de médecine interne ou le dermatologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MAV.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation du suivi via le code prestation agrégé **MTX**.

06/11/18

- **Majoration MIA pour la consultation initiale très complexe d'un patient présentant une anisocorie ou une diplopie avec composante paralytique ou un ptosis d'origine neurogène, par un neurologue ou par un ophtalmologue.**

La consultation initiale d'un patient présentant une anisocorie ou une diplopie brutale ou récente avec composante paralytique ou un ptosis d'origine neurogène s'inscrit dans le cadre du parcours coordonné de soins.

Elle permet d'identifier la localisation et le mécanisme potentiel de l'atteinte neuro-ophtalmologique sur la base des arguments cliniques, d'orienter et hiérarchiser la recherche étiologique, d'identifier les situations de grande urgence afin d'orienter le patient dans la filière de soins adaptée. Elle inclut un temps d'information du patient et, un temps de coordination de la prise en charge pour la gestion de l'urgence.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation réalisée par le médecin spécialiste en neurologie ou en ophtalmologie doit donner lieu à l'inscription du code majoration MIA dans le dossier médical du patient.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille (électronique ou papier) à l'assurance

maladie est MTX.

06/12/05 L'article 18. Consultation faisant intervenir deux médecins est remplacé par :

A. - Consultation entre deux médecins généralistes

Consultation avec un confrère au cabinet d'un des deux praticiens :

- pour le médecin au cabinet duquel la consultation a lieu : C 1,5
- pour le second médecin : V 1,5

24/07/17 B. Avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins

Principes

24/03/17 L'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant ou, par dérogation pour le médecin spécialiste en stomatologie, ou en chirurgie orale/chirurgie maxillo-faciale à la demande explicite du chirurgien-dentiste.

Le médecin correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant ou au chirurgien-dentiste ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au médecin traitant ou au chirurgien-dentiste la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

08/04/13

Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les 4 mois suivants pour la même pathologie.

Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués dans le même temps, à l'exception :

24/03/17

25/09/13

17/12/13

28/05/20

- de la radiographie pulmonaire pour le pneumologue ;
- de l'ostéodensitométrie sur deux sites par méthode biphotonique pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation ;
- de l'électrocardiogramme ;
- du prélèvement cervicovaginal (JKHD001). Ce prélèvement n'est pris en charge que dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin selon les recommandations de la HAS en vigueur ;
- des actes de biopsies suivants :
 - QZHA001 : Biopsie dermoépidermique, par abord direct
 - QZHA005 : Biopsie des tissus souscutanés superficiels, par abord direct
 - BAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de paupière
 - CAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de la peau de l'oreille externe
 - CAHA002 : Biopsie unilatérale ou bilatérale du cartilage de l'oreille externe
 - GAHA001 : Biopsie de la peau du nez et/ou de la muqueuse nasale
 - HAHA002 : Biopsie de lèvre
 - QEHA001 : Biopsie de la plaque aréolomamelonnaire
 - JHHA001 : Biopsie du pénis

- JMHA001 : Biopsie de la vulve
dans ce cas, l'acte technique est tarifé à 50% de sa valeur.

Le médecin traitant ou le chirurgien-dentiste s'engage par ailleurs à ne pas solliciter, pour un patient donné, un avis ponctuel de consultant de même spécialité et pour la même pathologie, plus d'une fois tous les 4 mois ; dans le cas où il juge nécessaire de solliciter un nouvel avis ponctuel dans ce délai, il en informe dans le même temps le service du contrôle médical.

25/09/13

La cotation d'un avis ponctuel de consultant ne s'applique pas aux consultations réalisées dans le cadre de prises en charge protocolisées (soins itératifs) ou de séquences de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant.

Dérogations

03/10/19

a) Lorsqu'un médecin spécialiste correspondant a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient lors d'une nouvelle consultation. Dans ce cas, la première consultation est cotée via un code prestation d'avis ponctuel de consultant et la seconde est valorisée par une CS. Ce médecin ne facture jamais d'actes techniques dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant, autres que ceux autorisés, comme le précisent les principes ci-dessus.

b) Lorsque le médecin spécialiste a besoin d'actes techniques complémentaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic. Dans ce cas, la première consultation est cotée via un code prestation d'avis ponctuel de consultant et les actes techniques sont facturés selon les règles de facturation en vigueur. Ce médecin ne facture jamais de CS dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant.

Dans ces deux cas, les résultats du bilan complémentaire ou des actes techniques devront obligatoirement éclairer l'avis ponctuel du consultant qui devra y faire référence dans ses conclusions transmises au médecin traitant.

c) Lorsqu'un médecin spécialiste correspondant a rendu un avis ponctuel de consultant et que l'état du patient nécessite, pour la même pathologie et avant la fin du délai de 4 mois, une consultation complexe ou très complexe, au sens de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016, il peut facturer celle-ci selon les conditions définies aux articles 15.8 et 15.9 de la NGAP.

Cette disposition ne s'applique pas aux consultations suivantes telles que définies dans la convention aux articles 28.3 et 28.4 : CCP, COE, IGR, EPH, CGP, MSP et CSO.

d) Le psychiatre ou le neuropsychiatre, en cas de séquence de soins nécessaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, peut revoir le patient une ou deux fois dans les semaines suivant son avis ponctuel de consultant. Dans ce cas, la première consultation sera cotée APY, et les suivantes dans la limite de deux consultations, seront cotées CNPSY.

Champ et honoraires

a) Médecins spécialistes

L'avis ponctuel de consultant est accessible aux spécialistes suivants : médecins anciens internes d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier universitaire, médecins titulaires d'un certificat d'études spécialisées ou d'un diplôme d'études spécialisées et ayant obtenu à ce titre la qualification de spécialiste dans la discipline où ils sont consultés, médecins spécialistes qualifiés en médecine générale par l'Ordre des médecins, agissant à titre de consultants, à la demande explicite du médecin traitant.

b) Honoraires

L'avis ponctuel de consultant peut être facturé, s'il répond aux conditions rappelées au paragraphe ci-dessus intitulé « Principes »:

- APC : Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet du médecin spécialiste
- APV : Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade
- APY: Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre ou d'un neurologue
- AVY: Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre ou par un neurologue

Cas particuliers

Avis ponctuel de consultant des chirurgiens

03/10/19 Les chirurgiens agissant à titre de consultants, à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant, peuvent coter un APC, y compris quand ils pratiquent eux-mêmes l'intervention, sous condition de l'envoi d'un compte rendu écrit au médecin traitant et le cas échéant également au spécialiste correspondant. Cette cotation APC s'applique aussi lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

Avis ponctuel de consultant des professeurs des universités-praticiens hospitaliers

Les professeurs des universités-praticiens hospitaliers en activité dans ces fonctions, agissant à titre de consultant à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant cotent leur avis ponctuel de consultant APU.

18/12/18
03/10/19 C. Avis ponctuel de consultant du chirurgien-dentiste spécialiste

L'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un chirurgien-dentiste spécialiste en médecine bucco-dentaire ou en chirurgie orale à la demande

explicite du chirurgien-dentiste ou du médecin.

Le chirurgien-dentiste spécialiste correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au chirurgien-dentiste ou au médecin ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au chirurgien-dentiste ou au médecin la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

Le chirurgien-dentiste consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les 4 mois suivants pour la même pathologie.

Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués dans le même temps.

Le chirurgien-dentiste ou le médecin s'engage par ailleurs à ne pas solliciter, pour un patient donné, un avis ponctuel de consultant de même spécialité et pour la même pathologie, plus d'une fois tous les 4 mois ; dans le cas où il juge nécessaire de solliciter un nouvel avis ponctuel dans ce délai, il en informe dans le même temps le service du contrôle médical.

Dérogations

a) Lorsqu'un chirurgien-dentiste spécialiste correspondant a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient lors d'une nouvelle consultation. Dans ce cas, la première consultation est cotée via un code prestation d'avis ponctuel de consultant et la seconde est valorisée par une CS. Ce chirurgien-dentiste spécialiste ne facture jamais d'actes techniques dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant.

b) Lorsque le chirurgien-dentiste spécialiste a besoin d'actes techniques complémentaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic. Dans ce cas, la première consultation est cotée via un code prestation d'avis ponctuel de consultant et les actes techniques sont facturés selon les règles de facturation en vigueur. Ce chirurgien-dentiste ne facture jamais de CS dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant.

Dans ces deux cas, les résultats du bilan complémentaire ou des actes techniques devront obligatoirement éclairer l'avis ponctuel du consultant qui devra y faire référence dans ses conclusions transmises au chirurgien-dentiste ou au médecin.

12/05/23 **15/01/24** **Article. 18.2.** – Consultation initiale d'inscription d'un médecin en tant que médecin traitant pour un patient relevant d'une ALD exonérante

Cette consultation dénommée [IMT] est facturable lorsque le médecin est déclaré médecin traitant d'un patient relevant d'une affection longue durée ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur.

L'IMT doit être facturée à tarif opposable et n'est facturable qu'une seule fois par patient.

Cette consultation très complexe ne se cumule ni avec la majoration prévue à l'article 2 bis (MPC), ni avec la facturation d'une majoration de coordination au

sens du texte conventionnel en vigueur.

Elle n'ouvre pas droit aux majorations pédiatriques (article 14.6 de la NGAP) et à la majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste (article 14.7 de la NGAP).

Article 19. Assistance du praticien traitant à une intervention chirurgicale

- Au deuxième et troisième paragraphes, inscrire : « K10 pour les actes dont le tarif est compris entre 104,50 € et 167, 20 € » et « K15 pour les actes dont le tarif est supérieur à 167,20 € ».

Article 20. Honoraires de surveillance médicale dans les cliniques ouvertes des établissements publics et dans les établissements privés

- les deux premiers alinéas sont ainsi modifiés :

« Les honoraires forfaitaires de surveillance des malades hospitalisés ne se cumulent pas avec ceux des actes en K de la Nomenclature générale des actes professionnels ou avec ceux des actes de la Classification commune des actes médicaux, à l'exception des actes d'imagerie.

D'autre part, sont compris dans l'honoraire de surveillance les injections sous-cutanées, intradermiques, intraveineuses, intramusculaires ou autres actes figurant au Titre XVI de la Nomenclature générale des actes professionnels ou à la Classification commune des actes médicaux ».

- au paragraphe b) clinique chirurgicale

au 1°, la mention « Si l'acte est d'un coefficient égal ou supérieur à 15 », est complétée par « ou d'un tarif égal ou supérieur à 31,35 euros »,
au 2°, la mention « Si l'acte est d'un coefficient inférieur à 15 » est complétée par « ou d'un tarif inférieur à 31,35 euros ».

23/08/07 Remplacer les mots « 20 jours » par les mots « 15 jours » et les mots « 20^e jour » par « 15^e jour ».

23/08/07 - et au paragraphe c) clinique obstétricale, remplacer les mots « 20 jours » par les mots « 15 jours » et les mots « 20^e jour » par « 15^e jour ».

03/10/19 **Article 22. Consultation pré-anesthésique en vue d'une intervention programmée selon les articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du code de la santé publique et première consultation de l'anesthésiste-réanimateur en vue d'une intervention non programmée**

a) Consultation pré-anesthésique en vue d'une intervention programmée selon les articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du code de la santé publique

Dans le cadre de la consultation pré-anesthésique en vue d'une intervention programmée selon les articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du code de la santé publique le médecin anesthésiste-réanimateur note sa consultation en CS. Cette consultation peut donner lieu à une cotation APC pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification de l'American Society of Anesthesiologists (classification ASA). Le dossier d'anesthésie comporte les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient.

Cette consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin

anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant.

Cette consultation se fait dans le respect du parcours de soins coordonnés défini dans le Titre 2 de la convention médicale : « médecin traitant vers médecin correspondant avec nécessité d'une séquence de soins impliquant un ou plusieurs intervenants : cette séquence de soins est réalisée en concertation avec le médecin traitant. Le patient est alors orienté vers les médecins correspondants sans passage par le médecin traitant. »

b) Première consultation de l'anesthésiste-réanimateur en vue d'une intervention non programmée lorsque cette intervention est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du patient

Dans le cadre d'une intervention non programmée pratiquée en urgence et entraînant une hospitalisation, l'anesthésiste-réanimateur qui examine pour la première fois le patient, hospitalisé ou non, note sa consultation en CS même si elle est suivie d'un acte d'anesthésie, les honoraires de cette consultation n'étant pas compris dans le forfait d'anesthésie.

Cette consultation peut donner lieu à une cotation APC pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification ASA. Le dossier d'anesthésie comporte les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient.

Cette consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant.

Cette CS ou APC ne peuvent se cumuler ni avec l'honoraire de surveillance ni avec un acte de la CCAM autre que l'acte d'anesthésie ou les actes autorisés en cumul avec la CS ou l'APC. Dans le cadre de l'urgence justifiée par l'état du malade, la consultation effectuée la nuit ou le dimanche et jours fériés, donne lieu, en plus de la CS ou l'APC à une majoration définie à l'article 14 de la NGAP.

Dans le cadre d'une nouvelle intervention durant un délai de 4 mois après la facturation de l'APC initiale, l'anesthésiste ne peut pas facturer un nouvel APC. Dans ce cas il facture la consultation CS même si le patient est en état clinique au niveau 3 ou supérieur de la classification ASA.

L'article 23 – Dispositions particulières aux actes de chirurgie, l'article 24 – Dispositions particulières relatives au forfait d'accouchement, lorsque celui-ci est réalisé par le médecin, l'article 25 – Forfait pour macrobiopsie de lésion(s) de la glande mammaire et l'article 26 – Majoration transitoire pour certaines spécialités, sont abrogés.

2. A la deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Le Titre Ier. Actes de traitement des lésions traumatiques est abrogé à

23/08/07

l'exception au Chapitre III. – (Plaies récentes ou anciennes), de l'acte suivant :
Nettoyage ou pansement d'une brûlure :
- surface au-dessous de 10 cm² : K 9
- surface inférieure à 10 % de la surface du corps : K 16
Ces chiffres sont à majorer de 50 % s'il s'agit de plaies ou brûlures de la face ou des mains.

Le Titre II. Actes portant sur les tissus en général est abrogé à l'exception des dispositions suivantes :

08/10/08

- Au chapitre I – Peau et tissu cellulaire sous-cutané :
 - Prélèvements aseptiques à différents niveaux des muqueuses ou de la peau, quel qu'en soit le nombre pour examen cytologique, bactériologique, parasitologique, mycologique ou virologique à l'exception de biopsies 3
 - Prélèvement simple de peau ou de muqueuse pour examen histologique 5
 - Prélèvement de peau suivi de suture pour examen histologique 7
 - Si ce dernier prélèvement est effectué sur les parties découvertes de la tête, du cou ou des mains 10
 - Ponction d'abcès ou de ganglion 3
- Au chapitre III – Os
Ponction biopsique osseuse 5
- Au chapitre IV – Articulations
Ponction articulaire à l'aiguille ou au trocart :
 - toutes articulations sauf la hanche 5
 - hanche 10
- Au chapitre V – Vaisseaux, Section II. – Artères et veines

Article premier. Ponctions vasculaires et actes de transfusion sanguine
 - Ponction d'un tronc veineux de la tête et du cou 3
 - Ponction artérielle percutanée 5

Article 3. Cancérologie

Chimiothérapie anticancéreuse dans le cadre d'une structure à compétence carcinologique (à l'exception des perfusions par pompes portables ou implantables).

Chaque série de séances de chimiothérapie est soumise à la formalité de l'entente préalable et doit comporter l'établissement d'un protocole adressé au contrôle médical dans le même temps.

Séance de perfusion de substances antimétaboliques, quels que soient le ou les produits utilisés :

- perfusion courte (« bolus »), par séance d'une durée inférieure à six heures 15 E
- perfusion semi-continue, par séance d'une durée égale ou supérieure à six heures et inférieure à vingt-quatre heures 20 E
- perfusion continue de durée égale ou supérieure à vingt-quatre heures

heures, par séance de vingt-quatre heures	30 E
Surveillance intensive dans un établissement à compétence carcinologique, pratiquant la chimiothérapie ambulatoire et/ou la radiothérapie de haute énergie, d'un malade atteint d'une affection maligne et présentant :	
- soit un accident aigu (du type aplasie médullaire, choc consécutif à un traitement chimiothérapique et/ou radiothérapique, compression médiastinale, syndrome abdominal aigu iatrogène, dysphagie majeure, etc.), par séance de vingt-quatre heures pour une période limitée à sept jours, renouvelable sur entente préalable ³⁰	
- soit un état précaire prolongé nécessitant des soins constants (antalgiques majeurs, équilibrage du métabolisme, prévention de complications graves, traitement d'une détérioration sévère de l'état nutritionnel), par séance de vingt-quatre heures, pour une période d'un mois, renouvelable sur entente préalable	10 E
- Au chapitre VI. – Nerfs	
1°. Infiltrations percutanées :	
Branches terminales du trijumeau (sus et sous-orbitaire, à l'épine de Spix, mentonnier, dans le canal palatin postérieur, etc.)	5
Titre III. Actes portant sur la tête	
- Le chapitre Ier – Crâne et encéphale est abrogé, à l'exception des dispositions suivantes, pour les médecins relevant de l'article III-1 du Livre III :	
Article premier – Investigations neurologiques centrales et périphériques : Ponction lombaire ou sous occipitale avec ou sans injection médicamenteuse avec ou sans épreuve au manomètre de Queeckenstaett Stockey	8
- Le chapitre II – Orbita – Œil	
Les articles 1 à 11 sont abrogés, L'article 12 devient l'article premier.	
- Le chapitre III – Oreille est abrogé	
- Le chapitre IV – Face est abrogé à l'exception des actes suivants :	
Article 2 – Sinus Ponction isolée du sinus maxillaire	10
Article 3 : Traitement de diverses lésions de la face Traitement chirurgical d'une cellulite ou adénite génienne (incision ou drainage filiforme)	10 KC
- Le chapitre V – Bouche – Pharynx (parties molles) est abrogé, à l'exception des actes suivants :	
Article 2 – Langue Excision et suture d'une bride fibreuse ou du frein hypertrophié	10 KC

Article 5 – Glandes salivaires
Injection de substance de contraste dans les glandes salivaires
(cliché non compris) 15
Traitement chirurgical par voie buccale d'une lithiase salivaire :
ablation d'un calcul antérieur par incision muqueuse simple 10 KC

Article 6 – Traitement de tumeurs diverses
Prélèvement en vue d'un examen de laboratoire :
- d'une lésion intrabuccale de l'oro-pharynx 5
- d'une lésion intrabuccale de l'hypo-pharynx ou du cavum 10
Exérèse d'une tumeur bénigne de la bouche 15 KC
Diathermo-coagulation d'une leucoplasie, d'un lupus ou d'une tumeur bénigne 5

- Le chapitre VII – Dents, Gencives, Section II – Soins chirurgicaux, l'article 3.
Chirurgie préprothétique est abrogé.

05/12/06 - Au Chapitre VII - Dents, Gencives

A la Section I.- Soins conservateurs, sont modifiés les coefficients des actes suivants :

A l'article premier – Obturations dentaires définitives, sont modifiés les coefficients des actes suivants :

1° Cavité simple, traitement global (l'obturation de plusieurs cavités simples sur la même face ne peut être comptée que pour une seule obturation composée intéressant deux faces) 7 8 (1)

2° Cavité composée, traitement global intéressant deux faces 12 14 (1)

3° Cavité composée, traitement global intéressant trois faces et plus. 17 20 (1)

4° Soins de la pulpe et des canaux (ces soins ne peuvent être remboursés que si l'obturation a été effectuée à l'aide d'une pâte radio-opaque).

Pulpectomie coronaire et radiculaire avec obturation des canaux et soins consécutifs à une gangrène pulpaire (traitement global) :

- groupe incisivo-canin 14 16 (1)

- groupe prémolaires 20 24 (1)

- groupe molaires. 34 39 (1)

(1) 2ème cotation : dents permanentes des enfants de moins de 13 ans

Pour les actes mentionnés au 4° ci-dessus, les clichés radiographiques, pré-opératoires et post-opératoires, dont la nécessité médicale est validée scientifiquement, sont conservés dans le dossier du patient.

A l'article 2. – Hygiène buccodentaire et soins des parodontopathies est modifié le coefficient de l'acte suivant :

Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, par dent 9

La prise en charge de l'acte ci-dessus par l'assurance maladie est limitée aux 1^{re} et 2^e molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent. Cet acte doit être réalisé en cas de risque carieux et avant le quatorzième anniversaire.

A la Section II.- Soins Chirurgicaux, sont modifiés les coefficients des actes suivants :

A l'article premier. – Extractions, sont modifiés les coefficients des actes suivants :

Extraction :

- d'une dent permanente. 16 KC
- de chacune des suivantes au cours de la même séance 8 KC

A l'article 2. - Traitement des lésions osseuses et gingivales est modifié le coefficient de l'acte suivant :

Curetage péri-apical avec ou sans résection apicale (radiographie obligatoire, traitement et obturation du canal non compris) 24 KC

- Au chapitre VIII – Prothèse restauratrice maxillo-faciale, l'acte suivant est abrogé :

Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire du maxillaire ou de la mandibule (résection chirurgicale ou greffe) K 130

Titre IV. Actes portant sur le cou

- Le chapitre Ier – Tissu cellulaire, muscles, le chapitre III – Corps thyroïde, le chapitre IV – Trachée – Œsophage sont abrogés.

- Au chapitre II – Larynx, -l'article 1er. – Actes de diagnostic et chirurgicaux est abrogé.

Le Titre V. Actes portant sur le rachis ou la moelle épinière est abrogé.

Le Titre VI. Actes portant sur le membre supérieur est abrogé.

Le Titre VII. Actes portant sur le thorax est abrogé à l'exception des dispositions suivantes :

- Au chapitre III – Plèvre – Poumons, Article 3 – Actes de chirurgie Ponction de la plèvre (à but diagnostique ou thérapeutique) 4

Le Titre VIII. Actes portant sur l'abdomen est abrogé à l'exception des dispositions suivantes :

- Au chapitre II – Paroi abdominale, Grande cavité péritonéale Ponction de l'abdomen 10
- Au chapitre III – Estomac et intestin Tubage pour études biologiques des liquides gastriques et duodénaux 10 Lavage d'estomac 10

Le Titre IX. Appareil urinaire est abrogé.

Le Titre X. Actes portant sur l'appareil génital masculin est abrogé.

Le Titre XI. Actes portant sur l'appareil génital féminin est abrogé à l'exception :

- Au chapitre I – En dehors de la gestation –
- Article premier – Intervention par voie basse. 1° Gynécologie médicale

- Au chapitre II : Actes liés à la gestation et à l'accouchement

05/02/08 Section 1 – Actes réalisés par les médecins.

1° Séances de préparation psychoprophylactique obstétricale :

Cette préparation est réalisée en complément de la surveillance médicale de la grossesse et a pour but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes et des nouveau-nés par une approche de santé publique et préventive. Elle a pour objectif :

- d'apporter une information aux futurs parents sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période néonatale et sur les droits sociaux afférents à la maternité ;
- d'effectuer un travail corporel permettant d'aborder la naissance dans les meilleures conditions possibles
- de responsabiliser les femmes et les futurs parents en les incitant à adopter des comportements de vie favorables à leur santé et à celle de l'enfant à naître ;
- de ménager un temps d'écoute des femmes permettant aux professionnels de dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité psychologique et sociale et de les orienter, le cas échéant, vers des professionnels sanitaires et sociaux compétents.

Cette préparation comporte huit séances dont la durée ne peut être inférieure à quarante-cinq minutes.

06/10/20 La première séance correspond à l'entretien prénatal précoce obligatoire, elle est individuelle. Elle peut être réalisée dès le premier trimestre de la grossesse. L'entretien individuel permet au professionnel de resituer son intervention dans le dispositif général de suivi préventif de la grossesse et d'anticiper les difficultés somatiques, psychologiques ou sociales qui pourraient advenir.

- Première séance : 2,5 C

Les séances suivantes peuvent être collectives. Elles doivent comporter un travail corporel qui est évalué individuellement.

- Séances suivantes dispensées jusqu'à trois personnes simultanément (par patiente) :
2 C
- Séances suivantes dispensées à plus de trois personnes simultanément et jusqu'à un maximum de six personnes (par patiente) : 0,9 C

2° Accouchements et actes complémentaires

28/09/11 Dans les unités d'obstétrique mentionnées au 2° de l'article D.6124-44 du code de la santé publique :

- l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés par chacun des médecins mentionnés au dixième et onzième alinéa du 2° précité donne lieu à une majoration forfaitaire pour sujétion particulière. La valeur en unité monétaire de cette majoration est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2 des dispositions générales ;

- l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisés la nuit, le dimanche et les jours fériés par chacun des médecins mentionnés aux cinquième, septième, huitième et douzième alinéas du 2° précité donne lieu à une majoration forfaitaire pour sujétion particulière. La valeur en unité monétaire de cette majoration est fixée dans les mêmes conditions que celle des lettres-clés prévues à l'article 2 des dispositions générales.

Les majorations mentionnées ci-dessus se cumulent avec les modificateurs urgence : U, P, S et F prévus au chapitre 19 de la Classification commune des actes médicaux.

Sont considérés comme actes de nuit les actes liés à l'accouchement effectués entre 20 heures et 8 heures, mais ces actes ne donnent lieu aux majorations ci-dessus que si l'appel au praticien a été fait entre 19 heures et 7 heures.

3° Actes de néonatalogie en unité d'obstétrique

Examen pédiatrique du premier jour de la naissance : contrôle de l'adaptation du nouveau-né, dépistage d'anomalies latentes (malformations, infections, troubles métaboliques...).

Cet examen peut se cumuler avec l'examen médical obligatoire prévu dans les huit jours qui suivent la naissance (décret n° 73 - 267 du 02/03/1973).

L'examen pédiatrique du premier jour de la naissance et celui prévu dans les huit jours qui suivent la naissance peuvent se cumuler avec la cotation d'un ou plusieurs examen(s) pédiatrique(s) imposé(s) par un état pathologique postnatal : C ou CS.

Le Titre XII. Actes portant sur le membre inférieur est abrogé

Le Titre XIII. Diagnostic et traitement de troubles mentaux est abrogé à l'exception des dispositions suivantes :

- Au chapitre II. – Actes de thérapeutique

Délivrance à domicile d'un certificat d'internement 10K

Psychothérapie de groupe (accord préalable obligatoire), la séance d'une durée moyenne de $\frac{3}{4}$ d'heure :

- moins de 4 ou 5 malades, par malade 3 K- AP
- de 6 ou 8 malades, par malade 2 K- AP
- de 8 ou 9 malades, par malade 1,5 K - AP

Au Titre XIV. Actes de rééducation et réadaptation fonctionnelles, au chapitre II –Traitements individuels de rééducation et de réadaptation fonctionnelles :

- A l'article 8 – Rééducation des conséquences des affections périnéosphinctériennes, l'acte suivant : Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électro-stimulation et/ou bio-feedback est abrogé.
- L'article 12 – Manipulations vertébrales est abrogé

Au Titre XV – Actes divers :

- Le chapitre Ier – Actes d'urgence, le chapitre II. – Réanimation

13/01/22

continue, le chapitre III – Hyperbarie thérapeutique sont abrogés.

- Au chapitre IV – Cures thermales, à l'article 2 – Honoraires de surveillance médicale, sont ajoutées les dispositions suivantes :

25/09/13

« Ce forfait comporte la réalisation d'au moins trois consultations pour la surveillance thermique et la rédaction, à l'issue de la cure, d'un document destiné au médecin prescripteur. Ce document retraçant l'évolution de la cure est tenu à la disposition du patient et du service médical, à sa demande.

Cette fiche de liaison du médecin thermal au médecin prescripteur de la cure comporte les principaux éléments suivants :

- identification du médecin thermal, de l'établissement thermal, du médecin prescripteur et du curiste ;
 - dénomination du traitement thermal : 1ère et 2e orientations thérapeutiques ;
 - déroulement de la cure : pratiques médicales complémentaires, éventuels problèmes survenus durant la cure, traitements non thermaux prescrits ;
 - conclusion de fin de cure : proposition diagnostique et thérapeutique. »
- Au chapitre V – Actes utilisant les agents physiques, les articles 1 : Actes de diagnostic, 1° Echographies non obstétricales, 3° Autres examens échographiques, 4° Examens vélocimétriques et l'article 3, Imagerie par résonance magnétique nucléaire sont abrogés.

Au Titre XVI. Soins infirmiers :

- Au chapitre Ier – Soins de pratique courante les actes suivants sont abrogés :

Article 1^{er}.

- Saignée 5
- Alimentation entérale par gavage ou en déclive ou par nutri-pompe, y compris la surveillance, par séance 3
- Alimentation entérale par voie jéjunale avec sondage de la stomie, y compris le pansement et la surveillance, par séance 4

Article 6

- Cathétérisme urétral chez la femme 3
- Cathétérisme urétral chez l'homme 4
- Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme 3
- Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme 4
- Education à l'autosondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances 3,5
- Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage éventuel 4,5
- Instillation et/ou lavage vésical (sonde en place) 1,25

C) A la troisième partie : Nomenclature des actes médicaux utilisant les radiations ionisantes

Le Titre Ier. Actes de radiodiagnostic est abrogé, à l'exception des dispositions suivantes pour les médecins stomatologistes :

- chapitre I – Dispositions générales
- Au chapitre II – Actes de radiodiagnostic portant sur le squelette, Article 3 – Tête
- Au chapitre IV – Examens divers, Autres examens :
Examen radiologique pour calcul de l'âge osseux quelles que soient les méthodes 15
- Au chapitre V – Examens utilisant des appareillages spéciaux, Article premier, Radiographie en coupe :
Tomographie, premier plan en coupe 35
Tomographie, plan(s) non parallèle(s) au premier plan de coupe, quel qu'en soit le nombre 25
Tomographie(s) au cours d'un examen radiologique, quel que soit le nombre de séries et de plans 15

Le Titre II. Actes de radiothérapie est abrogé.

Le Titre III. Actes utilisant des radioéléments en source non scellés est abrogé.

D) La quatrième partie : Nomenclature des actes médicaux de radiologie vasculaire et d'imagerie interventionnelle est abrogée.

06/12/05
18/01/10

E) A la Cinquième partie : Nomenclature des actes d'anatomie et de cytopathologie pathologiques exécutés en laboratoire d'analyses de biologie médicale

18/01/10
06/07/07

Supprimer la lettre clé P

A la suite de l'acte 0008, inscrire un acte :

0021 : Majoration provisoire B 50

0022 : Majoration provisoire B 100

Cette majoration s'ajoute à la cotation de l'acte 0008 « Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe d'une pièce opératoire complexe ou de prélèvements nécessitant l'application d'un protocole complexe validé, lorsque celui-ci porte sur des lésions tumorales malignes ».

Cette majoration ne se cumule pas avec la majoration 0021.

Cette majoration s'ajoute à la cotation de l'acte 0008 : Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe d'une pièce opératoire complexe ou de prélèvements nécessitant l'application d'un protocole complexe validé, lorsque celui-ci porte sur des lésions tumorales.

09/07/09

Après le libellé de l'acte n°0018 et le premier paragraphe qui le suit, supprimer les deux paragraphes suivants commençant par « Les examens N° 00187 et 0018 ... » et se terminant par « 4. Conclusions. » et inscrire le

texte ci-dessous :

0023 Examen immunocytochimique de l'étalement d'un produit de ponction d'un organe ou d'un produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage (quel que soit le nombre d'anticorps employés)B 200

Cet examen ne peut être facturé qu'avec les examens 0014 et 0015.

Les examens n° 0017, 0018 et 0023 doivent faire l'objet d'un compte rendu spécifique intégré ou non dans le compte rendu de l'examen histologique standard.

Le compte rendu d'immunohistochimie ou d'immunocytochimie doit comporter quatre rubriques clairement individualisées :

1. Précisions quant à la technique utilisée
2. Nom des anticorps utilisés
3. Résultats de l'examen
4. Conclusions

04/03/20 0024 Détection du génome des papillomavirus humains oncogènes dans le cadre d'un dépistage individuel

Indication : selon les recommandations de bonnes pratiques

Formation spécifique : formation à la biologie moléculaire

Environnement spécifique : à réaliser dans les mêmes conditions que celles des laboratoires d'analyse de biologie médicale

.....B 100

0031 Détection du génome des papillomavirus humains oncogènes dans le cadre d'un dépistage organisé

Indication : selon l'arrêté en vigueur relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Formation spécifique : formation à la biologie moléculaire

Environnement spécifique :

- conformément au cahier des charges défini par l'arrêté en vigueur relatif à

l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

- à réaliser dans les mêmes conditions que celles des laboratoires d'analyse de biologie médicale

.....B 100

0025 Examen anatomopathologique par hybridation in situ

Indication : selon les recommandations de bonne pratique

- détection de HER 2 neu dans le cancer du sein, en deuxième intention après examen immunohistochimique si celui-ci a un score de 2 +,

- détection de oncogène N+ myc dans le neuroblastome de l'enfant,

- détection de virus d'Epstein Barr dans les carcinomes de site primitif inconnu

Formation : spécifique

Environnement : spécifique

.....B 500

31/01/19 Le libellé de l'acte 0013 est modifié comme suit, les actes 0026, 0027, 0028, 0029 et 0030 sont créés.

Diagnostic cytopathologique gynécologique provenant d'un ou plusieurs prélèvements effectués à des niveaux différents

Les actes 0013, 0026, 0027, 0028, 0029 et 0030 sont incompatibles.

0013 **FCU-DI** Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuelB 47

0026 **FCU-DI** Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuel B 47

04/03/20

Par dépistage individuel (DI), on entend dépistage ne s'inscrivant pas dans un programme national de santé au sens de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, mais dont la pertinence, la population cible, les indications et conditions de réalisation font l'objet de recommandations de la Haute Autorité de santé.

0027 **FCU-DO*** Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus dans le cadre du dépistage organisé B 47

0028 **FCU-DO*** Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus cadre du dépistage organisé B 47

Par dépistage organisé (DO) on entend dépistage défini dans un programme national de santé au sens de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique et répondant au cahier des charges correspondant à la thématique publié par arrêté ministériel».

* Dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, les actes FCU_DO (0027 ou 0028) sont pris en charge à 100 %

0029 **FCU-DC** Examen cytopathologique de contrôle de prélèvement [frottis] du col de l'utérus B 55

0030 **FCU-DC** Examen cytopathologique de contrôle en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus ...B 55

Les indications de prises en charges des examens cytopathologiques de contrôle **FCU_DC** (acte 0029 et 0030) sont celles des recommandations pour la pratique clinique de septembre 2002 de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé [ANAES]:

- atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée [ASC-US] ou lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade [LGSIL];
- absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité [NIL/M], en présence de modifications réactionnelles ou après préparation oestrogénique chez la femme ménopausée;
- surveillance de lésion malpighienne intra-épithéliale, carcinome malpighien ou anomalies des cellules glandulaires, après colposcopie avec biopsie dirigée, curetage de l'endocol et/ou de l'endomètre, conisation ou hystérectomie selon le système de Bethesda

27/04/06

II. L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes

04/07/06

et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les masseurs-kinésithérapeutes et pour les médecins.

Au titre XIV : Actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle

13/12/07 Introduction, remplacer le deuxième alinéa : « Les actes des chapitres II, III et IV du présent titre sont soumis à la procédure de l'entente préalable » par : « Les actes des chapitres II, III et IV du présent titre sont soumis à la formalité de l'entente préalable lorsqu'un patient en nécessite plus de trente séances sur une période de douze mois. Cette obligation est applicable pour toute prescription de plus de trente séances, ou lorsque cette prescription porte le nombre cumulé des séances réalisées au cours des douze mois précédents, quels qu'en soient le motif médical et la nature des actes, au-delà de trente.»

Dans l'introduction, est ajouté à la suite du premier alinéa. :

16/03/10 «Pour chacune des rééducations correspondant à des situations médicales précisées dans les tableaux du Chapitre V du présent Titre, la Haute autorité de santé a validé un référentiel déterminant un nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire pour permettre, à titre exceptionnel, d'initier ou de poursuivre la prise en charge de la rééducation par les caisses d'Assurance maladie.

Les actes des chapitres II, III et IV du présent titre réalisés pour des situations de rééducation figurant au Chapitre V du présent titre sont soumis à la formalité de l'accord préalable selon deux modalités :

- a) pour les rééducations figurant au a) du Chapitre V du présent Titre, une demande d'accord préalable doit être faite par le professionnel de santé réalisant les actes avant de débiter la rééducation. A celle-ci est jointe la prescription accompagnée d'un argumentaire médical établi par le professionnel de santé réalisant les actes et motivant le caractère exceptionnel de ce traitement.
- b) pour les rééducations figurant au b) du Chapitre V du présent Titre, une demande d'accord préalable doit être faite par le professionnel de santé réalisant les actes lorsqu'à titre exceptionnel une prolongation du traitement est nécessaire au-delà du nombre d'actes défini. A celle-ci est jointe une prescription accompagnée d'un argumentaire médical établi par le professionnel de santé réalisant les actes. Cet argumentaire apporte des précisions sur la non atteinte des objectifs de la rééducation, et sur la nécessité de poursuivre le traitement. Dans les cas où la prescription initiale comporterait un nombre de séances supérieur au seuil prévu par le référentiel, la demande d'accord préalable est faite dans les mêmes conditions. »

Dans l'introduction, le deuxième alinéa est ainsi modifié :

- est ajouté au début de l'alinéa : « Dans les situations de rééducation non inscrites au chapitre V du présent titre,... » .
- est ajouté à la fin de l'alinéa : « Les séances réalisées dans le cadre d'une rééducation prévue au chapitre V du présent titre ne sont pas

09/02/12

comptées dans les 30 séances. »

Dans l'introduction, le 6^{ème} alinéa est abrogé.

27/04/06

Au chapitre II

L'article 4. - Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires est modifié comme suit :

Rééducation des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires

- atteintes localisées à un membre ou à la face 8
- atteintes intéressant plusieurs membres 10

Rééducation de l'hémiplégie 9

Rééducation de la paraplégie et de la tétraplégie 11

Rééducation des affections neurologiques stables ou évolutives pouvant regrouper des déficiences diverses (commande musculaire, tonus, sensibilité, équilibre, coordination...) en dehors de l'hémiplégie et de la paraplégie

- localisation des déficiences à un membre et sa racine 8
- localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc et de la face 10

Les cotations afférentes aux deux actes ci-dessus ne s'appliquent pas à la rééducation de la déambulation chez les personnes âgées.

Rééducation des malades atteints de myopathie 11

Rééducation des malades atteints d'encéphalopathie infantile 11

27/04/06

L'article 8. - Rééducation des conséquences des affections périnéosphinctériennes est modifié comme suit :

Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback

8

16/03/10

Après le chapitre IV, est créé un nouveau chapitre : « Chapitre V : Rééducations soumises à référentiel »

a) Situations médicales ne nécessitant qu'à titre exceptionnel d'engager une rééducation ; dans ce cas un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire avant de commencer le traitement :

- Rééducation après libération du nerf médian au canal carpien

b) Situations médicales nécessitant à titre exceptionnel un accord préalable du service du contrôle médical pour la prolongation des séances au-delà du traitement habituel défini :

	Rééducation	Traitement habituel	Nécessité d'un accord préalable
	après entorse externe récente de cheville-pied	de 1 à 10 séances	à partir de la 11ème séance
	après arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartimentaire	de 1 à 25 séances	à partir de la 26ème séance
	après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	de 1 à 40 séances	à partir de la 41ème séance
	après arthroplastie de hanche par prothèse totale	de 1 à 15 séances	à partir de la 16ème séance
02/11/11	après ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie	de 1 à 15 séances	à partir de la 16ème séance
02/11/11	après réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct	de 1 à 50 séances	à partir de la 51ème séance
	<i>Ces 50 séances couvrent la rééducation postopératoire initiale correspondant à la phase de cicatrisation et visant à maintenir une mobilité passive (environ 6 semaines) et la rééducation postopératoire secondaire visant à restaurer la mobilité active et la force musculaire (environ 3 mois).</i>		
02/11/11	dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie commune	de 1 à 15 séances pour une série d'actes	à partir de la 16ème séance à partir de la 31ème séance, si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents
31/05/13	dans le cadre de la prise en charge d'une cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique	de 1 à 15 séances pour une série d'actes	à partir de la 16ème séance à partir de la 31ème séance, si 30 séances pour cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique ont été prises en charge dans les 12 mois précédents
	après fracture de l'extrémité	de 1 à 25	à partir de la 26ème

31/05/13	distale des deux os de l'avant-bras	séances	séance
26/11/13	après fracture avec ou sans luxation, opérée ou non, du coude chez l'adulte	de 1 à 30 séances pour une série d'actes	à partir de la 31ème séance
26/11/13	après fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus	de 1 à 30 séances	à partir de la 31ème séance
26/11/13	dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique	de 1 à 10 séances	à partir de la 11ème séance
26/11/13	dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée	de 1 à 25 séances	à partir de la 26ème séance

03/04/07

14/12/23 **Ibis. L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les masseurs-kinésithérapeutes**

Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, les actes du titre XIV peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie, lorsqu'ils sont personnellement effectués par un masseur-kinésithérapeute, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription écrite du médecin mentionnant l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute; le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute.

Pour chacune des rééducations correspondant à des situations médicales précisées dans les tableaux du Chapitre V du présent Titre, la Haute Autorité de Santé a validé un référentiel déterminant un nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire pour permettre, à titre exceptionnel, d'initier ou de poursuivre la prise en charge de la rééducation par les caisses d'assurance maladie.

Les actes des chapitres II, III et IV du présent titre réalisés pour des situations de rééducation figurant au Chapitre V du présent titre sont soumis à la formalité de l'accord préalable selon deux modalités :

- a) pour les rééducations figurant au a) du Chapitre V du présent Titre, une demande d'accord préalable doit être faite par le professionnel de santé réalisant les actes avant de débiter la rééducation. A celle-ci est jointe la prescription accompagnée d'un argumentaire médical établi par le professionnel de santé réalisant les actes et motivant le caractère exceptionnel de ce traitement.

b) pour les rééducations figurant au b) du Chapitre V du présent Titre, une demande d'accord préalable doit être faite par le professionnel de santé réalisant les actes lorsqu'à titre exceptionnel une prolongation du traitement est nécessaire au-delà du nombre d'actes défini. A celle-ci est jointe une prescription accompagnée d'un argumentaire médical établi par le professionnel de santé réalisant les actes. Cet argumentaire apporte des précisions sur la non atteinte des objectifs de la rééducation, et sur la nécessité de poursuivre le traitement. Dans les cas où la prescription initiale comporterait un nombre de séances supérieur au seuil prévu par le référentiel, la demande d'accord préalable est faite dans les mêmes conditions.

Pour les actes du présent titre, les dispositions de l'article 14-B des Dispositions générales applicables en cas d'urgence justifiée par l'état du malade sont étendues aux actes répétés, en cas de nécessité impérieuse d'un traitement quotidien.

Sauf exceptions prévues dans le texte, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes. Hormis les modalités particulières de traitement prévues par le chapitre III, le masseur-kinésithérapeute, ou la sage-femme pour les actes de l'article 8 du chapitre II, se consacre exclusivement à son patient.

Les cotations comprennent les différents actes et techniques utilisés par le masseur-kinésithérapeute, ou la sage-femme pour les actes de l'article 8 du chapitre II, pendant la séance à des fins de rééducation, que ce soient des manœuvres de massage, des actes de gymnastique médicale ou des techniques de physiothérapie. Sauf exceptions prévues dans le texte, ces cotations ne sont pas cumulables entre elles.

À chaque séance s'applique donc une seule cotation, correspondant au traitement de la pathologie ou du territoire anatomique en cause.

Il découle de ces dispositions liminaires spécifiques que, sauf exceptions prévues dans le texte, il n'est pas possible d'appliquer une seconde cotation pour une même séance.

Il est possible d'effectuer deux séances le même jour à la condition d'avoir deux prescriptions distinctes, pour des affections en rapport avec des articles de la NGAP différents, portant sur deux régions anatomiques distinctes et réalisés lors de deux séances distinctes facturées à taux plein par dérogation à l'article 11B de dispositions générales.

Au Titre XIV, au Chapitre I. Actes de diagnostic, Section 1. Actes isolés est remplacé par les dispositions suivantes :

27/05/21 Ces actes, effectués par le médecin ou par le masseur-kinésithérapeute sur prescription médicale, ne donnent lieu à facturation qu'en l'absence de traitement de rééducation ou de réadaptation fonctionnelles en cours ou de prescription concomitante d'un tel traitement.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Bilan ostéoarticulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non :		
- pour un membre	5	AMK
- pour deux membres ou un membre et le tronc	8.5	AMK
- pour tout le corps	10	AMK
Ce bilan doit préciser l'état orthopédique du malade ou du blessé et notamment : - l'essentiel des déformations constatées ; - le degré de liberté de ses articulations avec mesures ; - éventuellement, la dimension des segments des membres, etc. Il peut être appuyé par des examens complémentaires et, éventuellement, par une iconographie photographique.		
Bilan musculaire (avec tests) des conséquences motrices des affections neurologiques :		
- pour un membre	5	AMK
- pour deux membres	10	AMK
- pour tout le corps	20	AMK

Au Titre XIV, au chapitre I,

Section 2 - BILAN-DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE EFFECTUÉ PAR LE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

Les modalités décrites ci-dessous s'appliquent aux actes des chapitres II et III.

1. Contenu du bilan-diagnostic kinésithérapique

a) Le bilan, extrait du dossier masso-kinésithérapique, permet d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur.

Le bilan est le reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute et comporte :

- l'évaluation initiale des déficiences (analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire, évaluation de la force musculaire, de la sensibilité, de la douleur...);
- l'évaluation initiale des incapacités fonctionnelles (évaluation des aptitudes gestuelles, possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante et de la vie professionnelle...).

Ces évaluations permettent d'établir un diagnostic kinésithérapique et de choisir les actes et les techniques les plus appropriés.

b) Le bilan-diagnostic kinésithérapique est enrichi, au fil du traitement, par :

- la description du protocole thérapeutique mis en oeuvre (choix des actes et des techniques, nombre et rythme des séances, lieu de traitement, traitement individuel

et/ou en groupe) ;

- la description des événements ayant éventuellement justifié des modifications thérapeutiques ou l'interruption du traitement ;
- les résultats obtenus par le traitement, notamment en termes anatomiques et fonctionnels par rapport à l'objectif initial ;
- les conseils éventuellement donnés par le masseur-kinésithérapeute à son patient ;
- les propositions consécutives (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention...).

2. Envoi du bilan-diagnostic kinésithérapique au médecin prescripteur

Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique initial : évaluation, diagnostic kinésithérapique, protocole thérapeutique précisant le nombre de séances, est adressée dès le début du traitement au médecin prescripteur.

Toutefois, lorsque le nombre de séances préconisé par le masseur-kinésithérapeute est inférieur à 10, l'information du médecin prescripteur peut se limiter à une copie de la demande d'accord préalable

Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est adressée au médecin prescripteur au terme d'un traitement supérieur ou égal à 10 séances. Le cas échéant, cette fiche comporte les motifs et les modalités d'une proposition de prolongation du traitement, notamment quant au nombre de séances. Une nouvelle demande d'accord préalable est adressée au service médical, accompagnée d'une nouvelle prescription et d'une copie de la fiche.

À tout moment, notamment au vu de la fiche synthétique, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec le masseur-kinésithérapeute, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement.

La fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est tenue à la disposition du patient et du service médical à sa demande.

16/04/18

3. Modalités de rémunération du bilan-diagnostic kinésithérapique

14/12/23

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
La cotation du bilan est forfaitaire.		
Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 1 et 10, puis à la 30 ^e séance, puis de nouveau toutes les 20 séances réalisées pour traitement de rééducation et de réadaptation fonctionnelle figurant au chapitre II ou III, sauf exception ci-dessous.	10,7	AMK
Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 1 et 10, puis à la 60 ^e séance, puis de nouveau toutes les 50 séances réalisées pour traitement de rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires.	10,8	AMK

03/04/07

14/12/23

Au Titre XIV, au chapitre II, l'article 1^{er} - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques – est modifié comme suit :

Les cotations afférentes aux actes de cet article comprennent l'éventuelle rééducation des ceintures.

A-Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques du rachis (hors déviations latérales ou sagittales du rachis de l'article 1 E.)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie commune <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> <i>- en traitement habituel de 1 à 15 séances pour une série d'actes</i> <i>- nécessité d'un accord préalable à partir de la 16ème séance ou à partir de la 31ème séance, si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents</i>	7,49	RAM
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis lombo-sacré hors référentiel		
- sans chirurgie	7,51	RAM
- avec chirurgie	7,49	RAO
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis dorsal		
- sans chirurgie	7,50	RAM
- avec chirurgie	7,48	RAO
Rééducation dans le cadre de la prise en charge d'une cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> <i>- en traitement habituel de 1 à 15 séances pour une série d'actes</i> <i>- nécessité d'un accord préalable à partir de la 16ème séance ou à partir de la 31ème séance, si 30 séances pour cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique ont été prises en charge dans les 12 mois précédents</i>	7,47	RAM
Rééducation dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> <i>- en traitement habituel de 1 à 10 séances</i> <i>- nécessité d'un accord préalable à partir de la 16ème séance</i>	7,48	RAM
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis		

cervical (hors référentiel)		
- sans chirurgie	7,52	RAM
- avec chirurgie	7,50	RAO
Rééducation des conséquences d'une affection d'au moins deux segments du rachis		
- sans chirurgie	7,53	RAM
- avec chirurgie sur au moins un segment	7,51	RAO

B - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques du membre supérieur et de sa racine (hors amputations - l'article 1 F)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation après libération du nerf médian au canal carpien <i>Acte soumis à référentiel : un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire avant de commencer le traitement (situation médicale ne nécessitant qu'à titre exceptionnel d'engager une rééducation)</i>	7,49	RSC
Rééducation des conséquences d'une affection du poignet ou main (hors référentiel)		
- non opérée	7,50	VSM
- opérée	7,51	VSC
Rééducation des conséquences d'une fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> <i>- en traitement habituel de 1 à 25 séances</i> <i>- nécessité d'un accord préalable à partir de la 26^{ème} séance</i>		
- non opérée	7,51	RSM
- opérée	7,50	RSC
Rééducation des conséquences d'une fracture avec ou sans luxation du coude chez l'adulte <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> <i>- en traitement habituel de 1 à 30 séances pour une série d'actes</i> <i>- nécessité d'un accord préalable à partir de la 31^{ème} séance</i>		
- non opérée	7,52	RSM
- opérée	7,52	RSC
Rééducation des conséquences d'une affection du coude ou de l'avant-bras (hors référentiel)		
- non opérée	7,49	VSM
- opérée	7,49	VSC
Rééducation dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> <i>- en traitement habituel de 1 à 25 séances</i>	7,49	RSM

- nécessité d'un accord préalable à partir de la 26ème séance		
Rééducation après réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> - en traitement habituel de 1 à 50 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 51ème séance Ces 50 séances couvrent la rééducation postopératoire initiale correspondant à la phase de cicatrisation et visant à maintenir une mobilité passive (environ 6 semaines) et la rééducation postopératoire secondaire visant à restaurer la mobilité active et la force musculaire (environ 3 mois).	7,51	RSC
Rééducation des conséquences d'une fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus <i>Acte soumis à référentiel avec</i> - en traitement habituel de 1 à 30 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 31ème séance	7,50	RSM
Rééducation des conséquences d'une affection de l'épaule ou du bras (hors référentiel)		
- non opérée	7,48	VSM
- opérée	7,50	VSC
Rééducation secondaire à l'affection d'au moins deux segments du même membre supérieur		
- sans chirurgie	7,51	VSM
- avec chirurgie sur au moins un segment	7,52	VSC

C - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques du membre inférieur et de sa racine (hors amputations de l'article 1 F)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation des conséquences d'une entorse externe récente de cheville-pied		
- opérée	7,51	RIC
- non opérée <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> - en traitement habituel de 1 à 10 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 11ème séance	7,50	RIM
Rééducation des conséquences d'une affection de la cheville ou pied (hors référentiel)		
- non opérée	7,50	VIM
- opérée	7,51	VIC
Rééducation après arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartimentaire	7,52	RIC

<i>Acte soumis à référentiel avec :</i> - en traitement habituel de 1 à 25 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 26ème séance		
Rééducation après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou <i>Acte soumis à référentiel avec</i> - en traitement habituel de 1 à 40 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 41ème séance	7,48	RIC
Rééducation après méniscectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> - en traitement habituel de 1 à 15 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 16ème séance	7,49	RIC
Rééducation des conséquences d'une affection du genou ou de la jambe (hors référentiel)		
- non opérée	7,51	VIM
- opérée	7,50	VIC
Rééducation après arthroplastie de hanche par prothèse totale <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> - en traitement habituel de 1 à 15 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 16ème séance	7,50	RIC
Rééducation des conséquences d'une affection de la hanche ou de la cuisse (hors référentiel)		
- non opérée	7,49	VIM
- opérée	7,49	VIC
Rééducation secondaire à l'affection d'au moins deux segments du même membre inférieur		
- sans chirurgie	7,52	VIM
- avec chirurgie sur au moins un segment	7,52	VIC

D - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation secondaire à l'affection d'au moins 2 territoires lésés (hors 2 territoires ou plus du même membre ou 2 territoires ou plus du rachis)		
- sans chirurgie	9,49	TER
- avec chirurgie sur au moins un territoire	9,51	TER

E- Rééducation pour déviation latérale ou sagittale du rachis (personnes de moins de 18 ans)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé

Rééducation pour déviation du Rachis lombo-sacré	7,49	DRA
Rééducation pour déviation du Rachis dorsal	7,48	DRA
Rééducation pour déviation du Rachis cervical	7,51	DRA
Rééducation pour déviation portant sur au moins deux segments rachis	7,50	DRA

F- Rééducation et réadaptation après amputation de tout ou partie des membres, y compris l'adaptation

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation après amputation d'un membre supérieur	7,51	APM
Rééducation après amputation d'un membre inférieur	7,50	APM
Rééducation après amputation d'au moins 2 membres	9,5	APM

07/05/19 Au Titre XIV, au chapitre II – Traitements individuels de rééducation et de réadaptation fonctionnelles :

27/05/21 Article 2 - Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires est remplacé par les dispositions suivantes :

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation des malades atteints de rhumatisme inflammatoire (pelvispondylite, polyarthrite rhumatoïde...)		
- atteinte localisée à un membre ou le tronc	8	NMI
- atteinte de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres	9,01	NMI

07/05/19 Article 3 - Rééducation de la paroi abdominale

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation abdominale pré-opératoire ou post-opératoire	8,01	RAB
Rééducation abdominale du post-partum	8	RAB

27/04/06 Article 4 - Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires :		
- atteintes localisées à un membre ou à la face	8.5	NMI
- atteintes intéressant plusieurs membres	10,01	NMI
Rééducation de l'hémiplégie	9	NMI
Rééducation de la paraplégie et de la tétraplégie	11,01	NMI
Rééducation des affections neurologiques stables ou évolutives pouvant regrouper des déficiences diverses (commande musculaire, tonus, sensibilité, équilibre, coordination...) en dehors de l'hémiplégie et de la paraplégie, notamment les affections neurodégénératives.		
- localisation des déficiences à un membre et sa racine	8.51	NMI
- localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc et de la face	10	NMI
Les cotations afférentes aux deux actes ci-dessus ne s'appliquent pas à la rééducation de la déambulation chez les personnes âgées.		
Rééducation des malades atteints de myopathie	10,99	NMI
Rééducation des malades atteints d'encéphalopathie infantile, du stade initial aux conséquences à l'âge adulte.	11	NMI

22/05/12 Article 5 - Rééducation des conséquences des affections respiratoires est remplacé par les dispositions suivantes :

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent (bronchiolite du nourrisson, poussée aiguë au cours d'une pathologie respiratoire chronique). Les séances peuvent être réalisées au rythme de deux par jour et la durée est adaptée en fonction de la situation clinique.	8,49	ARL
Rééducation des maladies respiratoires, obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence)	8,5	ARL
Rééducation respiratoire préopératoire ou post-opératoire	8,51	ARL
Prise en charge kinésithérapique respiratoire du patient atteint de mucoviscidose. Comprenant : - la kinésithérapie respiratoire de ventilation et de désencombrement, - la réadaptation à l'effort, - l'apprentissage de l'aérosolthérapie, des méthodes d'autodrainage bronchique, des signes d'alertes respiratoires. La fréquence des séances de kinésithérapie dépend de l'âge et de l'état clinique du patient pouvant aller jusqu'à 2 séances par jour en cas d'encombrement important ou d'exacerbation	10	ARL
Lorsque 2 séances non consécutives sont réalisées dans la même journée, chaque séance est cotée ARL 10.		
Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique et prise en charge individuelle Comprenant : - kinésithérapie respiratoire ;	28	ARL

<ul style="list-style-type: none"> - réentrainement à l'exercice sur machine ; - renforcement musculaire ; - éducation à la santé. <p>Conditions d'exécution et contre-indications conformes aux avis de la Haute Autorité de santé en vigueur.</p> <p>Conditions de facturation :</p> <p>Prise en charge par l'Assurance maladie pour Affection de Longue Durée « ALD » pour broncho-pneumopathie chronique obstructive « BPCO ». Séances d'une durée de l'ordre de 1h30 à raison d'une séquence de 20 séances en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.</p>		
<p>Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique en prise en charge de groupe de 2 à 4 personnes avec rééducation respiratoire en individuel</p> <p>Comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - kinésithérapie respiratoire en prise en charge individuelle ; - réentrainement à l'exercice sur machine ; - renforcement musculaire ; - éducation à la santé. <p>Conditions d'exécution et contre-indications conformes aux avis de la Haute Autorité de santé en vigueur.</p> <p>Conditions de facturation :</p> <p>Prise en charge par l'assurance maladie pour Affection de Longue Durée « ALD » pour broncho-pneumopathie chronique obstructive « BPCO ». Séances d'une durée de l'ordre de 1h30 à raison d'une séquence de 20 séances en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.</p>	20	ARL

07/05/19

Article 6 - Rééducation dans le cadre des pathologies maxillo-faciales et oto-rhino-laryngologiques

27/05/21

14/12/23

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation maxillo-faciale en dehors de la paralysie faciale	7,99	ARL
Rééducation vestibulaire et des troubles de l'équilibre	8	ARL
Rééducation des troubles de la déglutition isolés	8,01	ARL

Article 7 - Rééducation des conséquences des affections vasculaires

31/03/15

07/05/19

27/05/21

14/12/23

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation pour artériopathie des membres inférieurs (claudication, troubles trophiques)	8,01	RAV
Rééducation pour insuffisance veineuse des membres inférieurs avec retentissement articulaire et/ou troubles trophiques	7,99	RAV
Rééducation pour lymphœdèmes vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphœdèmes congénitaux) par drainage manuel :		
pour un membre ou pour le cou et la face	8	RAV
pour deux membres	9	RAV
Rééducation pour un lymphœdème du membre supérieur après traitement d'un cancer du sein, associée à une rééducation de l'épaule homolatérale à la phase intensive du traitement du lymphœdème	15,5	RAV
INDICATIONS :		
Phase intensive du traitement du lymphœdème sous réserve de l'existence des critères suivants :		
- différence de circonférence de plus de 2 cm à un niveau		

<p>au moins du membre atteint par rapport au membre controlatéral,</p> <ul style="list-style-type: none"> - asymétrie des amplitudes passives entre les 2 épaules, survenue ou aggravée après traitement du cancer du sein, - compliance à l'ensemble du traitement nécessairement associé au DLM (bandages), - répercussion fonctionnelle importante (perte d'autonomie) due au lymphœdème et à la raideur de l'épaule <p>NON-INDICATIONS La phase d'entretien du traitement et les soins palliatifs</p> <p>CONTRE-INDICATIONS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les pathologies aiguës loco-régionales du membre supérieur concerné non diagnostiquées ou traitées - l'insuffisance cardiaque décompensée - les tumeurs malignes non traitées - l'hyperalgie de l'épaule - la présence d'une chambre implantable du côté opéré en sous-claviculaire - la présence de matériel d'ostéosynthèse sous-cutané avec une partie externe, au niveau du membre supérieur à traiter <p>La durée de ces séances est de l'ordre de 60 mn. Elles comprennent des soins d'hygiène de la peau, la rééducation de l'épaule, le drainage lymphatique manuel et la pose de bandages. Le nombre optimal de séances est de 10. Les cas exceptionnels nécessitant plus de 10 séances devront être précédés par un BDK.</p> <p>Source: rapport d'évaluation de la HAS sur la prise en charge masso-kinésithérapique d'un lymphœdème et d'une raideur de l'épaule après traitement d'un cancer du sein – décembre 2012</p> <p>La cotation de l'acte tient compte du bandage, et celui-ci ne peut pas faire l'objet d'un supplément pour bandage multicouche.</p>		
Supplément pour bandage multicouche :		
un membre	1	RAV
deux membres	2	RAV

06/11/18 Article 8 - Rééducation des conséquences des affections périnéosphinctériennes

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback	8.5	RAB
	7,5	SF

14/12/23

27/05/21 Article 9 - Rééducation de la déambulation du sujet âgé

14/12/23

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Les actes ci-dessous sont réalisés en dehors des cas où il existe une autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique.		
Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé	8.5	RPE
Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de	6	RPE

l'autonomie de la personne âgée (séance d'une durée de l'ordre de vingt minutes)		
Cet acte vise à l'aide au maintien de la marche, soit d'emblée, soit après la mise en œuvre de la rééducation précédente.		

27/05/21 Article 10 - Rééducation des patients atteints de brûlures

14/12/23

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Les séances peuvent être réalisées au rythme de deux par jour en fonction de la situation clinique.		
Rééducation d'un patient atteint de brûlures localisées à un membre ou à un segment de membre	8	RPB
Rééducation d'un patient atteint de brûlures étendues à plusieurs membres et/ou au tronc	9	RPB

14/12/23

Article 11 – Soins palliatifs

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Prise en charge, dans le cadre des soins palliatifs, comportant les actes nécessaires en fonction des situations cliniques (mobilisation, massage, drainage bronchique...), cotation journalière forfaitaire quel que soit le nombre d'interventions	12	PLL

14/12/23 Chapitre IV – DIVERS

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Kinébalnéothérapie.		
Pour les actes du chapitre II, la kinébalnéothérapie donne lieu à supplément		
- en bassin (dimensions minimales : 2 m x 1,80 m x 0,60 m)	1,2	AMK
- en piscine (dimensions minimales : 2 m x 3 m x 1,10 m)	2,2	AMK

14/12/23 Chapitre V Rééducations soumises à référentiel, abrogé

14/12/23 Au Titre XV, au chapitre V abrogé

23/06/06 **III. L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les chirurgiens-dentistes.**

15/10/13 Au Titre III, ch VII, abrogé

13/12/07 Article 2, abrogé

15/10/13

28/05/20 Article 15.8 – Consultations et majorations complexes

[...]

B) Consultation complexe pour les chirurgiens-dentistes

- **Consultation bucco-dentaire complexe du chirurgien-dentiste pour un patient atteint de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap**

Cette consultation bucco-dentaire complexe réalisée par un chirurgien-dentiste pour un patient atteint de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap est dénommée CBX.

Elle est facturable selon les consignes de la « grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap » définies à l'annexe XX de l'avenant 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes signée le 21 juin 2018.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

15/01/24 Article 14.1.4 - Majoration pour la prise en charge par un chirurgien-dentiste des urgences dentaires en dehors des plages de permanence de soins dentaires

La consultation du chirurgien-dentiste omnipraticien et spécialiste, pour la prise en charge des urgences dentaires sur demande de régulation médicale (centre 15 ou SAS) en dehors des plages de permanence de soins dentaires ouvre droit, en sus des honoraires, à une majoration, dénommée "soins non programmés (SNP)"

Le nombre de majorations SNP pouvant être cotées par un chirurgien-dentiste par semaine est limité à 10.

Cette majoration n'est pas cumulable avec un acte technique.

14/11/06 IV. L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les orthophonistes.

16/07/14 TITRE IV - ACTES PORTANT SUR LE COU

24/01/18 CHAPITRE II – LARYNX

06/11/18 Article 2 - Rééducation des troubles de la voix, de la parole, de la communication et du langage
07/05/19
16/06/22
25/09/23

Les cotations des actes de cet article ne sont pas cumulables entre elles.

Désignation de l'acte
Le bilan orthophonique fait l'objet d'une prescription médicale, accompagnée, si possible, des motivations de la demande de bilan et de tout élément susceptible

d'orienter la recherche de l'orthophoniste.

Deux types de prescriptions de bilan peuvent être établis :

1. Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire :

À l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur. Si des séances de rééducation doivent être dispensées, ce compte rendu comprend les objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances que l'orthophoniste détermine, par dérogation à l'article 5 des dispositions générales.

2. Bilan orthophonique d'investigation :

À l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur, accompagné des propositions de l'orthophoniste. Le prescripteur peut alors prescrire une rééducation orthophonique en conformité avec la nomenclature.

À la fin du traitement pour les deux types de bilan orthophonique susvisés, une note d'évolution est adressée au prescripteur. En cas de bilan pour le renouvellement des séances, l'orthophoniste établit une demande d'accord préalable.

Le compte rendu pour les deux types de bilan susvisés est communiqué au service médical à sa demande.

Lorsque l'orthophoniste estime, après examen de la plainte, que la réalisation du bilan orthophonique (bilan 1 ou 2 supra) n'est pas adaptée et que le patient n'a pas besoin de séances de rééducation, il peut réaliser un « bilan de prévention et d'accompagnement parental ». Au cours de ce bilan, l'orthophoniste prodigue au patient ainsi que, le cas échéant, à la famille des conseils de prévention, un accompagnement et, si nécessaire, une orientation adéquate vers un professionnel médical. Il doit rédiger une note en retour au médecin prescripteur.

Ce bilan ne doit pas être suivi de séances de rééducation et il est substitutif à la réalisation d'un bilan orthophonique défini au 1 et 2 ci-dessus.

1-Bilans		
	Coefficient	Lettre clé
1-1 Bilan avec rédaction d'une note au prescripteur		
Bilan de prévention et d'accompagnement parental	20	AMO

1-2 Bilans avec compte rendu écrit obligatoire		
En cas de bilan orthophonique, en renouvellement, la cotation du bilan est minorée de 30 %		
Bilan de la déglutition et des fonctions vélo-tubo-tympaniques	26	AMO
Bilan de la phonation	34	AMO
Bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité	34	AMO
Bilan de la communication et du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition de la communication et du langage écrit	34	AMO
Bilan de la communication et du langage écrit	34	AMO
Bilan de la cognition mathématique (troubles du calcul, troubles du raisonnement logico-mathématique...)	34	AMO
Bilan des troubles d'origine neurologique	40	AMO
Bilan des bégaiements et des autres troubles de la fluence	40	AMO
Bilan de la communication et du langage dans le cadre des handicaps moteur, sensoriel et/ou déficiences intellectuelles, des paralysies cérébrales, des troubles du spectre de l'autisme, des maladies génétiques et de la surdité	40	AMO
2-Rééducation individuelle (accord préalable pour les renouvellements)		
<p>Pour les actes suivants en rééducation individuelle, la séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes, sauf mention particulière.</p> <p>La première série de 30 séances est renouvelable par séries de 20 séances au maximum.</p> <p>Si, à l'issue des 50 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique en renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.</p>		
Rééducation des troubles de l'articulation, par séance	9,7	AMO
Rééducation de la déglutition dysfonctionnelle, par séance	9,8	AMO
Rééducation vélo-tubo-tympanique, par séance	9,9	AMO
Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, et les dyskinésies laryngées par séance	11,4	AMO
Rééducation des dysphagies, par séance	12,8	AMO
Rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité, par séance	13,5	AMO
Éducation et rééducation de la voix dans le cadre de pathologies tumorales (dont voix oro-oesophagiennes et/ou trachéo-oesophagienne, avec ou sans prothèse	13	AMO

phonatoire), par séance		
Rééducation des troubles de la communication et du langage écrit (dont dyslexie et dysorthographe) par séance	11,6	AMO
Rééducation des troubles de la cognition mathématique (dont dyscalculie, troubles du raisonnement), par séance	11,7	AMO
Rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture (dont dysgraphie), par séance	11,5	AMO
Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral, par séance :	12,1	AMO
- Pour un patient de 3 à 6 ans inclus	12,6	AMO
Rééducation des troubles de la fluence (dont bégaiement et bredouillement), par séance	12,2	AMO
Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance	12	AMO
<p>Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes, sauf mention particulière.</p> <p>La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur.</p> <p>Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique en renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.</p>		
Éducation ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps moteur, sensoriel et/ou les déficiences intellectuelles (inclus paralysie cérébrale, troubles du spectre de l'autisme et maladies génétiques), par séance	13,8	AMO
Rééducation des troubles de la communication et du langage oral dans le cadre des troubles du neurodéveloppement (dysphasie), par séance	14	AMO
<p>Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée de l'ordre de 45 minutes ne pouvant être inférieure à 30 minutes, sauf mention particulière.</p> <p>La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum.</p> <p>Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur.</p> <p>Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique en renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.</p>		
Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques, par séance	15,7	AMO

Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neuro-dégénératives, par séance	15,6	AMO
<p>Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 45 minutes, sauf mention particulière.</p> <p>La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum.</p> <p>Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur.</p> <p>Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique en renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.</p>		
Démütisation, rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	15,4	AMO
3- Rééducation nécessitant des techniques de groupe (Accord préalable pour les renouvellements)		
<p>La rééducation doit être effectuée à raison de deux à quatre patients au maximum par praticien.</p> <p><i>Il est conseillé de constituer des groupes de gravité homogène.</i></p> <p><i>Par première série de 30 séances d'une durée minimale d'une heure, renouvelable par séries de 20 séances au maximum :</i></p> <p><i>Si, à l'issue des 50 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique en renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.</i></p>		
Rééducation des troubles de l'articulation, par séance	9	AMO
Rééducation de la déglutition dysfonctionnelle, par séance	9	AMO
Rééducation vélo-tubo-tympanique, par séance	9	AMO
Rééducation des dysphagies, par séance	9	AMO
Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, et les dyskinésies laryngées par séance	9	AMO
Rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité, par séance	9	AMO
Education et rééducation de la voix dans le cadre de pathologies tumorales (dont voix oro-oesophagiennes et/ou trachéo-oesophagienne, avec ou sans prothèse phonatoire), par séance	9	AMO
Rééducation des troubles de la communication et du langage écrit (dont dyslexie et dysorthographe) par séance	9	AMO

Rééducation des troubles de la cognition mathématique (dont dyscalculie, troubles du raisonnement), par séance	9	AMO
Rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture (dont dysgraphie), par séance	9	AMO
Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral, par séance : - Pour un patient de 3 à 6 ans inclus	9 9	AMO AMO
Rééducation des troubles de la fluence (dont bégaiement et bredouillement), par séance	9	AMO
Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance	9	AMO
Éducation ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps moteur, sensoriel et/ou les déficiences intellectuelles (inclus paralysie cérébrale, troubles du spectre de l'autisme et maladies génétiques), par séance	9	AMO
Rééducation des troubles de la communication et du langage oral dans le cadre des troubles du neurodéveloppement (dysphasie), par séance	9	AMO
Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques, par séance	9	AMO
Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neuro-dégénératives, par séance	9	AMO
Démütisation, rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	9	AMO

03/04/07 V. L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les médecins et les chirurgiens-dentistes.

15/10/13 A la première partie : « Dispositions Générales » :

- a) A l'article 2-1 : Les lettres clés KC, SCM, PRO, SC, SPR, D et DC sont abrogées
- b) A l'article 7, au D, la mention « sur la réalisation d'appareils de prothèses dentaires ou » est supprimée
- c) A l'article 11, au B, au paragraphe 4 « Les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas : », le b) est supprimé
- d) A l'article 12, au A, les mots « (exemple : KC 50X1/3) » sont supprimés.

A la deuxième partie Au Titre I : « Actes de traitement des lésions traumatiques »
Au Chapitre III. « Plaies récentes ou anciennes »

Les actes suivants sont supprimés :

- Régularisation, épiluchage et suture éventuelle d'une plaie superficielle et peu étendue des parties molles (DC 5)
- Extraction de corps étrangers profonds des parties molles (DC20)

15/10/13

A la deuxième partie, au titre III « Actes portant sur la tête »,

- Au Chapitre IV, l'article 3 : « Traitement de diverses lésions de la face » est supprimé
- Au chapitre V – « Bouche – Pharynx (parties molles) », les articles 2, 5 sont abrogés

15/10/13

Au chapitre VI : « Maxillaires », les articles 1, 2, 3 et 4 sont abrogés.

Au chapitre VI « Maxillaires », l'article 5 « Orthopédie dento-faciale » est remplacé par :

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
La responsabilité de l'Assurance Maladie est limitée aux traitements commencés avant le seizième anniversaire. Le traitement doit			

15/10/13

17/12/13

<p>concerner les dysmorphoses corrigibles et doit être commencé au plus tard six mois après la date de l'accord sous peine de la caducité de celui-ci.</p> <p>L'accord préalable est nécessaire pour tout nouveau traitement et est valable pour un an.</p> <p>L'accord préalable est nécessaire pour chaque renouvellement annuel des soins, ou en cas de changement de praticien, ou encore en cas de modification du plan de traitement.</p> <p>Le contrôle dentaire peut demander la communication des examens complémentaires qui ont fait l'objet d'un remboursement.</p>			
1° Examens			
Examens avec prise d'empreinte, diagnostic et durée probable du traitement (les examens spéciaux concourant à l'établissement de ce diagnostic, et notamment radiographie dentaire, radiographie et téléradiographie de la tête sont remboursés en sus)	15	TO ou ORT	
- avec analyse céphalométrique, en supplément	5	TO ou ORT	
2° Traitements (accord préalable)			
<p>Rééducation de la déglutition et/ou de l'articulation de la parole : voir titre IV, chapitre II, article 2.</p> <p>Lorsque la rééducation et le traitement sont effectués par le même praticien, la cotation de la rééducation ne peut en aucun cas, s'ajouter à la cotation globale prévue pour le traitement d'orthopédie dento-faciale.</p>			
Traitement des dysmorphoses :			
- par période de six mois	90	TO ou ORT	AP

- avec un plafond de	540	TO ORT	ou	AP
Lorsqu'une phase de traitement est effectuée en denture lactéale ou mixte, elle est limitée à trois semestres. Exceptionnellement, un quatrième semestre peut être accordé après examen conjoint du patient avec le praticien-conseil.				
En cas d'interruption provisoire du traitement : séance de surveillance (au maximum 2 séances par semestre)	5	TO ORT	ou	AP
Contention après traitement orthodontique :				
Un avis technique favorable pour la contention ne peut être donné que si le traitement a donné des résultats positifs et dans la mesure où il se justifie techniquement :				
- première année	75	TO ORT	ou	AP
- deuxième année	50	TO ORT	ou	AP
Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée	180	TO ORT	ou	AP
Orthopédie dento-faciale des malformations consécutives au bec-de-lièvre total ou à la division palatine :				
Facturation :				
- forfait annuel, facturé à la fin de l'année de soins	200	TO ORT	ou	AP
ou - forfait semestriel, facturé à la fin du semestre de soins	100	TO ORT	ou	AP
Facturation : en période d'attente	60	TO ORT	ou	AP
Traitement d'orthopédie dento-faciale au-delà du seizième anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires, pour une période de six mois non renouvelable	90	TO ORT	ou	AP
La demande d'accord préalable doit être accompagnée d'une lettre du praticien qui doit effectuer l'intervention chirurgicale, motivant l'exécution du traitement				

20/04/22

23/11/09

15/10/13

- Le chapitre VII : Dents, gencives est abrogé :
- Le chapitre VIII : « Prothèses restauratrices maxillo-faciales » est abrogé.
- Les directives nationales d'assimilations dentaires sont abrogées.

A la troisième partie : nomenclature des actes médicaux utilisant les radiations ionisantes, au titre I – actes de radiodiagnostic :

12/05/16

La phrase suivante : « Conformément à la décision UNCAM du 11/03/05 les actes du titre I ne peuvent être facturés que par les médecins stomatologistes et les chirurgiens-dentistes » est remplacée par les dispositions suivantes : « Les actes du titre I ne peuvent être facturés que par les chirurgiens-dentistes spécialistes qualifiés en orthopédie dento-faciale ».

12/05/16

a) Au chapitre Ier – Dispositions générales, à l'article 1^{er} – Conditions générales de prise en charge, les termes « le médecin » sont remplacés par les termes « le praticien ».

13/09/12

L'article 3 – Actes effectués en dehors de l'unité d'imagerie est supprimé. En conséquence, l'article 4 – Circonstances particulières devient l'article 3 – Circonstances particulières.

20/03/12

12/05/16

b) Au chapitre II – Actes de radiodiagnostic portant sur le squelette – à l'Article 3 – Tête, les notes suivantes sont ajoutées aux actes concernés suivants :

20/08/18

Examen radiographique panoramique de la totalité du système maxillaire et du système dentaire (technique tomographique).....15 Z
Facturation : Ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare

Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique) :
Facturation : Ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.

Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique), une incidence.....15 Z
Facturation : Ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.

Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique), deux incidences et plus.....20 Z
Facturation : Ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.

Au Chapitre II – Actes de radiodiagnostic portant sur le squelette, A l'article 3 – Tête,

«Les Examens intrabuccaux » sont abrogés.

c) Au chapitre IV – Examen divers, la note suivante est ajoutée à l’acte concerné suivant :

15/10/13

Examen radiologique pour calcul de l'âge osseux, quelles que soient les méthodes.....15 Z
Facturation : Ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire

05/02/08

VI. L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les sages-femmes :

A. – A la première partie : Dispositions générales

A l’article 2 : Lettres clés et coefficients, introduire les lettres clés suivantes :

- CG : examen médical de suivi de grossesse réalisé par la sage-femme
- SP : séance de suivi postnatal réalisé par la sage-femme

14/02/13

La lettre-clé « CG : examen médical de suivi de grossesse réalisé par la sage-femme », est supprimée.

17/06/15

La lettre-clé « KE – Acte d’échographie, d’échotomographie ou de Doppler pratiqués par la sage-femme », est supprimée.

Remplacer la lettre-clé SF par : « SF – Actes pratiqués par la sage-femme ».

A l’article 11 - Actes multiples au cours de la même séance :
Introduire la lettre clé SP au paragraphe B.

Le paragraphe A - Actes effectués dans la même séance qu’une consultation est remplacé par :

02/10/12

18/04/14

17/06/15

Les honoraires de la consultation et de la visite ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes exécutés au cours de la même séance, sauf exception prévue ci-dessous. Par extension, les majorations prévues à la NGAP ne peuvent pas être appliquées à des actes techniques figurant à la CCAM et les modificateurs prévus au chapitre 19.03 de la CCAM ne peuvent pas être appliqués aux actes relevant de la NGAP.

Seul l'acte dont les honoraires sont les plus élevés est noté sur la feuille de maladie.

Exception :

- la
consultation donnée par un chirurgien ou un spécialiste qui examine un malade pour la première fois dans un établissement de soins peut être notée sur la feuille de maladie en sus de l'intervention chirurgicale qui lui fait immédiatement suite, lorsque cette intervention est pratiquée d'urgence et entraîne l'hospitalisation du malade »

A l'article 14 – Actes effectués la nuit ou le dimanche

05/02/08 Introduire les lettres clés CG et SP

B. – A la deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

02/10/12 Au Titre XI « Actes portant sur l'appareil génital féminin », au chapitre I « En
14/02/13 dehors de la gestation », l'article 2 « Suivi gynécologique réalisé par la sage-
femme » est ainsi modifié :

18/04/14 Ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par
17/06/15 voie vaginale.....22,4 SF

05/02/08 Au chapitre II « Actes liés à la gestation et l'accouchement », la section 2 « Actes
réalisés par les sages-femmes » est remplacée par :

02/10/12 Dans le cadre du suivi post-natal une consultation de l'enfant peut être facturée
14/02/13 par la sage-femme quand elle réalise, pour l'enfant, des actes cliniques ou
18/04/14 techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non
17/06/15 pathologiques et au dépistage de pathologie. Cette consultation s'intègre dans la
12/05/16 prise en charge de l'enfant en coordination avec l'ensemble des professionnels de
santé concernés, conformément aux articles R. 4127-318 et L. 4151-1 du Code de
la santé publique.

Le 1° « Accompagnement médical de la grossesse réalisé par la sage-femme », est
supprimé (décision UNCAM du 14 février 2013).

06/11/18 2° Notations propres à la sage-femme :

Bilan valorisant les missions de prévention des sages-femmes dans le cadre du
parcours de soins, réalisé à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant
la 24^{ème} semaine d'aménorrhée. Cette examen intègre notamment des
informations de suivi de la femme enceinte en *pré, per et post partum*, incluant le
contact anténatal en vue de préparer la sortie de maternité, des informations sur la
vaccination, toutes mesures de santé publique (tabac, conduites addictives...) ainsi
qu'une information relative au bilan buccodentaire du 4^{ème} mois : SF 12,6

Observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription
du médecin, une surveillance intensive : 9 SF

Observation et traitement au cabinet ou à domicile d'une grossesse pathologique, à
partir de la 24^{ème} semaine d'aménorrhée, comportant l'enregistrement du rythme
cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin :

- grossesse unique : 15,6 SF
- grossesse multiple : 22,6 SF

Examen de grossesse comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal. A
réaliser à partir de la 24^{ème} semaine d'aménorrhée (avec un maximum de deux,
sauf en cas d'urgence dûment justifiée dans le compte-rendu). Entre 41SA et
41SA+6J, cet examen pourra être renouvelé autant que de besoin, selon les

recommandations en vigueur :

- grossesse unique : 12,5 SF
- grossesse multiple : 19,5 SF

Pour les deux libellés précédents, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal doit être d'une durée de 30 minutes et donner lieu à l'établissement d'un compte rendu.

3°Préparation à la naissance et à la parentalité

Il s'agit d'un accompagnement de la femme ou du couple, en complément de la surveillance médicale de la grossesse, destiné à favoriser leur participation active dans le projet de naissance par une cohérence des actions en continuité, de la période anténatale à la période postnatale. Cet accompagnement a pour objectif:

- de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveaux nés par une approche éducative et préventive ;
- d'apporter une information aux futurs parents sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période néonatale et sur les droits sociaux afférents à la maternité;
- d'effectuer un travail corporel permettant d'aborder la naissance dans les meilleures conditions possibles ;
- de responsabiliser les femmes et les futurs parents en les incitant à adopter des comportements de vie favorables à leur santé et à celle de l'enfant à naître;
- de ménager un temps d'écoute des femmes permettant aux professionnels de dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité psychologique et sociale et de les orienter, le cas échéant, vers les professionnels compétents des champs sanitaires et sociaux.

Séances de préparation à la naissance et à la parentalité

- Première séance

Il s'agit d'un entretien prénatal précoce obligatoire individuel ou en couple adapté à chaque femme ou couple. Il doit être proposé systématiquement à la femme enceinte par le professionnel de santé qui confirme la grossesse. L'entretien peut se dérouler dès le 1er trimestre de la grossesse et fait l'objet de la rédaction d'une synthèse.

06/10/20

Cette séance doit permettre :

- d'identifier les besoins d'information ;
- de définir les compétences parentales à développer ;
- de faire le point sur le suivi médical et le projet de naissance ;
- de repérer les situations de vulnérabilité chez la mère et le père ;
- de donner de l'information sur l'offre de soins de proximité et sur son organisation ;
- d'orienter le cas échéant vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement ;
- de planifier les séances prénatales (individuelles ou en groupe).

06/11/18

- Séances suivantes

Il s'agit de séances de mise en œuvre du programme de préparation à la naissance et à la parentalité.

Les contenus essentiels à aborder durant les séances sont sélectionnés, hiérarchisés et adaptés aux besoins et attentes de la femme ou du couple.

La préparation à la naissance comprend huit séances dont la durée ne peut être inférieure à quarante-cinq minutes chacune. Le travail corporel sera évalué individuellement.

- Première séance pour la patiente ou le couple : SF15.
- A partir de la deuxième séance :
 - séances dispensées à 1 seule femme ou couple, la séance par patiente ou couple : SF12
 - séances dispensées à 2 ou 3 femmes ou couples simultanément, la séance par patiente ou couple : SF11,6
 - séances suivantes dispensées à 4 femmes ou couples et plus simultanément et jusqu'à un maximum de six personnes ou couples, la séance par patiente ou couple : SF6

La valeur du SF est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

06/09/23 Par dérogation à l'article 11, deux séances de préparation à la naissance et à la parentalité effectuées le même jour à des moments distincts peuvent se cumuler à taux plein.

06/09/23 4° Forfait de surveillance pour accouchement en maison de naissance

Le forfait de surveillance du travail et le forfait du post partum immédiat sont facturables après un accouchement en maison de naissance par la sage-femme qui réalise l'accouchement et qui remplit les obligations dévolues à la sage-femme référente. En cas d'indisponibilité de la sage-femme référente, la sage-femme qui a été associée au suivi de la parturiente, qui l'a prise en charge au moins une fois, et qui réalise l'accouchement, sera celle qui pourra prétendre aux forfaits de surveillance d'accouchement.

Ces forfaits ne peuvent pas être tarifés avec une majoration ou un autre acte de la nomenclature NGAP ou CCAM en dehors des actes d'accouchement.

Ces forfaits sont cumulables entre eux et avec un acte d'accouchement à taux plein.

- Forfait de surveillance du travail d'accouchement d'une femme en maison de naissance n'ayant pas été hospitalisée pour son accouchement : 2 FMN
- Forfait de surveillance en maison de naissance du post partum immédiat d'une femme n'ayant pas été hospitalisée en post partum immédiat ou le jour de son accouchement :

FMN.

5° Forfait journalier de surveillance à domicile, pour la mère et l'(les) enfant(s), de J0 à J12 (J0 étant le jour de l'accouchement)

06/09/23

Pour un enfant :

- pour les deux premiers forfaits ou les quatre premiers forfaits si retour à domicile a eu lieu de J0 à J1 : 16,5 SF
- pour les autres forfaits : 12 SF

Pour deux enfants ou plus :

- pour les deux premiers forfaits ou les quatre premiers forfaits si retour à domicile a eu lieu de J0 à J1 : 23 SF
- pour les autres forfaits : 17 SF

La consultation ou la visite ne sont pas cumulables avec un acte inscrit à la nomenclature.

La majoration MS se cumule avec le forfait journalier de surveillance à domicile pour les deux premières visites de surveillance à domicile, pour la mère et l'(les) enfant(s) réalisées entre J0 et J2 lorsque la femme rentre à domicile le jour de son accouchement (J0).

Elle est non facturable avec la majoration forfaitaire conventionnelle (DSP).

28/03/22

6° Séances d'entretien et de suivi postnatal

06/09/23

Il s'agit de séances individuelles ou collectives, au cabinet ou au domicile, par la sage-femme comportant des actions de prévention et de suivi éducatif.

Une séance d'entretien individuel doit être proposée :

- systématiquement de la 4^{ème} à la 8^{ème} semaine après l'accouchement. Cette séance, dite « entretien postnatal précoce » est obligatoire. Elle doit notamment permettre de détecter d'éventuelles difficultés psychiques chez la mère et doit avoir lieu préférentiellement à domicile ;
- de la 10^{ème} à la 14^{ème} semaine après l'accouchement aux femmes primipares ainsi qu'aux femmes qui présentent un facteur de risque psychologique (antécédents de dépression, facteur de risque identifié lors des séances précédentes, en particulier lors de la séance d'entretien post natal de la 4^{ème} à la 8^{ème} semaine après l'accouchement).
- Les séances de suivi postnatal, individuelles ou collectives, sont réalisées dans la logique de prévention en cas de besoins particuliers décelés pendant toute la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant, en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents.

En fonction des besoins de la femme ou du couple, les séances d'entretien et de suivi postnatales ont pour objectifs :

1. de rechercher des difficultés et les facteurs de risques psychiques, en particulier de dépression du post-partum ;
2. de détecter les difficultés relationnelles avec l'enfant et de favoriser les liens d'attachement mère enfant en prodiguant des conseils pour certaines situations à risques ;

3. de s'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant ;
4. de compléter les connaissances, d'accompagner les soins au nouveau-né, de soutenir la poursuite de l'allaitement ;
5. d'ajuster le suivi de la mère et de l'enfant en fonction des besoins, et de soutenir la parentalité ;
6. d'informer sur les enjeux liés à l'impact de l'environnement sur la santé de l'enfant et les mesures concrètes à mettre en œuvre au domicile.

Ces séances doivent faire l'objet d'un compte rendu inscrit au dossier du patient, porté au dossier médical partagé (DMP) si celui-ci est ouvert. En tant que de besoin, celui-ci est adressé au médecin traitant.

Lorsque l'entretien post natal de la 4ème à la 8ème semaine après l'accouchement est réalisé à domicile, le volet « santé environnement » s'attache à identifier les situations à risque et aider les parents à adopter des comportements sains pour leur santé et celle de leur bébé, et leur environnement.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Séance d'entretien post natal de la 4ème à la 8ème semaine après l'accouchement (Entretien post natal précoce)		
- à domicile	14	SP
- au cabinet	12	SP
Séance d'entretien post natal de la 4ème à la 8ème semaine (Entretien post natal précoce) au cabinet	12	SP
Séance d'entretien post natal de la 10ème à la 14ème semaine après l'accouchement au domicile		
- au domicile	14	SP
- au cabinet	12	SP
Séance de suivi post natal du 8ème jour à 14ème semaine après l'accouchement		
- par patiente ou couple	9	SP
- par patiente ou par couple, dispensée simultanément à 2 ou 3 femmes ou couples	7	SP
- par patiente ou par couple, dispensée simultanément à 4 ou 6 femmes ou couples	6	SP

Au maximum, peuvent être pris en charge :

- un entretien post natal systématique suivi d'un second entretien pour les femmes éligibles ;
- ainsi que deux séances de suivi post natal (individuelle et/ou en collectif).

17/06/15 Le Titre XIV – actes de rééducation et de réadaptations fonctionnelles est modifié comme suit :

1° Dans l'introduction, aux huitième et neuvième alinéas, après les mots : « le masseur-kinésithérapeute » sont insérés les mots : « , ou la sage-femme pour les actes de l'article 8 du chapitre II, » ;

2° Au chapitre II « Traitements individuels de rééducation et de réadaptation fonctionnelles », à l'article 8 « Rééducation des conséquences des affections périnéosphinctériennes », pour les sages-femmes, l'acte de « Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback » est soumis à la formalité de l'entente préalable selon les dispositions prévues au sixième alinéa de l'introduction du titre XIV.

06/11/18

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback	7,5	SF

14/12/23

Au Titre XV « Actes divers », Chapitre V « Actes utilisant les agents physiques », l'article premier « Actes de diagnostic » est supprimé.

06/11/18

VIbis. L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les sages-femmes et les médecins :

06/09/23

Art. 14.1.3. – Majoration pour la prise en charge par une sage-femme ou par un médecin correspondant non médecin traitant pour un patient adressé par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins (SAS) pour une prise en charge dans les 48 heures.

La consultation réalisée sous 48 heures par la sage-femme ou le médecin correspondant autre que le médecin traitant sollicité par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins, ouvre droit, en sus des honoraires, à une majoration, dénommée "soins non programmés (SNP)".

Le nombre de majorations SNP pouvant être cotées par un médecin ou une sage-femme par semaine est limité à 20.

Cette majoration ne s'applique pas aux psychiatres qui bénéficient pour une prise en charge dans les 48 heures sur adressage du médecin régulateur d'une valorisation spécifique prévue à l'article 15.2.4.

La majoration SNP ne se cumule pas avec:

- la majoration de coordination du médecin généraliste dans le cadre des soins non urgents;
- les autres majorations dédiées aux soins urgents (y compris la MU de l'article 14.1 de la NGAP) ou PDSA;
- les consultations complexes et très complexes du champ des soins non programmés;
- les consultations de soins non programmés réalisées pour les patients de la patientèle médecin traitant.

06/09/23 **Article 14.2. - Majoration de déplacement**

Lorsque le médecin généraliste ou le gériatre se déplace au domicile d'une personne la visite qu'il effectue donne lieu, en sus des honoraires et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à la majoration de déplacement MD dès lors que la situation de la personne ne permet pas d'envisager une consultation au cabinet.

Lorsque la sage-femme, se déplace au domicile d'une personne dont la situation ne permet pas d'envisager une consultation au cabinet, ce déplacement donne lieu, en sus des honoraires et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à la majoration de déplacement MD pour les actes suivants :

- les visites ou les actes réalisés lors de la période postnatale jusqu'à 14 semaines après l'accouchement ;
- pour l'acte du titre XIV de la NGAP d' « observation et traitement à domicile d'une grossesse pathologique, à partir de la 24ème semaine d'aménorrhée, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin » ;
- pour l'acte d' « observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive.

La MD est facturable par tous les médecins, toutes spécialités confondues, dans le cas particulier suivant : déplacement pour pratiquer des soins aux personnes en situation de handicap dans le cadre de dispositifs de consultations dédiés dans les structures de soins spécialisées.

Dans tous les cas le médecin communique le motif de la visite mentionnée ci-dessus au service médical, à sa demande.

Dans les cas particuliers ci-dessous les règles de facturation de la MD sont les suivantes :

1- La nuit, le dimanche et les jours fériés, l'acte donne lieu, en sus de l'honoraire et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à la majoration de déplacement. Dans ce cas, cette majoration est dénommée MDN pour les actes de nuit effectués dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 14 et peut faire l'objet d'une différenciation en fonction de l'heure de réalisation de l'acte. Elle est dénommée MDD pour les actes réalisés le dimanche et les jours fériés.

2-La facturation de la MD peut se cumuler avec la cotation de l'électrocardiogramme, telle que prévue à la CCAM.

3-La majoration de déplacement ne se cumule pas avec les majorations mentionnées aux articles 14 et 14.1 ci-dessus.

4-Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin généraliste ou le gériatre intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées tel que mentionné à l'article 13-1 pour effectuer des actes sur plus d'un patient, cette majoration peut être facturée pour chaque patient dans la limite de trois par déplacement.

La valeur de la majoration de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

21/06/17 L'article 14.8 est supprimé de la partie I et intégré dans la partie VI bis, modifié comme suit :

29/04/20

13/01/22 **Article 14.8. – Première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles par un médecin généraliste, un gynécologue, un**

gynécologue-obstétricien, un pédiatre ou une sage-femme

La consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention est dénommée CCP. Cette consultation à fort enjeu de santé publique est réservée aux jeunes de moins de 26 ans et prise en charge dans les conditions définies à l'alinéa 21° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

Cette consultation permet d'aborder des sujets relatifs à la santé sexuelle et reproductive dans une approche globale (prévention et promotion, contraception, vaccination, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, repérage des situations de violences et/ou discriminations en rapport avec la vie sexuelle).

Lors de cette consultation le médecin ou la sage-femme donne en particulier des informations sur les méthodes contraceptives et sur les infections sexuellement transmissibles. Il conseille, prescrit et explique l'emploi de la méthode choisie et ses éventuelles interactions médicamenteuses. Il inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient.

06/09/23 Elle peut être réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue, un gynécologue-obstétricien, un pédiatre ou une sage-femme. Elle ne peut être facturée qu'une seule fois par patient.

Cette consultation est facturée à tarif opposable.

Cette consultation complexe ne se cumule ni avec la majoration prévue à l'article 2 bis (MPC), ni avec la facturation d'une majoration de coordination au sens de l'article 16.2 et de l'annexe 11 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Le médecin ou la sage-femme doit informer du droit à l'anonymat pour cette prestation et doit respecter la décision du patient en utilisant le cas échéant un NIR anonyme.

10/07/18 L'article 14.9.3 est supprimé de la partie I et intégré dans la partie VI bis, modifié comme suit :

06/11/18

07/12/21

28/03/22

Article 14.9.3. – Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin ou une sage-femme dit « téléconsultant »

La téléconsultation est une consultation à distance réalisée entre un médecin quelle que soit sa spécialité médicale ou une sage-femme dit « téléconsultant », et un patient, ce dernier pouvant, le cas échéant, être assisté par un autre professionnel de santé. L'opportunité du recours à la téléconsultation est appréciée au cas par cas soit par le médecin traitant et le médecin correspondant d'une part, soit sage-femme d'autre part. Tout patient, si son état est compatible avec ce mode d'examen, peut accéder à une téléconsultation, après avoir été informé des conditions de réalisation de cette dernière, et donné son accord.

Toute téléconsultation est réalisée à l'aide d'un moyen de vidéotransmission, dans les conditions de réalisation définies à l'article 28.6.1.3 de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie et à l'article 7.4.1.2.1 de la Convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes et l'Assurance maladie.

Le médecin ou la sage-femme qui assiste, le cas échéant, le patient, au moment de la réalisation de la téléconsultation, peut facturer une consultation dans les mêmes conditions de facturation de la consultation de référence ou coordonnée définie à l'article 28.1 et 28.2 de la Convention des médecins ou Convention des sages-femmes précitée.

A) Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin dit « téléconsultant »

Sauf dérogations inscrites aux articles 28.6.1.1 et 28.6.1.2 de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016, la téléconsultation se déroule dans le respect du parcours de soins coordonné. Hors parcours de soins, elle s'inscrit dans le cadre de l'organisation territoriale décrite à l'article

28.6.1.2 du texte précité.

La téléconsultation s'inscrit également dans le principe d'une réponse territorialisée, c'est-à-dire que seul un médecin du même territoire que le patient peut réaliser la téléconsultation. Il existe des exceptions à ce principe de territorialité lorsque le patient est orienté par le régulateur du service d'accès aux soins en cas d'échec d'une prise de rendez-vous sur le territoire ou lorsque le patient réside dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins. Ces exceptions sont mentionnées à l'article 28.6.1.1 de la convention nationale des médecins.

Pour assurer la qualité des soins en téléconsultation, le suivi régulier du patient s'effectue à la fois par des consultations en présentiel et en téléconsultations au regard des besoins du patient et de l'appréciation du médecin, et ce afin que ce dernier puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.

La téléconsultation comporte un entretien avec le patient et éventuellement un examen clinique si le patient est accompagné d'un professionnel de santé ou si l'équipement disponible le permet, ainsi que l'examen de documents transmis par le patient ou par son représentant. Elle peut être conclue par une prescription télétransmise au patient par un moyen sécurisé.

Le compte rendu établi par le médecin téléconsultant, qu'il archive dans son propre dossier patient, conformément aux obligations légales et réglementaires doit obligatoirement être transmis au médecin traitant et au médecin ayant sollicité l'acte. Il est également porté, le cas échéant, au dossier médical partagé (DMP) du patient si celui-ci est ouvert.

La téléconsultation est facturable, avec le code TCG, par les médecins téléconsultants généralistes ou spécialistes de médecine générale en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la Convention nationale précitée et en secteur à honoraires différents et non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée lorsqu'ils respectent les tarifs opposables.

La téléconsultation est facturable, avec le code TCS, par les médecins téléconsultants hors généralistes et hors spécialistes de médecine générale en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale précitée et en secteur à honoraires différents et non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée lorsqu'ils respectent les tarifs opposables.

La téléconsultation est facturable, avec le code TC, par les médecins téléconsultants généralistes ou spécialistes non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée lorsqu'ils ne respectent pas les tarifs opposables.

Les actes respectivement nommés TCG, TCS et TC ne sont pas facturables avec les majorations MPC, MGM et MCS. Ces actes ouvrent droit aux autres majorations applicables à une consultation de référence ou coordonnée définie à l'article 28.1 et 28.2 de la Convention médicale précitée.

Ces actes peuvent être facturés pour un patient hospitalisé.

B) Consultation à distance réalisée entre un patient et une sage-femme dite « téléconsultante »

Sauf dérogations conventionnelles, les patients doivent être connus de la sage-femme réalisant la téléconsultation c'est-à-dire avoir bénéficié précédemment en présentiel avec la sage-femme (ou avec une sage-femme appartenant au même cabinet ou à la même maison de santé

pluriprofessionnelle) d'au moins une consultation ou d'un acte dans les douze mois. Dans le cadre du suivi de grossesse, une consultation en présence de la femme doit être réalisée avant la fin du premier trimestre.

Sauf dérogations conventionnelles, seule une sage-femme du même territoire que le patient, c'est-à-dire qui peut lui apporter des soins en présentiel lorsque la situation l'exige, peut réaliser la téléconsultation.

La sage-femme qui a réalisé la téléconsultation établit et archive un compte rendu dans son propre dossier patient. Un compte rendu peut être intégré par la sage-femme dans le dossier médical partagé (DMP) du patient lorsqu'il est ouvert.

La téléconsultation par une SF est facturable avec la lettre clé TCG.

Les majorations associées à ces téléconsultations s'appliquent dans les mêmes conditions que pour une consultation réalisée en présence du patient. La majoration conventionnelle MSF définie à l'article 7.3 de la convention des sages-femmes précitée ne se cumule pas avec la cotation du TCG.

L'article 14.9.4 est supprimé de la partie I et intégré dans la partie VI bis, modifié comme suit :

Article 14.9.4 – Acte de téléexpertise d'un médecin ou d'une sage-femme sollicité par un autre professionnel de santé

Une téléexpertise est une expertise à distance sollicitée par un professionnel de santé dit « professionnel de santé requérant » et donnée par un médecin ou une sage-femme dit « professionnel de santé requis », en dehors de la présence du patient concerné. Elle est réalisée avec un équipement adapté dans des conditions garantissant le respect du secret médical et la sécurité des informations transmises, en émission et en réception.

Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par le professionnel de santé requérant. La pertinence de la téléexpertise en fonction de la question à traiter est laissée à l'appréciation de la sage-femme ou du médecin requis.

06/11/18 Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre à la sage-femme ou au médecin requis par moyen sécurisé les données cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.

08/01/20
13/01/22
28/03/22 Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations.

Dans ce cadre de téléexpertise, en dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis donné par la sage-femme ou le médecin requis peut porter sur une question circonscrite ou sur l'exposition d'une situation complexe et l'analyse d'au moins un ou plusieurs types de documents transmis en appui par le professionnel de santé requérant.

L'acte de téléexpertise doit faire l'objet d'un compte-rendu, établi par la sage-femme ou le médecin requis, conformément aux obligations légales et réglementaires, qu'il archive dans son propre dossier patient et qui doit être transmis au professionnel de santé requérant ayant sollicité l'acte et au médecin traitant.

Les téléexpertises sont effectuées de manière ponctuelle et sont facturables avec le code TE2 dans la limite de :

- 4 actes par an, par médecin requis, pour un même patient
- 2 actes par an, par sage-femme requise, pour un même patient

L'acte TE2 est facturable à tarif opposable, sans cumul possible avec aucun acte ou majoration de la NGAP, majoration conventionnelle ou acte de la CCAM.

L'acte spécifique de téléexpertise du médecin au profit des patients admis en EHPAD amenés à changer de médecin traitant est facturable par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient, ainsi que par le précédent médecin traitant.

Article 14.9.5 - Accompagnement du patient par l'infirmier à la téléconsultation réalisée par un médecin ou une sage-femme dit «téléconsultant»

L'infirmier, en tant que professionnel de santé accompagnant, a notamment pour rôle d'assister le médecin dans la réalisation de certains actes participant à l'examen clinique et éventuellement d'accompagner le patient dans la bonne compréhension de la prise en charge proposée.

Selon la situation, trois codes prestation sont prévus :

- lorsque l'acte est réalisé au décours d'un soin infirmier, le code prestation est TLS. Dans ce cas, il est cumulable avec les actes réalisés au cours de la même séance, et à taux plein conformément à l'article 11B.4.c ;
- lorsque l'acte est réalisé isolément, dans un lieu dédié aux téléconsultations, le code prestation est TLL. Dans ce cas, par dérogation à l'article 13 des Dispositions générales, les indemnités de déplacement sont applicables par l'infirmier.
Elles ne sont applicables qu'une fois lorsque l'infirmier accompagne plusieurs patients au cours de téléconsultations réalisées successivement dans un même lieu dédié.
Deux déplacements dans un lieu dédié aux téléconsultations, au plus, sont facturables par jour.
- lorsque l'acte est réalisé isolément à domicile (intervention spécifique programmée non réalisée au décours d'un soin infirmier), le code prestation est TLD. Dans ce cas, les indemnités de déplacement s'appliquent.

La téléconsultation est organisée dans le respect du parcours de soins coordonnés selon les modalités définies à l'article 6.2.1 de l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers.

La téléconsultation doit être obligatoirement réalisée par vidéotransmission dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises, la traçabilité des échanges, la confidentialité des échanges et l'intimité des patients. Lorsque la téléconsultation est réalisée dans des conditions définies à l'alinéa 5 de l'article 6.2.1 de la convention nationale des infirmiers, l'infirmier peut être amené à transmettre les données administratives du patient au médecin. L'infirmier dispose des équipements nécessaires conformément, à l'article 6.2.3 et 6.2.5 de l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers.

Par dérogation à l'article 5 des Dispositions Générales de la NGAP, l'acte d'accompagnement à la téléconsultation réalisé par les infirmiers n'a pas à faire l'objet d'une prescription médicale.

L'article 14.9.6 est supprimé de la partie I et intégré dans la partie VI bis, modifié comme suit :

Article 14.9.6 – Acte de demande d'une téléexpertise par un professionnel de santé auprès d'un médecin ou d'une sage-femme

L'acte de demande d'une téléexpertise auprès d'un médecin ou d'une sage-femme est ouvert aux médecins, sages-femmes, orthophonistes et infirmiers.

Devant une situation clinique, la demande de téléexpertise du professionnel de santé requérant s'inscrit dans le besoin d'obtenir l'avis du professionnel de santé requis pour éclairer sa décision diagnostique ou thérapeutique pour la prise en charge de son patient au regard des pratiques recommandés dans les référentiels.

13/01/22 La téléexpertise est réalisée dans les conditions définies à l'article 14.9.4 de la NGAP.

28/03/22 La demande de téléexpertise doit être rapportée dans le dossier médical du patient tenu par le professionnel de santé requérant ainsi que dans le dossier médical partagé (DMP) du patient si celui est ouvert. Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations.

08/02/23 Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre au médecin ou à la sage-femme requis par moyen sécurisé les paramètres cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.

14/12/23 Cette demande est facturable par le professionnel de santé requérant par la lettre clé RQD dans la limite:

- 4 actes par an et à tarif opposable, par médecin requérant pour un même patient,
- 2 actes par an par orthophoniste ou masseur-kinésithérapeute requérant, pour un même patient.
- 2 actes par an par sage-femme requérante, pour un même patient.
- 4 actes par an par infirmier requérant, pour un même patient.

04/03/08 VII - L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les pédicures-podologues.

A) A la première partie : Dispositions générales

A l'article 2 - Lettres clé et coefficients, au 1° Lettre clé, introduire la lettre clé suivante :
POD : acte de prévention pratiqué par le pédicure-podologue

B) A la deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Au Titre XII- Actes portant sur le membre inférieur, Chapitre II – Pied

L'article 3 « Actes pédicurie » est remplacé par les dispositions suivantes :

15/05/21

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Rééducation d'un pied (à l'exclusion de l'articulation tibio-tarsienne), en relation avec une intervention chirurgicale sur	13,65	AMP	AP

l'avant-pied, par séance d'une durée de 30 minutes	4	AMK	
Rééducation des deux pieds (à l'exclusion des articulations tibio-tarsiennes), en relation avec une intervention chirurgicale sur l'avant-pied, par séance d'une durée de 30 minutes	20,5	AMP	AP
	6	AMK	
Massage d'un pied (à l'exclusion de l'articulation tibio-tarsienne), en relation avec une intervention chirurgicale sur les avant-pieds	6,8	AMP	AP
	2	AMK	
Massage des deux pieds (à l'exclusion des articulations tibio-tarsiennes), en relation avec une intervention chirurgicale sur les avant-pieds	10,2	AMP	AP
	3	AMK	
Pansement petit	0,75	AMP	
Pansement moyen ou pansements multiples sur un pied	1,25	AMP	
Pansement moyen ou pansements multiples sur deux pieds	2	AMP	
Pansement d'hygroma consécutif à l'intervention du médecin	1,50	AMP	
Traitement pédicural de cas pathologiques du domaine du pédicure (hygromas, onyxis, etc.) non justiciable d'un acte opératoire, suivant prescription médicale, pansement compris :			
- pour la première séance	2	AMP	
- pour les suivantes	1,50	AMP	

L'article 4 « Actes de prévention de pédicurie-podologie » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Un patient diabétique présentant des pieds à risque de grade 2 ou 3 peut bénéficier de la prise en charge d'un forfait de prévention par période d'un an. Un médecin peut prescrire ces actes s'il le souhaite, préciser sa prescription.

Celle-ci s'impose alors au pédicure-podologue.

22/12/23

21/03/13

15/05/21

Deux types de forfaits sont pris en charge :

- 1)- Forfait annuel de prévention des lésions des pieds à risque de grade 2* comprenant 5 séances de soins de prévention
- 2)- Forfait annuel de prévention des lésions des pieds à risque de grade 3* comprenant 8 séances de soins de prévention pour un patient présentant une plaie du pied du patient diabétique en cours de cicatrisation, et 6 séances de soins de prévention pour un patient ne présentant pas de plaie du pied diabétique.

* *Gradation du groupe international de travail sur le pied diabétique (International Working Group of the diabetic foot)*

▪ *Grade 2 : Neuropathie sensitive (définie par l'anomalie du test au monofilament de 10 g ou un seuil de perception vibratoire supérieure à 25 V), associée à une artériopathie des membres inférieurs (définie par l'absence des pouls du pied ou un IPS inférieur à 0,90) et/ou à une déformation du pied (hallux valgus, orteils en griffe ou en marteau, proéminence de la tête des métatarsiens)*

▪ *Grade 3 : Antécédents d'ulcération du pied (grade 3a), et/ou amputation de membres inférieurs (grade 3b)*

Chaque forfait comprend également la réalisation, par le pédicure-podologue, d'un bilan-diagnostic podologique initial et la transmission au médecin traitant d'une fiche de synthèse au terme du traitement ou chaque année en cas de prolongation de soins, comprenant notamment : les résultats obtenus, des observations ou les difficultés rencontrées, et le cas échéant l'ajustement du diagnostic podologique et du projet thérapeutique.

A tout moment, notamment à la vue de la fiche de synthèse, le médecin peut intervenir, en concertation avec le pédicure-podologue, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement.

Les éléments du bilan-diagnostic podologique et les fiches de synthèse sont tenus à la disposition du service du contrôle médical ou du patient à leur demande.

Chaque séance de soins des forfaits comporte :

- un examen des pieds et la gradation du risque podologique
- des soins de pédicurie-podologie
- une éducation du patient
- une évaluation du chaussage
- la mise en place d'un chaussage adapté, si nécessaire.

L'évaluation du pédicure-podologue, réalisée au cours de la première séance doit permettre d'établir, en tenant compte du projet du patient, le diagnostic podologique, les objectifs de la prise en charge thérapeutique préventive et éducative, le plan de soins et de choisir les actes et techniques les plus appropriés.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Séance de prévention des lésions des pieds à risque de grade 2 ou de grade 3 chez le patient diabétique, d'une durée de l'ordre de 45 minutes ne pouvant être inférieure à 30 minutes :		
- pour la première séance annuelle * :	1.19	POD
- pour les suivantes :	1	POD
<p><i>*Sauf cas particulier d'un patient dont l'évaluation conduit à estimer qu'il n'est pas éligible à l'ensemble des séances du forfait de prévention (patients ne relevant ni du grade 2 ni du grade 3). Le pédicure-podologue informe le médecin assurant le suivi du patient et la séance initiale est dans ce cas cotée via la lettre-clé POD de coefficient 1.</i></p> <p><i>Les séances réalisées au-delà de cette séance initiale ne peuvent pas faire l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.</i></p>		

Séance de prévention des lésions des pieds à risque de grade 2 ou de grade 3 chez le patient diabétique, d'une durée de l'ordre de 45 minutes ne pouvant être inférieure à 30 minutes, par séance1 POD

Le pédicure-podologue justifiant d'un Diplôme d'Etat obtenu à compter du 1^{er} janvier 2010 est autorisé à facturer des séances de prévention.

Le pédicure-podologue ayant obtenu un Diplôme d'Etat avant le 1^{er} janvier 2010 peut facturer des séances de prévention s'il atteste d'au moins une des conditions suivantes :

- L'obtention d'un DU de diabétologie ;
- Le suivi d'une formation sur le thème du pied du patient diabétique comportant :
 - o une formation théorique d'au moins 2 jours, encadrée par une équipe multidisciplinaire d'animateurs et experts reconnus dans le domaine du pied du patient diabétique (contexte, enjeux, plaie diabétique et traitement)
 - o une formation pratique d'au moins 2 jours, sous la forme de stage dans des structures ou services référents dans la prise en charge multidisciplinaire de la pathologie du pied du patient diabétique (mise en application des mesures préventives, moyens de dépistage des patients à haut risque podologique, traitement local des ulcérations constituées et éducation thérapeutique) ;
- Une pratique professionnelle d'au moins six mois dans le cadre des réseaux ou dans un service de diabétologie.

Le suivi d'une formation sur le thème du pied du patient diabétique et la pratique professionnelle doivent faire l'objet d'une attestation délivrée selon le cas par le responsable de la formation, par le directeur du réseau ou par le responsable du service de diabétologie.

La facturation, le même jour, pour un même patient, de deux séances de prévention ou d'une séance de prévention et d'un acte du titre XII - chapitre II, article 3 n'est pas autorisée.

VIII - L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les orthoptistes.

Au Titre III - « Actes portant sur la tête » - chapitre II « Orbitte - œil » - article 1 « Orthoptie : bilans, rééducations et enregistrements »

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
1) Préambule L'orthoptiste est seul habilité à réaliser les actes du présent article. Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie les actes effectués personnellement par un orthoptiste, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription initiale du médecin demandant un bilan ou par l'intermédiaire d'un protocole organisationnel, au sens des articles R.4342-1-1 et R.4342-1-2 du code de la santé publique. Si le médecin le souhaite, il peut préciser sa prescription en liaison avec l'orthoptiste. Celui-ci est alors lié par le contenu de cette prescription.			
2) Bilans orthoptiques - le bilan comprend le diagnostic orthoptique, le plan de soins et son objectif ; - l'orthoptiste détermine la nature et le nombre des séances de rééducation, les actes et les techniques appropriées ; - le compte-rendu, tenu à la disposition du service médical, comporte le diagnostic orthoptique argumenté et les objectifs, le plan de soins de la rééducation/du traitement orthoptique s'ils sont indiqués (justification			

27/10/17
04/07/17
19/07/12
29/09/22

<p>nécessaire en cas d'absence d'indication à une rééducation) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - le bilan est communiqué au médecin prescripteur par l'orthoptiste ; - les actes de l'article 1 ne sont pas associables entre eux ni avec un acte de l'article 3 du présent chapitre ; - dans le cadre de la collaboration d'un orthoptiste à l'examen de l'ophtalmologiste, quel que soit le statut, salarié ou libéral, de l'orthoptiste, quels que soient le lieu et le secteur d'exercice de l'ophtalmologiste, la facturation cumulée des actes suivants, réalisés le même jour, n'est pas autorisée (sauf circonstance exceptionnelle dûment justifiée dans le compte-rendu) : <ul style="list-style-type: none"> - bilan orthoptique en sus de la consultation médicale, de la téléconsultation ou de l'avis ponctuel de consultant ; - bilan orthoptique et un ou plusieurs des actes suivants, inscrits à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) : examen de la vision binoculaire (BLQP010), examen fonctionnel de la motricité oculaire (BJQP002). <p>Les circonstances exceptionnelles décrites dans la circulaire ad hoc sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - strabisme diagnostiqué ; - trouble neuro-ophtalmologique avéré ; - enfant atteint d'une pathologie oculaire grave : glaucome congénital, cataracte congénitale, rétinopathie du prématuré, rétinopathie congénitale, tumeur oculaire ou orbito-palpébrale ; - enfant porteur d'une maladie rare avec atteinte ophtalmologique avérée ou potentielle ; - basse vision chez l'enfant. 			
<p>Bilan orthoptique des déficiences visuelles d'origine périphérique ou neuro-ophtalmologique (basse vision) avec un maximum de deux bilans par an. La réalisation du 2^e bilan doit être justifiée par l'évolution de la pathologie.</p> <p>Le compte rendu tenu à la disposition du service médical, comporte au moins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la détermination subjective de l'acuité visuelle, - la détermination subjective de la fixation, - le bilan des déséquilibres oculomoteurs. 	30	AMY	
<p>Bilan des conséquences neuro-ophtalmologiques des pathologies générales et des déficiences neuro-visuelles d'origine fonctionnelle avec un maximum de deux bilans par an.</p> <p>La réalisation du 2^{ème} bilan doit être justifiée par l'évolution de la pathologie.</p> <p>Le compte rendu tenu à la disposition du service médical, comporte au moins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la détermination subjective de l'acuité visuelle, - la détermination subjective de la fixation, - le bilan des déséquilibres oculomoteurs. 	30,5	AMY	
<p>Bilan des déséquilibres de la vision binoculaire lié à un trouble des capacités fusionnelles avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.</p>	10	AMY	AP

Bilan des déséquilibres de la vision binoculaire lié à un trouble des capacités fusionnelles et un trouble neurosensoriel, accommodatif ou à un trouble de l'orientation du regard (hors enregistrement) avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.	14,5	AMY	AP
Bilan des troubles oculomoteurs : hétérophories, strabismes, paralysies oculomotrices avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.	15	AMY	AP
Bilan d'une amblyopie avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.	15,5	AMY	AP
<p>3) Actes de rééducation</p> <p>Les actes de rééducation s'adressent à des personnes atteintes de déséquilibres binoculaires, d'hétérophories, de strabismes, d'amblyopie fonctionnelle ou à des personnes ayant une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle susceptibles de compromettre les apprentissages ou la réalisation des actes essentiels au maintien de l'autonomie.</p> <p>L'orthoptiste informe le médecin prescripteur de l'éventuelle adaptation ou du renouvellement du traitement en fonction de son évolution et de l'état de santé du patient. A tout moment, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec l'orthoptiste, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement.</p> <p>A l'issue de la dernière séance, l'orthoptiste adresse au médecin prescripteur une fiche retraçant l'évolution du traitement orthoptique. Celle-ci est tenue à la disposition du patient et du service médical à sa demande.</p> <p>Une demande d'accord préalable doit être obligatoirement formulée pour tout renouvellement.</p>			
<p>Rééducation d'une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle, de l'ordre de 30 mn pour les patients de 16 ans et de moins de 16 ans, de l'ordre de 45 mn pour les patients de plus de 16 ans.</p> <p>Cette rééducation est destinée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aux patients ayant une pathologie oculaire ou des lésions d'origine traumatique, tumorale, neurologique et/ou vasculaire entraînant une déficience visuelle - aux patients ayant des troubles des apprentissages et/ou des troubles neuro visuels objectivés dans le cadre d'un bilan pluridisciplinaire (médical et paramédical) - Patients de plus de 16 ans - Patients de 16 ans et moins de 16 ans 	19,2 13,2	AMY AMY	
Traitement de l'amblyopie par série de vingt séances de l'ordre de 20 minutes, par séance ; au-delà de 20 séances, l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.	7	AMY	

08/08/23

Traitement du strabisme par série de vingt séances de l'ordre de 20 minutes par séance ; au-delà de 20 séances, l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.	7,7	AMY	
Traitement des hétérophories et des déséquilibres binoculaires par série de vingt séances de l'ordre de 20 minutes, par séance ; au-delà de 20 séances, l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.	4	AMY	

Article 2 - Orthoptie : actes avec enregistrements

Les enregistrements visés par le présent article peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie lorsqu'ils sont effectués personnellement par un orthoptiste sur prescription d'un médecin (éventuellement par l'intermédiaire d'un protocole organisationnel, au sens des articles R. 4342-1-1 et R. 4342-1-2 du code de la santé publique) sans réalisation d'un bilan au préalable.

29/09/22

08/08/23

Périmétrie (champ visuel) ou campimétrie réalisée sans mesure de seuil11,5 AMY
Périmétrie (champ visuel) ou campimétrie réalisée avec mesure de seuil12,3 AMY
Courbe d'adaptation à l'obscurité,.....9 AMY
Exploration du sens chromatique,.....6 AMY
Exploration du sens chromatique au test de Farnsworth 100 HUE, assisté par ordinateur, avec graphique et score.....9 AMY

19/07/12

Acte de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur dans les conditions définies réglementairement avec télétransmission au médecin lecteur6,7 AMY

La facturation de cet acte est conditionnée à :

17/12/13

- une formation

- la réalisation de 2 clichés numériques de chaque œil : l'un centré sur la macula, l'autre sur la papille

06/11/18

- la télétransmission dans un délai maximum de 48H, des rétinographies au médecin lecteur accompagnée des données administratives d'identification du patient et du prescripteur et éventuellement des informations complémentaires communiquées par le prescripteur.

- Evaluation HAS 11 juillet 2007 - Interprétation des photographies du fond d'œil, suite à une rétinographie avec ou sans mydriase.

-Recommandations HAS décembre 2010 - Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil.

Acte de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur dans les conditions définies réglementairement avec transmission par autre moyen que la télétransmission au médecin lecteur6,1 AMY

La facturation de cet acte est conditionnée à :

- une formation

- la réalisation de 2 clichés numériques de chaque œil : l'un centré sur la macula, l'autre sur la papille

- la transmission dans un délai maximum de 48H, des rétinographies au médecin lecteur accompagnée des données administratives d'identification du patient et du prescripteur et éventuellement des informations complémentaires communiquées par le prescripteur.
- Evaluation HAS 11 juillet 2007 - Interprétation des photographies du fond d'œil, suite à une rétinographie avec ou sans mydriase.
- Recommandations HAS décembre 2010 - Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil

29/09/22
13/04/23

Article 3 - Orthoptie : acte spécifique d'étude de la réfraction et de l'acuité visuelle

Les actes visés par le présent article peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie lorsqu'ils sont effectués personnellement par un orthoptiste.

Dans les conditions fixées par le décret n°2022-691 du 26 avril 2022, la réalisation des actes du présent article peut ne pas être soumise à prescription médicale préalable.

08/08/23

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
<p>Mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation</p> <p>- Ces actes ne sont pas associables à un acte de l'article 1 du présent chapitre</p> <p>Lorsque cet acte donne lieu à une primo-prescription de verres correcteurs associés, le cas échéant, de lentilles de contact par un orthoptiste en accès direct chez un patient non appareillé.</p> <p>Dans toutes les autres situations, dont le renouvellement de verres correcteurs précédemment prescrits, associés, le cas échéant, à des lentilles de contact.</p>	<p>8,7</p> <p>8</p>	<p>AMY</p> <p>AMY</p>	

<p>Dans le cadre de la collaboration d'un orthoptiste à l'examen de l'ophtalmologiste, quel que soit le statut - salarié ou libéral - de l'orthoptiste, quels que soient le lieu et le secteur d'exercice de l'ophtalmologiste, la facturation cumulée des actes suivants, réalisés le même jour, n'est pas autorisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation en sus de la consultation médicale, de la téléconsultation ou de l'avis ponctuel de consultant ; - la mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation et un ou plusieurs des actes suivants, inscrits à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) : examen de la vision binoculaire (BLQP010), examen fonctionnel de la motricité oculaire (BJQP002). 			
<p>Actes de dépistage de l'amblyopie et des troubles de la réfraction chez l'enfant</p> <p>Chaque acte de dépistage n'est facturable qu'une fois par patient et sur la tranche d'âge concernée.</p> <p>Les 2 actes de dépistage ne sont cumulables ni avec un autre acte en AMY ni avec des actes médicaux.</p> <p>En cas de dépistage positif, l'orthoptiste oriente l'enfant vers un médecin ophtalmologiste.</p> <p>Ces actes doivent faire l'objet d'une mention dans le carnet de santé de l'enfant ou dans le dossier médical partagé s'il existe.</p> <p>Dépistage de l'amblyopie chez les nourrissons âgés de 9 à 15 mois</p> <p>Dépistage des troubles de la réfraction chez les enfants âgés de 30 mois à 5 ans</p>	<p>7,7</p> <p>8,4</p>	<p>AMY</p> <p>AMY</p>	

10/07/18

VIII bis - L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les médecins et les orthoptistes.

A la première partie « Dispositions Générales » :

Article 6-1 - Réalisation d'un bilan visuel à distance dans le cadre d'un protocole de délégation

entre l'ophtalmologue et l'orthoptiste (RNO)

Le bilan visuel s'adresse à des patients âgés de 6 ans à la veille incluse des 51 ans. La population cible et les conditions de réalisation de ce bilan visuel sont conformes aux protocoles de coopération validés par la HAS « Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez l'enfant de 6 à 15 ans » et « Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans ».

Ce protocole s'adresse à des ophtalmologues et à des orthoptistes salariés ou libéraux exerçant dans un même lieu d'exercice et unique.

Le patient est connu de l'ophtalmologue (ou un de ses associés). L'accord du patient ou de son représentant est nécessaire pour la réalisation du bilan par l'orthoptiste en l'absence de l'ophtalmologue. Le bilan réalisé par l'orthoptiste inclut au moins l'interrogatoire, la détermination de l'acuité visuelle et de la réfraction, la recherche de déséquilibre oculomoteur, la mesure du tonus oculaire avec un tonomètre à air (au-delà de 16 ans), la prise de rétino-graphie.

Sont exclus les patients :

- présentant des signes d'affection aigüe de l'œil,
- dont la dernière consultation avec l'ophtalmologue, ou un de ses associés, remonte à plus de 5 ans,
- porteurs d'une pathologie chronique connue et suivie,
- dont les traitements ou pathologies générales nécessitent un suivi ophtalmologique régulier,
- adressés par un autre médecin.

L'orthoptiste oriente le patient vers l'ophtalmologue si son état le nécessite.

L'acte ne peut être facturé qu'une seule fois par patient à l'issue de sa complète réalisation soit par l'ophtalmologue, soit par l'orthoptiste.

Pendant la période allant du bilan visuel réalisé par l'orthoptiste à la lecture du bilan par l'ophtalmologue (délai maximum de 8 jours pour la lecture du bilan et la facturation), ne sont pas autorisées la facturation :

- d'un bilan orthoptique, d'une mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation, d'une exploration du sens chromatique, d'une rétino-graphie par un orthoptiste,
- des actes CCAM suivants : BGQP007, BGQP009, BGQP140, BLQP010, BJQP002,
- d'une consultation par l'ophtalmologue, sauf situation d'urgence.

L'acte n'est facturable avec aucune majoration listée dans la NGAP et listée dans la convention nationale des médecins et doit être réalisé à tarif opposable.

08/10/08 IX - L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est

26/09/18 **modifié comme suit pour les infirmières et les infirmiers.**

Au Titre XVI - Soins infirmiers,

08/02/23 **Partie I – Soins infirmiers**

Chapitre I - Soins de pratique courante

Article 1 - Prélèvements et injections

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Prélèvement par ponction veineuse directe Cet acte est cumulable à taux plein quel que soit le coefficient de l'acte associé par dérogation à l'article 11B des Dispositions générales.	1,5	AMI ou AMX
Prélèvement par ponction veineuse directe	1,5	SFI
Saignée	5	AMI ou SFI
Prélèvement aseptique cutané ou de sécrétions muqueuses, prélèvement de selles ou d'urine pour examens cytologiques, bactériologiques, mycologiques, virologiques ou parasitologiques	1	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe isolée	2	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe en série	1,5	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe chez un enfant de moins de cinq ans	2	AMI ou SFI
Injection intramusculaire	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection d'un sérum d'origine humaine ou animale selon la méthode de Besredka, y compris la surveillance	5	AMI ou SFI
Injection sous-cutanée	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection intradermique	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection d'un ou plusieurs allergènes, poursuivant un traitement d'hyposensibilisation spécifique, selon le protocole écrit, y compris la surveillance, la tenue du dossier de soins, la transmission des informations au médecin prescripteur	3	AMI ou SFI
Injection d'un implant sous-cutané	2,5	AMI ou SFI
Injection en goutte à goutte par voie rectale	2	AMI ou SFI
Vaccination avec prescription médicale ou lorsque le vaccin ne nécessite pas de prescription	2,4	AMI ou AMX
Vaccination sans prescription médicale	3,05	AMI ou AMX

18/07/19

13/01/22 **Article 2 - Pansements courants**

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pansement de stomie	3	AMI
	2	SFI
Pansement de trachéotomie, y compris l'aspiration et l'éventuel changement de canule ou sonde	3	AMI
	2,25	SFI
Ablation de fils ou d'agrafes, dix ou moins, y compris le pansement éventuel	2	AMI ou SFI
Ablation de fils ou d'agrafes, plus de dix, y compris le pansement éventuel	4	AMI ou SFI
Pansement de plaies opératoires étendues ou multiples, après abdominoplastie ou chirurgie mammaire. Dans le cadre de la chirurgie mammaire et en cas de bilatéralité, deux actes peuvent être facturés, le deuxième à 50% de son coefficient en application de l'article 11B des Dispositions générales.	3	AMI
Pansement postopératoire d'exérèses multiples de varices et /ou de ligatures multiples de veines perforantes avec ou sans stripping. Quelle que soit la localisation des plaies (sur un même membre ou sur les 2 membres), deux actes au plus peuvent être facturés.	3	AMI
Autre pansement	2	AMI ou SFI

18/07/19 Article 3 - Pansements lourds et complexes
13/01/22

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Bilan à la première prise en charge d'une plaie nécessitant un pansement lourd et complexe. Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, la prescription médicale des pansements de plaies comprend aussi la réalisation du bilan dans les conditions citées ci-dessous. Une séance au plus peut être facturée annuellement pour les plaies dont la durée de prise en charge est supérieure à un an ; pour les plaies d'une durée inférieure à un an, un nouveau bilan pourrait être réalisé en cas de récurrence définie par une interruption des soins liés à la plaie d'au moins deux mois. Ce bilan comprend l'évaluation de la situation du patient, l'établissement d'une fiche descriptive de la plaie, l'élaboration d'un projet de soins et la réalisation du pansement. Cet acte n'est pas associable avec la majoration de coordination infirmière définie à l'article 23.2 des Dispositions générales.	11	AMI ou AMX
Pansements de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une surface supérieure à 5 % de la surface corporelle	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement de brûlure suite à radiothérapie, sur une surface supérieure à 2% de la surface corporelle	4	AMI ou AMX
Pansement d'ulcère étendu ou de greffe cutanée, sur une surface supérieure à 60 cm ²	4	AMI ou AMX ou SFI

Pansement d'amputation nécessitant détersion, épluchage et régularisation	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement de fistule digestive	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement pour pertes de substance traumatique ou néoplasique, avec lésions profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement nécessitant un méchage ou une irrigation	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'ulcère ou de greffe cutanée, avec pose de compression	5,1	AMI ou AMX
<p>Analgesie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre</p> <p>L'acte comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgesie la mise en attente.</p> <p>L'analgesie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre, dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansement continu, sans intervalle supérieur à 2 mois), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation.</p> <p>Lorsque l'analgesie et le pansement sont réalisés au cours de la même séance, les cotations de ces deux actes peuvent se cumuler entre eux à taux plein en dérogation à l'article 11B des Dispositions générales.</p>	1,1	AMI ou AMX
<p>Pose de système de traitement par pression négative (console et pansement) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir</p> <p>Prescription initiale hospitalière pour 30 jours et pouvant être renouvelée une fois au maximum. Suivi hebdomadaire par le prescripteur initial de l'évolution de la plaie et de l'état général du patient.</p> <p>Indications médicales selon les recommandations HAS : traitement de seconde intention des plaies chroniques (ulcères de jambe veineux ou mixtes à prédominance veineuse et plaies du pied diabétique) faiblement à modérément exsudatives, après échec d'un traitement de première intention bien conduit.</p> <p>Un nouveau système de traitement est posé lorsque le système en place est saturé ou après 7 jours de traitement.</p>	4,6	AMI ou AMX

Mise en place de pansement additionnel (sans changement de console) pour traitement par pression négative (TPN) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir. Indications médicales selon les recommandations HAS.	2,1	AMI ou AMX
--	-----	------------

Article 4 - Pose de sonde et alimentation

Cf. Article III-4 IX bis pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers

Article 5 - Soins portant sur l'appareil respiratoire

Cf. Article III-4 IX bis pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers

Article 6 - Soins portant sur l'appareil génito-urinaire

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Injection vaginale	1,25	AMI ou SFI
Soins gynécologiques au décours immédiat d'un traitement par curiethérapie	1,5	AMI ou SFI
Cathétérisme urétral chez la femme	3	AMI ou SFI
Cathétérisme urétral chez l'homme	4	AMI ou SFI
Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme	3	AMI ou SFI
Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme	4	AMI ou SFI
Éducation à l'autosondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances	3,5	AMI ou SFI
Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage éventuel	4,5	AMI ou SFI
Les deux cotations précédentes ne sont pas cumulables avec celles relatives au cathétérisme urétral ou au changement de sonde urinaire		
Instillation et/ou lavage vésical (sonde en place)	1,25	AMI ou SFI
Pose isolée d'un étui pénien, une fois par vingt-quatre heures	1	AMI ou SFI
Retrait de sonde urinaire	2	AMI

Article 7 - Soins portant sur l'appareil digestif

Cf. Article III-4 IX bis pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers

Article 8 - Test et soins portant sur l'enveloppe cutanée

Cf. Article III-4 IX bis pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers

Article 9 – Perfusions (supprimé par décision UNCAM du 21/07/14)

18/07/19 Article 10 - Surveillance et observation d'un patient à domicile

29/09/20

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques ou cognitifs (maladies neurodégénératives ou apparentées) avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage.	1,2	AMI	
Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage.	1	SFI	
Au-delà du premier mois, par passage	1,2	AMI	AP
	1	SFI	
(1) Pour l'application des deux cotations ci-dessus, la notion de domicile n'inclut ni les établissements de santé mentionnés à l'article L 6111-1 du code de la santé publique, ni les établissements d'hébergement de personnes âgées, des adultes handicapés ou inadaptés mentionnés au 5° de l'article 3 de la loi n° 75 - 535 du 30/06/1975 modifiée, à l'exception toutefois des Résidences Autonomie.			
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze passages.	1	AMI	
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze jours, par jour	1	SFI	
Accompagnement à domicile de la prise médicamenteuse, lors de la mise en œuvre ou de la modification d'un traitement ou au cours d'une situation clinique susceptible de remettre en question la stratégie thérapeutique, pour un patient non dépendant, polymédiqué et présentant des critères de fragilité identifiés par le médecin, avec un retour écrit au médecin. Trois séances incluant chacune : <ul style="list-style-type: none">- prise de contact,- mise en œuvre,- évaluation et compte rendu, sont à réaliser dans un délai maximal d'un mois, renouvelables sur prescription une fois au cours des 12 mois suivants : <ul style="list-style-type: none">- Surveillance : relevé d'éléments cliniques objectifs :	Séance initiale 5,1, 2ème et 3ème séance 4,6	AMI	

<p>pouls, TA...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observation : relevé d'éléments cliniques « subjectifs » : plainte, comportement... - Vérification de la : <ul style="list-style-type: none"> o compréhension de ou des ordonnances par le patient et/ou son entourage, recherche de coprescripteurs, o préparation du pilulier selon la ou les prescriptions en cours, o prise médicamenteuse et selon contrainte horaire, par rapport aux repas, selon aliments..., o gestion du stock médicamenteux selon le ou les prescripteurs (accumulation de médicaments, recherche d'automédication / médicaments autres), - Recherche de motifs de non prise des médicaments ou des modifications de posologie / recherche d'effet secondaire, - Recueil des éléments du contexte social pouvant retentir sur l'observance, - Recherche des éléments explicatifs d'une non observance en cours de traitement selon demande précise du médecin, - Retour au médecin prescripteur et au médecin traitant s'il n'est pas le prescripteur. <p>Les autres actes inscrits à l'article 10 peuvent faire suite à cet acte d'accompagnement.</p> <p>Au cours de la même séance, l'acte d'accompagnement n'est pas cumulable avec les autres actes de cet article.</p>			
---	--	--	--

28/02/17
21/07/17
18/07/19
13/01/22

Article 11 - Soins infirmiers à domicile pour un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente à l'exclusion des soins relevant du périmètre de l'article 12 du même chapitre

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
<p>I - Séance de soins infirmiers, par séance d'une demi-heure, à raison de 4 au maximum par 24 heures</p> <p>La séance de soins infirmiers comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne</p> <p>La cotation forfaitaire par séance inclut l'ensemble des actes</p>	3	AIS	AP

relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la séance, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle.

Par dérogation à cette disposition et à l'article 11B des Dispositions générales, la séance de soins infirmiers peut se cumuler avec la cotation à taux plein :

- d'une perfusion, telle que définie au chapitre II articles 3,4 et 5 du présent titre ;
- ou d'un pansement lourd et complexe (chapitre I article 3 et chapitre II article 5 bis du présent titre);
- ou d'une séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO) au chapitre II article 5 ter du présent titre ;
- ou d'un prélèvement par ponction veineuse directe de l'article 1 du chapitre I du présent titre.

En application de l'article 11B des Dispositions générales, chacun des actes suivants peut se cumuler à 50% de son coefficient, avec la séance de soins infirmiers :

- injection intra-musculaire, intradermique ou sous cutanée (chapitre I article 1^{er} et chapitre II article 4 du présent titre) ;
- supplément pour vaccination antigrippale dans le cadre de la campagne de vaccination antigrippale organisée par l'Assurance Maladie ;
- injection sous-cutanée d'insuline et acte de surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané (chapitre II article 5 bis du présent titre).

La cotation de séances de soins infirmiers est subordonnée à l'élaboration préalable de la démarche de soins infirmiers jusqu'au

<p>31 mars 2022. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à trois mois. A compter du 1er avril 2022, elle est subordonnée à l'élaboration préalable du bilan de soins infirmiers.</p>			
<p>II- Mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue d'insérer ou de maintenir le patient dans son cadre de vie, pendant lequel l'infirmier l'aide à accomplir les actes quotidiens de la vie, éduque son entourage ou organise le relais avec les travailleurs sociaux, par séance d'une demi-heure, à raison de 4 au maximum par 24 heures</p> <p>La cotation des séances d'aide dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée est subordonnée à l'élaboration préalable du bilan de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à quinze jours, renouvelable une fois.</p>	3,1	AIS	AP
<p>III- Séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, par séance d'une demi-heure</p>	4	AIS	AP
<p>Cet acte comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le contrôle des principaux paramètres servant à la prévention et à la surveillance de l'état de santé du patient ; - la vérification de l'observance du traitement et de sa planification; - le contrôle des conditions de confort et de sécurité du patient ; - le contrôle de l'adaptation du programme éventuel d'aide personnalisée; - la tenue de la fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant ; - la tenue de la fiche de liaison et la transmission des informations à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue. <p>Cet acte ne peut être coté qu'une fois par semaine. Il ne peut l'être pendant la période durant laquelle sont dispensées des séances de soins infirmiers, ni pendant la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée, ni avec des actes incluant une surveillance dans leur cotation. Le cumul avec un autre acte médico-infirmier inscrit au présent titre a lieu à 50% de son coefficient</p>			

20/04/22

<p>conformément à l'article 11 B des dispositions générales, à l'exception de l'acte de prélèvement par ponction veineuse directe inscrit au chapitre I article 1er du présent titre, dont le cumul est à taux plein.</p> <p>La cotation des séances de surveillance clinique infirmière et de prévention est subordonnée à l'élaboration préalable du bilan de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à trois mois.</p>			
--	--	--	--

20/04/22

18/07/19 Article 12 - Soins infirmiers à domicile pour un patient en situation de dépendance temporaire ou permanente
13/01/22
08/02/23

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
I. Élaboration du bilan de soins infirmiers (BSI) à domicile nécessaire à la réalisation de soins infirmiers chez un patient dépendant dans le cadre de soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie (forfaits), d'une séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, ou de la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue d'insérer ou de maintenir le patient dans son cadre de vie			
Pour un même patient :			
- le bilan initial est coté	2,5	DI	
- les bilans de renouvellement réalisés à échéance des 12 mois sont cotés	1,2	DI	
- les bilans intermédiaires éventuels (2 au maximum dans les 12 mois) en cas de situation clinique évolutive du patient impactant de façon substantielle sa prise en charge infirmière, sont cotés			
Par dérogation à l'article 5 des dispositions générales, la prise en charge d'un BSI intermédiaire ne nécessite pas de nouvelle prescription, sa facturation est rattachée à la dernière prescription médicale datant de moins de 1 an pour réalisation d'un BSI.			
La cotation du bilan de soins infirmiers (BSI) inclut :			
Le BSI comporte 3 volets dématérialisés définis selon les dispositions de la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'Assurance Maladie.			

<p>Un volet administratif : identification de l’infirmier, du médecin prescripteur, du patient, modalités de prise en charge par l’Assurance maladie, type de BSI (initial, de renouvellement ou intermédiaire), date de réalisation du BSI, date de prescription et consentement du patient.</p> <p>Un volet médical comprenant notamment:</p> <ul style="list-style-type: none"> - les indications relatives à l’environnement humain et matériel du patient, à son état et à son comportement ; - l’énoncé du ou des diagnostic(s) infirmier(s) en rapport avec la non satisfaction des besoins fondamentaux, les objectifs et les actions de soins mis en œuvre pour chacun d’eux ; - les autres risques présentés par le patient ; - l’objectif global de soins et la prescription des interventions infirmières. <p>Un volet facturation : proposition d’un plan de soins infirmiers : nombre de passages par jour, prévu en situation habituelle, fréquence hebdomadaire des soins et leurs modalités de facturation (3 niveaux de forfaits de prise en charge quotidienne des patients dépendants fixés à l’art.23.3 des Dispositions générales).</p> <p>Le BSI fait l’objet d’un échange avec le médecin prescripteur, en lien avec le médecin traitant via le téléservice BSI. Le BSI est automatiquement clôturé dans un délai de 5 jours en l’absence de réponse du médecin prescripteur.</p>			
<p>II. Les soins sont réalisés dans le cadre de forfaits, définis à l’article 23.3 des dispositions générales, différents selon la charge en soins des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « légère » (BSA); - patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « intermédiaire » (BSB); - patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « lourde » (BSC). <p>La prise en charge de la dépendance comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne.</p>			

Les forfaits de soins infirmiers comprennent l'ensemble des actes liés à la prise en charge de la dépendance, relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la journée.

La cotation forfaitaire inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la ou des séance(s) d'une même journée, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle.

Ainsi, la MAU ne peut être facturée dans le cadre des soins liés à la prise en charge du patient dépendant.

Par dérogation à cette disposition et à l'article 11B des Dispositions générales, il est possible de coter à taux plein dans le cadre de forfait :

- une perfusion, telle que définie au chapitre II articles 3, 4 et 5 du présent titre ;
- ou un pansement lourd et complexe (chapitre I article 3 et chapitre II article 5 bis du présent titre);
- ou une séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO) au chapitre II article 5 ter du présent titre;
- ou un prélèvement par ponction veineuse directe de l'article 1 du chapitre I du présent titre.

En application de l'article 11B des Dispositions générales, chacun des actes suivants peut se cumuler, à 50% de son coefficient, dans le cadre de forfait :

- injection intra-musculaire, intradermique ou sous cutanée (chapitre I article 1er et chapitre II article 4 du présent titre) ;
- injection sous-cutanée d'insuline et acte de surveillance et

<p>observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané (chapitre II article 5 bis du présent titre).</p> <p>La cotation de forfaits de soins infirmiers est subordonnée à l'élaboration préalable du bilan de soins infirmiers.</p>			
--	--	--	--

Article 13 - Garde à domicile

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Garde d'un malade à domicile, nécessitant une surveillance constante et exclusive et des soins infirmiers répétés, y compris les soins d'hygiène, effectuée selon un protocole écrit			
Par période de six heures :			
- entre 8 heures et 20 heures	13	AIS	AP
- entre 20 heures et 8 heures	16	AIS	AP
La même infirmière ne peut noter plus de deux périodes consécutives de six heures de garde			

08/02/23

Article 14 – Actes de surveillance à distance

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Acte de surveillance à distance (télésoin avec vidéotransmission) d'un pansement	1,6	AMI
4 actes au maximum peuvent être facturés par mois et par patient sous réserve qu'un pansement préalable ait été réalisé pour cet épisode de soins en présence du patient. L'acte de surveillance de pansement ne peut être facturé avec un acte de pansement le même jour.		

Chapitre II – Soins spécialisés

Soins demandant un protocole thérapeutique, l'élaboration et la tenue des dossiers de soins, la transmission d'informations au médecin prescripteur.

Article 1er - Soins d'entretien des cathéters

Cf. Article III-4 IX bis pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers

Article 2 - Injections et prélèvements

Cf. Article III-4 IX bis pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers

Article 3– Perfusions

Cf. Article III-4 IX bis pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers

Article 4 - Actes du traitement à domicile d'un patient immunodéprimé ou cancéreux

Cf. Article III-4 IX bis pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers

Article 5 - Traitement à domicile d'un patient atteint de mucoviscidose par perfusions d'antibiotiques sous surveillance continue selon le protocole thérapeutique rédigé par un des médecins de l'équipe soignant le patient

Cf. Article III-4 IX bis pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers

18/07/19

13/01/22

Article 5 bis - Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané, y compris la tenue d'une fiche de surveillance, par séance	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection sous-cutanée d'insuline	1	AMI ou AMX ou SFI
Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention, d'une durée d'une demi-heure, pour un patient insulino-traité de plus de 75 ans Cette cotation inclut : l'éducation du patient et/ou de son entourage ; la vérification de l'observance des traitements et du régime alimentaire, le dépistage du risque d'hypoglycémie ; le contrôle de la pression artérielle ; la participation au dépistage et le suivi des éventuelles complications, en particulier neurologiques, infectieuses, cutanées ; la prévention de l'apparition de ces complications, en particulier par le maintien d'une hygiène correcte des pieds ; la tenue d'une fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant, qui doit être immédiatement alerté en cas de risque de complications ; la tenue, si nécessaire, de la fiche de liaison et la transmission des informations utiles à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue. La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une prise en charge dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant prévue au titre XVI, chapitre 1er, article 11 ou article 12.	4	AMI ou SFI
Pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino-traité, nécessitant une détersion avec défibrination	4	AMI ou AMX

		ou SFI
Analgésie topique préalable à un pansement L'acte comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgésie topique et la mise en attente. L'analgésie topique préalable à un pansement, dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansement continu, sans intervalle supérieur à 2 mois), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation.	1,1	AMI ou AMX
Ces actes peuvent se cumuler entre eux en dérogation de l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.		

21/07/17 Article 5 ter - Prise en charge spécialisée

18/07/19

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
<p>Séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO). Ces séances s'inscrivent dans un programme de suivi infirmier en complément du suivi médical après sortie des patients hospitalisés pour décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'une exacerbation de BPCO. Il est réalisé selon le protocole thérapeutique et de surveillance contenu dans le document de sortie adressé au médecin traitant et aux professionnels de santé désignés par le patient.</p> <p>Selon le protocole thérapeutique et de surveillance, la séance comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'éducation du patient et/ou de son entourage, - la vérification de l'observance des traitements médicamenteux et des mesures hygiéno-diététiques dans la vie quotidienne ainsi que l'adhésion du patient aux traitements, - la surveillance des effets des traitements, de leur tolérance et de leurs effets indésirables, - la vérification de la bonne utilisation des dispositifs d'auto mesure tensionnelle et de l'oxygénothérapie éventuellement, - le contrôle des constantes cliniques (poids, œdèmes, pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, cyanose, sueurs, dyspnée...) et de l'état général, - la participation au dépistage des complications de la maladie et des traitements. <p>La séance inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la tenue d'une fiche de surveillance, - la transmission des informations au médecin traitant dans les 48 h par voie électronique sécurisée. 	5,8	AMI ou AMX

<p>Facturation</p> <p>Le programme du suivi infirmier comprend une visite hebdomadaire pendant au moins deux mois avec une première visite dans les 7 jours après la sortie. Le rythme peut être adapté en fonction du protocole.</p> <p>La durée de prise en charge est de 4 à 6 mois pour l'insuffisance cardiaque et jusqu'à 6 mois pour les formes sévères de bronchopathie chronique obstructive (stade II et suivants).</p> <p>Le nombre maximum de séances est de 15.</p> <p>La facturation de cet acte est conditionnée à la formation des IDE à ce suivi post hospitalisation.</p> <p>Des majorations de nuit ou de jours fériés, ne peuvent pas être cotées à l'occasion de cet acte.</p> <p>La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention prévue au Titre XVI chapitre 1 article 11, ni avec une séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention pour un patient insulino traité de plus de 75 ans prévue au Titre XVI chapitre 2 article 5 bis.</p>		
---	--	--

A la première partie des Dispositions Générales :

- 19/07/19** Cf. Partie VI bis Article 14.9.5 - Accompagnement du patient par l'infirmier à la téléconsultation réalisée par un médecin ou une sage-femme dit « téléconsultant »
- 20/12/11** A la première partie : Dispositions générales, après l'article 22, sont ajoutées les dispositions suivantes :
- 18/07/19** Article 23 - Majorations pour certains actes ou forfaits réalisés par des infirmiers
- 18/07/19** Article 23.1 – Majoration pour réalisation par un infirmier d'un acte unique
Lorsqu'au cours de son intervention, l'infirmier (ère) réalise un acte unique en AMI avec coefficient inférieur ou égal à 1,5 au cabinet ou au domicile du patient, cet acte donne lieu à la majoration d'acte unique (MAU). La MAU peut se cumuler avec la majoration jeune enfant (MIE) créée à l'article 5.3 de l'avenant 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'Assurance maladie. Elle ne se cumule pas avec les forfaits BSA, BSB ou BSC ni avec les actes cotés en AMX ni avec l'IFI.
- 08/02/23** Cette majoration ne se cumule pas avec la majoration de coordination infirmière (MCI).

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.
- 20/12/11** Article 23.2 – Majoration de coordination infirmier (ère)
Lorsque l'infirmier(ère) réalise à domicile :
- un pansement lourd et complexe inscrit au titre XVI, chapitre I, article 3 ou chapitre II,

article 5bis ;

ou

- des soins inscrits au titre XVI à un patient en soins palliatifs.

Ces prises en charge donnent lieu à la majoration de coordination infirmier(ère) (MCI) du fait du rôle spécifique de l'infirmier(ère) en matière de coordination, de continuité des soins et de gestion des risques liés à l'environnement.

Cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois par intervention.

La prise en charge en soins palliatifs est définie comme la prise en charge d'un patient ayant une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital. Elle vise à soulager la douleur et l'ensemble des symptômes digestifs, respiratoires, neurologiques et autres, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

18/07/19 **Article 23.3** – Forfaits journaliers de prise en charge d'un patient dépendant, à domicile

13/01/22 Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « légère ». Afin de facturer ce forfait, le code prestation est BSA ;

Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « intermédiaire ». Afin de facturer ce forfait, le code prestation est BSB ;

Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « lourde ». Afin de facturer ce forfait, le code prestation est BSC.

Le type de forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant est déterminé par l'outil bilan de soins infirmiers (BSI) à partir des interventions réalisées en propre par l'infirmier et cochées dans cet outil. La règle de classement des forfaits est définie en annexe 1 de la NGAP.

13/02/20 **Article 23.4** – Majoration pour réalisation d'un soin infirmier en pratique avancée liée à l'âge du patient

Lorsque l'infirmier(ère) réalise un suivi en pratique avancée, dont les interventions sont inscrites au titre XVI, chapitre III, article 1er de la NGAP; cette prise en charge donne lieu à une majoration liée à l'âge du patient (MIP), lorsque le patient suivi est âgé de moins de 7 ans ou de 80 ans et plus.

21/07/14 **Article III-4 IX bis - L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers :**

Titre I – Soins infirmiers

Chapitre I – Soins de pratique courante

Article 1^{er} – Prélèvements et injections

08/10/08

18/07/19

13/01/22

08/02/23

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Prélèvement par ponction veineuse directe Cet acte est cumulable à taux plein quel que soit le coefficient de l'acte associé par dérogation à l'article 11B des Dispositions générales.	1,5	AMI ou AMX
Prélèvement par ponction veineuse directe	1,5	SFI
Saignée	5	AMI ou SFI

Prélèvement aseptique cutané ou de sécrétions muqueuses, prélèvement de selles ou d'urine pour examens cytologiques, bactériologiques, mycologiques, virologiques ou parasitologiques	1	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe isolée	2	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe en série	1,5	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe chez un enfant de moins de cinq ans	2	AMI ou SFI
Injection intramusculaire	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection d'un sérum d'origine humaine ou animale selon la méthode de Besredka, y compris la surveillance	5	AMI ou SFI
Injection sous-cutanée	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection intradermique	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection d'un ou plusieurs allergènes, poursuivant un traitement d'hyposensibilisation spécifique, selon le protocole écrit, y compris la surveillance, la tenue du dossier de soins, la transmission des informations au médecin prescripteur	3	AMI ou SFI
Injection d'un implant sous-cutané	2,5	AMI ou SFI
Injection en goutte à goutte par voie rectale	2	AMI ou SFI
Vaccination avec prescription médicale ou lorsque le vaccin ne nécessite pas de prescription	2,4	AMI ou AMX
Vaccination sans prescription médicale	3,05	AMI ou AMX

Article 2 - Pansements courants

18/07/19

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pansement de stomie	3	AMI
	2	SFI
Pansement de trachéotomie, y compris l'aspiration et l'éventuel changement de canule ou sonde	3	AMI
	2,25	SFI
18/Ablation de fils ou d'agrafes, dix ou moins, y compris le pansement éventuel	2	AMI ou SFI
Ablation de fils ou d'agrafes, plus de dix, y compris le pansement éventuel	4	AMI ou SFI
Pansement de plaies opératoires étendues ou multiples, après abdominoplastie ou chirurgie mammaire Dans le cadre de la chirurgie mammaire et en cas de bilatéralité, deux actes peuvent être facturés, le deuxième à 50% de son coefficient en application de l'article 11B des Dispositions générales	3	AMI
Pansement postopératoire d'exérèses multiples de varices et /ou de ligatures multiples de veines perforantes avec ou sans stripping. Quelle que soit la localisation des plaies (sur un seul membre ou sur les 2 membres), deux actes au plus peuvent être facturés.	3	AMI
Autre pansement	2	AMI ou SFI

13/01/22

Article 3 - Pansements lourds et complexes

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
<p>Bilan à la première prise en charge d'une plaie nécessitant un pansement lourd et complexe. Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, la prescription médicale des pansements de plaies comprend aussi la réalisation du bilan dans les conditions citées ci-dessous.</p> <p>Une séance au plus peut être facturée annuellement pour les plaies dont la durée de prise en charge est supérieure à un an ; pour les plaies d'une durée inférieure à un an, un nouveau bilan pourrait être réalisé en cas de récurrence définie par une interruption des soins liés à la plaie d'au moins deux mois.</p> <p>Ce bilan comprend l'évaluation de la situation du patient, l'établissement d'une fiche descriptive de la plaie, l'élaboration d'un projet de soins et la réalisation du pansement. Cet acte n'est pas associable avec la majoration de coordination infirmière définie à l'article 23.2 des Dispositions générales.</p>	11	AMI ou AMX
Pansements de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une surface supérieure à 5 % de la surface corporelle	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement de brûlure suite à radiothérapie, sur une surface supérieure à 2% de la surface corporelle	4	AMI ou AMX
Pansement d'ulcère étendu ou de greffe cutanée, sur une surface supérieure à 60 cm ²	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'amputation nécessitant détersion, épilavage et régularisation	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement de fistule digestive	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement pour pertes de substance traumatique ou néoplasique, avec lésions profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement nécessitant un méchage ou une irrigation	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'ulcère ou de greffe cutanée, avec pose de compression	5,1	AMI ou AMX
<p>Analgesie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre</p> <p>L'acte comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgesie topique et la mise en attente.</p> <p>L'analgesie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre, dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansement continu, sans intervalle supérieur à 2 mois), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation</p>	1,1	AMI ou AMX

Lorsque l'analgésie topique et le pansement sont réalisés au cours de la même séance, les cotations de ces deux actes peuvent se cumuler entre eux à taux plein en dérogation à l'article 11B des Dispositions générales.		
<p>Pose de système de traitement par pression négative (console et pansement) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir</p> <p>Prescription initiale hospitalière pour 30 jours et pouvant être renouvelée une fois au maximum. Suivi hebdomadaire par le prescripteur initial de l'évolution de la plaie et de l'état général du patient.</p> <p>Indications médicales selon les recommandations HAS : traitement de seconde intention des plaies chroniques (ulcères de jambe veineux ou mixtes à prédominance veineuse et plaies du pied diabétique) faiblement à modérément exsudatives, après échec d'un traitement de première intention bien conduit.</p> <p>Un nouveau système de traitement est posé lorsque le système en place est saturé ou après 7 jours de traitement.</p>	4,6	AMI ou AMX
<p>Mise en place de pansement additionnel (sans changement de console) pour traitement par pression négative (TPN) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir.</p> <p>Indications médicales selon les recommandations HAS.</p>	2,1	AMI ou AMX

13/01/22

Article 4 - Pose de sonde et alimentation

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pose de sonde gastrique	3	AMI ou SFI
Alimentation entérale par gavage ou en déclive ou par nutri-pompe, y compris la surveillance, par séance	3	AMI ou SFI
Alimentation entérale par voie jéjunale avec sondage de la stomie, y compris le pansement et la surveillance, par séance	4	AMI ou SFI

Article 5 - Soins portant sur l'appareil respiratoire

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Séance d'aérosol	1,5	AMI ou SFI
Lavage d'un sinus	2	AMI ou SFI

Article 6 - Soins portant sur l'appareil génito-urinaire

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Injection vaginale	1,25	AMI ou SFI
Soins gynécologiques au décours immédiat d'un traitement par curiethérapie	1,5	AMI ou SFI
Cathétérisme urétral chez la femme	3	AMI ou SFI
Cathétérisme urétral chez l'homme	4	AMI ou SFI
Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme	3	AMI ou SFI
Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme	4	AMI ou SFI
Éducation à l'autosondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances	3,5	AMI ou SFI
Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage éventuel	4,5	AMI ou SFI
Les deux cotations précédentes ne sont pas cumulables avec celles relatives au cathétérisme urétral ou au changement de sonde urinaire		
Instillation et/ou lavage vésical (sonde en place)	1,25	AMI ou SFI
Pose isolée d'un étui pénien, une fois par vingt-quatre heures	1	AMI ou SFI

18/07/19

Article 7 - Soins portant sur l'appareil digestif

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Soins de bouche avec application de produits médicamenteux au décours immédiat d'une radiothérapie	1,25	AMI ou SFI
Lavement évacuateur ou médicamenteux	3	AMI ou SFI
Extraction de fécalome ou extraction manuelle des selles	3	AMI ou SFI

Article 8 - Test et soins portant sur l'enveloppe cutanée

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pulvérisation de produit(s) médicamenteux	1,25	AMI ou SFI
Réalisation de test tuberculinique	0,5	AMI ou SFI
Lecture d'un timbre tuberculinique et transmission d'informations au médecin prescripteur	1	AMI ou SFI

21/07/14 Au titre XVI « soins infirmiers », chapitre I « soins de pratique courante », l'article 9 « perfusions » est supprimé.

18/07/19 Article 10 - Surveillance et observation d'un patient à domicile

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques ou cognitifs (maladies neurodégénératives ou apparentées) avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage	1,2	AMI	
Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage	1	SFI	
Au-delà du premier mois, par passage	1,2	AMI	AP
	1	SFI	
(1) Pour l'application des deux cotations ci-dessus, la notion de domicile n'inclut ni les établissements de santé mentionnés à l'article L 6111-1 du code de la santé publique, ni les établissements d'hébergement de personnes âgées, des adultes handicapés ou inadaptés mentionnés au 5° de l'article 3 de la loi n° 75 - 535 du 30/06/1975 modifiée, à l'exception toutefois des Résidences Autonomie.			
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze passages.	1	AMI	
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze jours, par jour	1	SFI	

Article 11 - Soins infirmiers à domicile pour un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente à l'exclusion des soins relevant du périmètre de l'article 12 du même chapitre

Cf. partie IX - pour les infirmières et les infirmiers

Article 12 - Soins infirmiers à domicile pour un patient en situation de dépendance temporaire ou permanente

Cf. partie IX - pour les infirmières et les infirmiers

Article 13 - Garde à domicile

Cf. partie IX - pour les infirmières et les infirmiers

Article 14 – Actes de surveillance à distance

Cf. partie IX - pour les infirmières et les infirmiers

21/07/14 CHAPITRE II - SOINS SPÉCIALISÉS

Soins demandant un protocole thérapeutique, l'élaboration et la tenue des dossiers de soins, la transmission d'informations au médecin prescripteur.

Article 1er - Soins d'entretien des cathéters

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Séance d'entretien de cathéter(s) en dehors des perfusions, y compris le pansement:		
- cathéter péritonéal	4	AMI ou SFI
- cathéter extériorisé ou site implantable ou cathéter veineux central implanté par voie périphérique	4	AMI ou SFI

Article 2 - Injections et prélèvements

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Injection d'analgésique(s), à l'exclusion de la première par l'intermédiaire d'un cathéter intrathécal ou péri-dural	5	AMI ou SFI	AP
Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un site implanté, y compris l'héparinisation et le pansement	4	AMI ou SFI	
Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un cathéter central, y compris l'héparinisation et le pansement	3	AMI ou SFI	
Prélèvement sanguin sur cathéter veineux central extériorisé ou chambre implantable	1	AMI ou SFI	

21/07/14 Article 3 - Perfusions

Ces actes sont réalisés soit en application d'une prescription médicale qui sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif préalablement établi, daté et signé par un médecin.

La séance de perfusion permet d'administrer chez un patient des solutés et/ou des médicaments de façon continue ou discontinue par voie veineuse ou par voie sous cutanée ou par voie endorectale.

Selon le protocole thérapeutique établi par le médecin prescripteur, la perfusion nécessite soit la surveillance continue de l'infirmier, soit l'organisation d'une surveillance pour les perfusions dont la durée est supérieure à une heure.

La séance de perfusion sous surveillance continue comprend la préparation des produits à injecter,

la préparation du matériel de perfusion, la perfusion des produits de façon successive ou simultanée, la surveillance et l'arrêt de la perfusion avec le pansement.

La séance de perfusion supérieure à une heure, sans surveillance continue, comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la pose de la perfusion, l'organisation de contrôles et la gestion des complications éventuelles ; ces contrôles et les interventions à domicile pour complications peuvent donner lieu à des frais de déplacement.

18/07/19

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance continue	9	AMI ou AMX ou SFI
Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures)	6	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure, avec organisation d'une surveillance	14	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion, y compris le pansement, la tenue du dossier de soins éventuellement la transmission d'informations nécessaires au médecin prescripteur ; ce forfait ne se cumule pas avec un forfait de perfusion sous surveillance continue	5	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination avec les autres professionnels de santé, les prestataires et les services sociaux, à l'exclusion du jour de la pose et de celui du retrait, par jour (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacements ou des majorations de nuit ou de dimanche)	4	AMI ou AMX ou SFI
Changement de flacon(s) ou branchement en Y sur dispositif en place ou intervention pour débranchement ou déplacement du dispositif ou contrôle du débit, pour une perfusion sans surveillance continue, en dehors de la séance de pose.	4,1	AMI ou AMX ou SFI
Un forfait pour séance de perfusion sous surveillance continue et un forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à 1 heure avec organisation de la surveillance par contrôle, se cumulent le cas échéant à taux plein par dérogation à l'article 11B des dispositions générales.		

Le titre de l'article 4 et son contenu sont modifiés comme suit :

Article 4 - Actes du traitement à domicile d'un patient immunodéprimé ou cancéreux

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Soins portant sur l'appareil respiratoire		

Séance d'aérosols à visée prophylactique	5	AMI ou SFI
Injections :		
- Injection intramusculaire ou sous-cutanée	1,5	AMI ou AMX ou SFI
- Injection intraveineuse	2,5	AMI ou SFI
- Injection intraveineuse d'un produit de chimiothérapie anticancéreuse	7	AMI ou SFI
<p>Perfusions, surveillance et planification des soins :</p> <p>Ces actes sont réalisés soit en application d'une prescription médicale qui sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif préalablement établi, daté et signé par un médecin.</p> <p>La séance de perfusion permet d'administrer chez un patient des solutés et/ou des médicaments de façon continue ou discontinue par voie veineuse ou par voie sous cutanée ou par voie endorectale.</p> <p>Selon le protocole thérapeutique établi par le médecin prescripteur, la perfusion nécessite soit la surveillance continue de l'infirmier, soit l'organisation d'une surveillance pour les perfusions dont la durée est supérieure à une heure.</p> <p>La séance de perfusion sous surveillance continue comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la perfusion des produits de façon successive ou simultanée, la surveillance et l'arrêt de la perfusion avec le pansement.</p> <p>La séance de perfusion supérieure à une heure, sans surveillance continue, comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la pose de la perfusion, l'organisation de contrôles et la gestion des complications éventuelles ; ces contrôles et les interventions à domicile pour complications peuvent donner lieu à des frais de déplacement.</p>		
Forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance continue	10	AMI ou AMX ou SFI
Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures)	6	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation d'une surveillance	15	AMI ou AMX ou SFI

18/07/19

Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination avec les autres professionnels de santé, les prestataires et les services sociaux, à l'exclusion du jour de la pose et de celui du retrait, par jour (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacements ou des majorations de nuit ou de dimanche)	4	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion, y compris le pansement, la tenue du dossier de soins éventuellement la transmission d'informations nécessaires au médecin prescripteur; ce forfait ne se cumule pas avec un forfait de perfusion sous surveillance continue	5	AMI ou AMX ou SFI
Changement de flacon(s) ou branchement en Y sur dispositif en place ou intervention pour débranchement ou déplacement du dispositif ou contrôle du débit, pour une perfusion sans surveillance continue, en dehors de la séance de pose	4,1	AMI ou AMX ou SFI
Un forfait pour séance de perfusion sous surveillance continue et un forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à 1 heure avec organisation de la surveillance par contrôle, se cumulent le cas échéant à taux plein par dérogation à l'article 11B des dispositions générales.		

L'article 5 est ainsi modifié :

21/07/14

Article 5 - Traitement à domicile d'un patient atteint de mucoviscidose par perfusions d'antibiotiques sous surveillance continue selon le protocole thérapeutique rédigé par un des médecins de l'équipe soignant le patient

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Le protocole doit comporter: 1. le nom des différents produits injectés; 2. leur mode, durée et horaires d'administration; 3. les nombre, durée et horaires des séances par vingt-quatre heures; 4. le nombre de jours de traitement pour la cure, 5. les éventuels gestes associés (prélèvements intraveineux, héparinisation...).		
Séance de perfusion intraveineuse d'antibiotiques, quelle que soit la voie d'abord, sous surveillance continue, chez un patient atteint de mucoviscidose, la séance. Cette cotation est globale; elle inclut l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte et à la surveillance du patient, ainsi que les autres actes infirmiers éventuels liés au traitement de la mucoviscidose Une feuille de surveillance détaillée permettant	15	AMI ou AMX ou SFI

18/07/19

le suivi du malade doit être impérativement tenue au domicile du malade. En l'absence de surveillance continue, le forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation d'une surveillance s'applique.		
--	--	--

21/07/17

Article 5 bis - Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité

18/07/19

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané, y compris la tenue d'une fiche de surveillance, par séance	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection sous-cutanée d'insuline	1	AMI ou AMX ou SFI
Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention, d'une durée d'une demi-heure, pour un patient insulino-traité de plus de 75 ans Cette cotation inclut : l'éducation du patient et/ou de son entourage ; la vérification de l'observance des traitements et du régime alimentaire, le dépistage du risque d'hypoglycémie ; le contrôle de la pression artérielle ; la participation au dépistage et le suivi des éventuelles complications, en particulier neurologiques, infectieuses, cutanées ; la prévention de l'apparition de ces complications, en particulier par le maintien d'une hygiène correcte des pieds ; la tenue d'une fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant, qui doit être immédiatement alerté en cas de risque de complications ; la tenue, si nécessaire, de la fiche de liaison et la transmission des informations utiles à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue. La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une prise en charge dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant prévue au titre XVI, chapitre Ier, article 11 ou article 12.	4	AMI ou SFI
Pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino-traité, nécessitant une détersion avec défibrination	4	AMI ou AMX ou SFI

Analgésie topique préalable à un pansement L'acte comprend : la dépose du pansement, l'application du produit d'analgésie et la mise en attente. L'analgésie préalable à un pansement, dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansement continus, sans intervalle supérieur à 2 mois), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation	1,1	AMI ou AMX
Ces actes peuvent se cumuler entre eux en dérogation de l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.		

Article 6 - Soins portant sur l'appareil digestif et urinaire

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Irrigation colique dans les suites immédiates d'une stomie définitive, incluant le pansement et la surveillance de l'évacuation, avec un maximum de vingt séances, par séance	4	AMI ou SFI
Dialyse péritonéale, avec un maximum de quatre séances par jour, par séance	4	AMI ou SFI
Dialyse péritonéale par cycleur :		
- branchement ou débranchement, par séance	4	AMI ou SFI
- organisation de la surveillance, par période de douze heures	4	AMI ou SFI

Article 7 - Soins postopératoires à domicile selon protocole

Cf. partie IX - pour les infirmières et les infirmiers

Partie II – Soins de pratique avancée

Cf. partie IX - pour les infirmières et les infirmiers

20/03/12 X. - L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour toutes les professions :

Article 2. – Lettres clés et coefficients

07/08/23
15/01/24 1. Lettre-clé

La lettre clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

29/04/20
29/09/22
24/10/23
18/07/19
13/02/20
08/02/23
14/12/23

Selon le type de l'acte les lettres clés à utiliser sont décrites dans l'annexe 2 de la NGAP.

Article 11 - Actes multiples au cours de la même séance

A. Actes effectués dans la même séance qu'une consultation

Les honoraires de la consultation et de la visite ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes exécutés au cours de la même séance, sauf exception prévue ci-dessous. Par extension, les majorations prévues à la NGAP ne peuvent pas être appliquées à des actes techniques figurant à la CCAM et les modificateurs prévus au chapitre 19.03 de la CCAM ne peuvent pas être appliqués aux actes relevant de la NGAP.

Seul l'acte dont les honoraires sont les plus élevés est noté sur la feuille de maladie.

Exception :

- la consultation donnée par un chirurgien ou un spécialiste qui examine un malade pour la première fois dans un établissement de soins peut être notée sur la feuille de maladie en sus de l'intervention chirurgicale qui lui fait immédiatement suite, lorsque cette intervention est pratiquée d'urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

06/09/23

Cas particulier des sages-femmes

Les honoraires de la consultation, des séances du titre XI définies dans le chapitre II « actes liés à la gestation et l'accouchement » ou forfaits facturés SF par les sages-femmes et de la visite ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes exécutés au cours de la même séance, sauf exceptions prévues ci-dessous.

Exception :

- le forfait de surveillance SF de surveillance du travail de l'accouchement avec un acte technique CCAM d'accouchement et/ou avec le forfait de surveillance du post-partum immédiat dans le cadre des accouchements réalisés en maison de naissance.
- pour la sage-femme référente, une séance de préparation à la naissance et à la parentalité et une des consultations obligatoires de grossesse effectuées dans des temps distincts sont facturées à taux plein.

B. Actes en K, KMB, SF, SP, SFI, AMI, AMX, AIS, AMP, BSA, BSB, BSC, TLS, TLD, TLL, AMO, AMY, effectués au cours de la même séance

11/03/05
05/02/08
08/10/08
02/10/12
21/03/13
15/10/13
18/04/14

1. Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes inscrits à la nomenclature sont effectués sur un même malade par le même praticien, l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre.

Le deuxième acte est ensuite noté à 50 % de son coefficient.

17/06/15
18/07/19
08/02/23

Toutefois, le second acte est noté à 75 % de son coefficient en cas d'intervention de chirurgie soit pour lésions traumatiques multiples et récentes, *soit portant sur des membres différents, ou sur le tronc ou la tête et un membre.*

Les actes suivant le second ne donnent pas lieu à honoraires et n'ont pas à être notés sur la feuille de maladie. Toutefois, en cas de lésions traumatiques multiples et récentes, le troisième acte opératoire éventuel est exceptionnellement noté à 50 % de son coefficient.

2. En cas d'actes multiples au cours de la même séance, le praticien ne doit pas noter le coefficient global, mais les coefficients correspondant à chacun des actes effectués.

Exemple : Soit un acte coté K 20 et un acte coté K 10 effectué dans la même séance, la feuille de maladie doit être annotée K 20 + K 10/2 et non K 25 afin de permettre le contrôle médical et, le cas échéant, l'application de la règle prévue au paragraphe B de l'article 8.

3. Lorsque plusieurs actes sont accomplis dans la même séance sur un même malade, ils ne peuvent donner lieu à honoraires pour plusieurs praticiens que si ceux-ci sont des spécialistes ou compétents exclusifs ou des auxiliaires médicaux de disciplines différentes.

Pour chaque praticien, les actes sont notés conformément aux 1. et 2. ci-dessus.

4. Les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas:

- a) aux actes nécessitant l'utilisation de radiations ionisantes;
- b) aux actes d'anatomie et de cytologie pathologiques;
- c) aux actes d'accompagnement infirmier à la téléconsultation TLS, TLD et TLL;
- d) aux actes infirmiers de vaccination réalisés à domicile.

5. Les forfaits journaliers infirmiers BSA, BSB, BSC, définis à l'article 23.3, sont toujours facturés à taux plein. Lorsqu'au cours d'une séance de soins en rapport avec la dépendance, un acte en AMX est réalisé, il est noté à 50 % de son coefficient, quelle que soit la valeur du coefficient (sauf dérogations listées au titre XVI, chapitre I, article 12).

20/03/12
15/01/21

Article 13. - Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade

Lorsqu'un acte inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du professionnel de santé sont remboursés, en sus de la valeur de l'acte ; ce remboursement est, selon le cas, forfaitaire ou calculé en fonction de la distance parcourue et de la perte de temps subie par le professionnel de santé.

12/11/20

A) Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin généraliste ou spécialiste qualifié, du chirurgien-dentiste omnipraticien ou spécialiste qualifié, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical sont situés dans la même agglomération, ou lorsque la distance qui les sépare est inférieure à deux kilomètres en plaine ou à un kilomètre en montagne, l'indemnité de déplacement est forfaitaire. La valeur de cette indemnité forfaitaire de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

Toutefois, cette indemnité forfaitaire de déplacement ne s'applique pas :

- à la visite au domicile du malade effectuée par le médecin généraliste et désignée par la lettre clé V ;

si au sein du même domicile, l'infirmier intervient au cours du même passage sur un ou

plusieurs patients ayant des soins relevant d'une prise en charge définie dans l'article 23.3 des dispositions générales.

B) Indemnité spéciale de dérangement (ISD)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin sont situés à Paris, Lyon, ou Marseille, la convention peut prévoir pour les actes effectués au domicile du malade une indemnité spéciale de dérangement.

La valeur en unité monétaire de cette indemnité est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

Toutefois, cette indemnité spéciale de dérangement ne s'applique pas à la visite au domicile du malade effectuée par le médecin généraliste et désignée par la lettre clé V.

L'indemnité spéciale de dérangement ne peut se cumuler ni avec l'indemnité horokilométrique prévue au paragraphe C de l'article 13 ni avec les majorations prévues à l'article 14 pour les actes effectués la nuit ou le dimanche.

10/09/15 C) Indemnité horokilométrique (IK)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du professionnel de santé ne sont pas situés dans la même agglomération, et lorsque la distance qui les sépare est supérieure à 2 km en plaine ou 1 km en montagne, les frais de déplacement sont remboursés sur la base d'une indemnité horokilométrique dont la valeur unitaire est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

Pour les visites réalisées par les médecins généralistes, l'indemnité horokilométrique mentionnée ci-dessus est remboursée à la condition que la visite ouvre droit à la majoration d'urgence (MU) prévue à l'article 14-1 ou à la majoration de déplacement prévue à l'article 14-2.

L'indemnité horokilométrique s'ajoute à la valeur de l'acte ; s'il s'agit d'une visite, cette indemnité s'ajoute au prix de la visite et non à celui de la consultation. Pour les actes en K, Z, SP, SF, SFI, AMI, AIS, DI, AMX, BSA, BSB, BSC, TLL, TLD, TLS, PAI, AMP, POD, AMO, AMY et ceux pratiqués par les masseurs-kinésithérapeutes de la NGAP ou les actes équivalents inscrits à la CCAM, l'indemnité horokilométrique se cumule avec les indemnités forfaitaires prévues aux paragraphes A et D.

14/12/23

18/07/19

13/02/20

L'indemnité horokilométrique est calculée et remboursée dans les conditions ci-après:

1° L'indemnité due au professionnel de santé est calculée pour chaque déplacement à partir de son domicile professionnel et en fonction de la distance parcourue sous déduction d'un nombre de kilomètres fixé à 2 sur le trajet tant aller que retour. Cet abattement est réduit à 1 km en montagne et en haute montagne dont les zones sont définies par la Loi n°85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne.

Il n'y a pas lieu à abattement pour les visites et les accouchements effectués par les sages-femmes.

En cas d'acte global (intervention chirurgicale, par exemple), chaque déplacement du praticien occasionné soit par l'acte initial, soit par les soins consécutifs donne lieu à l'indemnité de déplacement forfaitaire et, le cas échéant, horokilométrique, calculée comme il est dit ci-dessus.

2° Les indemnités horokilométriques pour les actes en AMI, AIS, DI, AMX, BSA, BSB, BSC, TLL, TLD et TLS et en cumul avec l'IFD ou l'IFI sont soumises à un dispositif de plafonnement journalier du montant facturé.

Cet abattement est déterminé au regard de la distance journalière facturée par l'infirmier (la distance journalière étant définie comme le cumul des kilomètres facturables, après déduction des 1 et 2 km définis à l'article 13 des dispositions générales de la nomenclature précitée, du premier au dernier patient du début à la fin du jour civil de réalisation des soins).

Les modalités de l'abattement sont les suivantes :

- jusqu'à 299 kilomètres cumulés inclus, aucun abattement n'est appliqué ;
- à partir de 300 kilomètres et jusqu'à 399 kilomètres cumulés, bornes incluses, un abattement de 50% du tarif du remboursement de ces indemnités kilométriques facturées est appliqué ;
- à partir de 400 kilomètres cumulés inclus, un abattement de 100% du tarif du remboursement de ces indemnités kilométriques facturés.

En parallèle, les infirmiers conservent la possibilité de pouvoir facturer les indemnités kilométriques à partir du cabinet professionnel et, ce même, dans le cadre des tournées journalières au domicile des patients pour lesquels les infirmiers ne reviennent pas systématiquement, entre chaque passage, à leur cabinet.

3° Le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un professionnel de santé ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au professionnel de santé de la même discipline, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade.

Par dérogation, peuvent facturer des indemnités kilométriques à condition que le domicile du professionnel du praticien soit situé à une distance raisonnable du malade, soit dans la limite de 10 km en zone urbaine, et de 30 km en zone rurale, les professionnels suivants :

- le médecin traitant ;
- la sage-femme ayant pris en charge la parturiente en ante-partum et qui intervient pour le suivi en post-partum.

Lorsque l'assuré fait appel à un médecin spécialiste qualifié ou à un chirurgien-dentiste spécialiste qualifié, le remboursement n'est calculé par rapport au spécialiste de même qualification le plus proche que si l'intervention du spécialiste a été demandée par le médecin traitant ou le chirurgien-dentiste traitant, dans le cas contraire, le remboursement est calculé par rapport au médecin généraliste ou au chirurgien-dentiste omnipraticien le plus proche.

A titre dérogatoire, la règle mentionnée au 3° ne s'applique pas :

- lorsque les déplacements du professionnel de santé sont effectués dans le cadre des programmes de retour à domicile mis en place par les caisses d'assurance maladie répondant aux objectifs des articles L. 1110-1 du code de santé publique, L. 162-1-11 alinéa 4 du code de la sécurité sociale, et L. 111-2-1 et L.111-1 du code de la sécurité sociale ;
- lorsque les déplacements sont effectués dans le cadre de soins en pratique avancée par un infirmier en pratique avancée.

4° L'indemnité horokilométrique prend une valeur unitaire spécifique pour le professionnel de santé dans les territoires définis par la loi Montagne sous réserve de dispositions conventionnelles dérogatoires.

D) IFI – Indemnité forfaitaire infirmier

Lorsque les soins sont réalisés dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant relevant du dispositif défini à l'article 23.3 des Dispositions générales ou de la prise en charge d'un patient par un infirmier de pratique avancée dont les interventions sont inscrites au titre

XVI, chapitre III, article 1er, la convention nationale prévoit pour les actes effectués par l'infirmier au domicile du patient des indemnités forfaitaires infirmiers de déplacement cotées IFI avec coefficient défini ci-dessous.

La valeur en unité monétaire de cette indemnité est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

Dans le cadre du dispositif défini à l'article 23. 3 des Dispositions générales de la NGAP, cette indemnité forfaitaire est cotable à chaque déplacement réalisé dans la journée pour des soins liés à la dépendance dès lors qu'un forfait BSA, BSB ou BSC ou DI dans le cadre de l'article 12 du chapitre I de la NGAP, est facturé le même jour au patient. Elle peut être facturée isolément ou avec un acte infirmier coté en AMX. De plus, cette indemnité forfaitaire peut se cumuler avec les IK et les majorations autorisées dans les articles 14 et 23.2 des Dispositions générales de la NGAP.

Au maximum, 4 indemnités forfaitaires de déplacement peuvent être facturées dans la même journée pour un même patient.

Pour chaque déplacement, le coefficient associé à l'IFI dépend du nombre de patients au sein du même domicile, sur lequel l'infirmier intervient pour des soins décrits à l'article 23.3 des dispositions générales :

- l'infirmier facture un acte IFI de coefficient égal à 1, s'il intervient sur un seul patient ;
- si plusieurs personnes sont concernées par ces types de soins, l'infirmier facture un acte IFI de coefficient égal à 1 pour le premier patient et de coefficient égal à 0,01 pour chacun des autres patients vus au cours du même passage ;
- si au sein d'un même domicile, l'infirmier intervient également sur des patients ayant des soins autres que ceux relevant d'une prise en charge définie dans l'article 23.3 des dispositions générales, seules les indemnités forfaitaires de déplacement (IFI avec coefficient) sont facturées pour les patients dépendants concernés, de la manière décrite précédemment. Pour les autres patients, l'infirmier ne facture aucun frais de déplacement.

Dans le cadre des soins inscrits au titre XVI, chapitre III, article 1er de la NGAP, l'acte IFI de coefficient égal à 1 est cotable à chaque déplacement réalisé pour des soins de pratique avancée pendant un trimestre dès lors qu'un forfait initial ou de suivi, décrits au titre XVI, chapitre III, article 1er de la NGAP, est facturé au préalable sur le trimestre considéré. Cette indemnité peut être facturée isolément. De plus, elle est cotable le jour de la facturation du forfait d'éligibilité.

29/09/22 Article 5 - Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement

Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession :

- a) les actes effectués personnellement par un médecin ;
- b) les actes effectués personnellement par un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, sous réserve qu'ils soient de leur compétence ;
- c) les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative (sauf dispositions législatives ou réglementaires dérogatoires) et qu'ils soient de sa compétence.

Sauf cas expressément prévu par la présente nomenclature, un acte ne peut être noté par le

praticien ou auxiliaire médical et donner lieu à remboursement que si, pendant la durée de son exécution, ce praticien ou auxiliaire médical s'est consacré exclusivement au seul malade qui en a été l'objet.

02/12/12 - Les mots « entente préalable » sont remplacés par les mots « accord préalable » dans la nomenclature générale des actes professionnels.

- Quand les actes sont soumis à la procédure de l'accord préalable, les lettres « AP » remplacent la lettre « E » indiquée en regard de l'acte.

A la première partie des dispositions générales, l'article 7 est remplacé par :

« Article 7 - Accord préalable »

La caisse d'Assurance Maladie ne participe aux frais résultant de certains actes que si, après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

A. Indépendamment des cas visés dans d'autres textes réglementaires, sont soumis à la formalité de l'accord préalable :

1. les actes ne figurant pas à la nomenclature et remboursés par assimilation, conformément aux dispositions de l'article 4 ;
2. les actes ou traitements pour lesquels cette obligation d'accord préalable est indiquée par une mention particulière ou par la lettre AP.

B. Lorsque l'acte est soumis à cette formalité, le praticien qui dispense cet acte (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, auxiliaire médical) est tenu, préalablement à son exécution, d'adresser au contrôle médical une demande d'accord préalable remplie et signée.

Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical, la demande d'accord préalable doit être accompagnée de l'ordonnance médicale qui a prescrit l'acte ou de la copie de cette ordonnance.

Les demandes d'accord préalable sont établies sur des imprimés conformes aux modèles arrêtés par le ministre des Affaires Sociales et de la Santé.

C. Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la date de réception de la demande d'accord préalable.

La réponse de la caisse d'Assurance Maladie doit être adressée au malade et en copie au praticien, au plus tard le 15^{ème} jour à compter de la date de réception de la demande par le service du contrôle médical, la caisse ou la mutuelle.

Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent article, préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par un organisme de sécurité sociale, le silence gardé pendant plus de quinze jours par cet organisme sur la demande de prise en charge vaut décision d'acceptation.

Faute de réponse dans ce délai, son assentiment est réputé acquis. Dans ce dernier cas, le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à la caisse d'Assurance Maladie sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.

Lorsque la demande est incomplète, la caisse indique au demandeur les pièces manquantes dont la production est indispensable à l'instruction de la demande.
Elle fixe un délai pour la réception de ces pièces.

Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la réception des pièces requises.

Lorsqu'il y a urgence manifeste, le praticien dispense l'acte mais remplit néanmoins la formalité ci-dessus indiquée en portant la mention : "acte d'urgence".

D. Lorsque la demande d'accord préalable porte sur la réalisation d'appareils de prothèse dentaire ou sur des actes d'orthopédie dento-faciale, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de quinze jours, vaut accord de la demande. »

20/12/18

E. Pour des motifs de santé publique, certaines prestations peuvent justifier la mise en œuvre d'une procédure d'accord préalable, mentionnée à l'avant-dernier alinéa du II. de l'article R.315-2 du code de la sécurité sociale.

Le prescripteur établit la demande d'accord préalable de manière dématérialisée via un télé service de l'assurance maladie développé à cet effet, sauf mention expresse précisant que le prescripteur peut adresser sa demande au service du contrôle médical placé auprès de l'organisme d'assurance maladie de l'assuré par voie postale.

Pour les demandes d'accord préalable en chirurgie bariatrique, celles-ci doivent être réalisées exclusivement sous format dématérialisé via le télé service susvisé.

Le prescripteur reçoit, à l'issue de cette demande dématérialisée, une notification l'informant immédiatement soit de l'avis médical rendu automatiquement valant accord ou refus de la prise en charge, soit de la nécessité d'une évaluation par le service du contrôle médical de l'assurance maladie.

Dans les cas où, la décision d'accord préalable nécessite une évaluation par le service du contrôle médical, l'absence de réponse de l'organisme d'assurance maladie dans un délai de 15 jours à compter de la réception d'une demande complète d'accord préalable par le service du contrôle médical vaut accord de prise en charge.

En cas de refus, la décision est notifiée à l'assuré avec la mention des motifs par l'organisme d'assurance maladie. Elle mentionne les voies et délais de recours qui lui sont applicables. Le prescripteur à l'origine de la demande en est informé.

La décision d'accord préalable du service médical émise de manière dématérialisée peut être consultée par le prescripteur via un télé service mis en place par la caisse.

Dans les cas où, la décision ne peut être émise de manière dématérialisée, le prescripteur sera informé de la décision du service médical par courrier envoyé dans un délai raisonnable dans les cas où la décision a fait l'objet d'un refus.

Annexe 1 : Valeur monétaire et pourcentage des modificateurs (Article III-2 du Livre III)

26/11/10 Remplacer les mots « médecin omnipraticien » par « médecin généraliste ».

	Code	Libellé	Valeur
02/10/12 15/10/13 17/06/15 17/06/15 25/09/13 27/09/17	O	Acte chirurgical réalisé en urgence vitale ou en urgence d'organes, de 8h à 20 h, par les chirurgiens, ORL, stomatologues, ophtalmologues, les anesthésistes ou gynécologues-obstétriciens, dans un délai maximum de 6 heures après l'admission du patient : soit, dans un établissement mentionné au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale disposant d'une autorisation de service d'urgence délivrée par l'ARS soit, pour un patient non transférable	80€
17/06/15 27/09/17	U	Acte réalisé en urgence par les médecins ou les chirurgiens-dentistes, la nuit entre 20 h et 08 h	25,15€
		Acte réalisé en urgence par les chirurgiens, ORL, stomatologues, ophtalmologues, les gynécologues-obstétriciens ou les anesthésistes entre 20h et minuit	50€
27/09/17 24/01/18	P	Acte réalisé en urgence par les médecins généralistes ou les sages-femmes de 20h à 00h	35€
		Acte réalisé en urgence par les pédiatres, de 20h à 00h	50€
27/09/17 24/01/18	S	Acte réalisé en urgence par les médecins généralistes ou les sages-femmes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les médecins des autres spécialités, la nuit de 00h à 08h	40€
		Acte réalisé en urgence par les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens ou les anesthésistes, ou les pédiatres entre 00h et 08h	80€
27/09/17 24/01/18	F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19,06€
		Acte réalisé en urgence par les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens ou les anesthésistes ou les pédiatres un dimanche ou un jour férié	40€
	M	Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste, du pédiatre ou de la sage-femme, après examen en urgence d'un patient	26,88 €
	A	Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans	23,00 €
	E	Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans	+49%
	G	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de 1 an ; Extraction d'un corps étranger œsophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans ; Réalisation d'un acte de médecine nucléaire chez un patient de moins de 3 ans .	+25%
	6	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; Intervention itérative sur les voies biliaires ; Intervention itérative sur les voies urinaires.	+25%
	8	Anesthésie d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; Anesthésie pour intervention itérative sur les voies biliaires ; Anesthésie pour intervention itérative sur les voies urinaires.	+20%

	R	Réalisation d'un acte de chirurgie plastique des téguments de la face, du cou, de la main et des doigts, ou d'un acte sur des plaies ou brûlures de la face ou des mains	+50%
	L	Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte	+20%
	J	Majoration transitoire de chirurgie	+6,5%
23/02/17 06/11/18 18/12/18	K	Majoration forfaits modulables pour les actes d'accouchements réalisés par les sages-femmes. Majoration forfaits modulables pour les actes d'accouchement réalisés par les gynécologues-obstétriciens et pour les actes réalisés par les chirurgiens admettant la majoration transitoire de chirurgie, en secteur 1 ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique [OPTAM-CO] définie aux articles 49 et suivants de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et par les chirurgiens-dentistes spécialistes en chirurgie orale	+20%
23/02/17 06/11/18	T	Majoration forfaits modulables pour les actes d'accouchements réalisés par les gynécologues-obstétriciens conventionnés ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée [OPTAM] définie aux articles 40 et suivants de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et pour les actes réalisés par les chirurgiens admettant la majoration forfaitaire de chirurgie, ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée [OPTAM] définie aux articles 40 et suivants de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.	+11,5%
08/01/20	4	Majoration pour la mise en œuvre peropératoire et le suivi d'une analgésie postopératoire locorégionale périphérique ou d'une analgésie rachidienne, sans cathéter périmerveux ou rachidien	+6%
23/02/17	5	Majoration pour la mise en œuvre peropératoire et le suivi d'une analgésie postopératoire locorégionale périphérique ou d'une analgésie rachidienne, avec cathéter périmerveux ou rachidien	+8%
	7	Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste durant toute l'intervention	+6%
	D	Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide	+24%
21/02/17 03/10/19	Y	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue, un pneumologue ou un rhumatologue	+15,8%
	Z	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue	+15,9 %
	B	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité de réanimation ou au lit du patient intransportable	+49%
	H	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 1	+100%
	Q	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 2	+200%
	V	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 3	+300%
	W	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 4	+400%
15/10/13	N	Majoration pour réalisation d'un acte de restauration des tissus durs de la dent et/ou d'endodontie sur des dents permanentes chez un enfant de moins de 13 ans	+15,7%
15/01/24	9	Majoration pour réalisation de soins conservateurs chez un patient âgé de 3 à 24 ans	+30%

Si plusieurs modificateurs en pourcentage sont facturés, chacun s'applique par rapport au tarif de l'acte, indépendamment des autres. Les codes O, U, P, S et F sont exclusifs les uns des autres et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par intervenant, quel que soit le nombre d'actes qu'il réalise.

Les modificateurs Y et Z sont exclusifs l'un de l'autre.

Annexe 2 : Règles d'association (article III-3 B du Livre III)

12/05/16 Pour chaque acte de l'association, le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme indique le code association correspondant à la règle qui s'applique en conformité avec l'article III-3 B. A chaque code correspond un pourcentage qui s'applique au tarif de l'acte, majoré des modificateurs éventuels, quand ils sont en pourcentage.

1) Règle générale :

L'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50% de sa valeur.

Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein.

Les suppléments peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	2	50%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	1	100%

Dans le cas d'une association de **2 actes seulement**, dont l'un est soit :

- un geste complémentaire,
- un supplément,
- un acte d'imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle (Chapitre 19, sous-paragraphe 19.01.09.02),

il ne faut pas indiquer de code association.

Si un acte est associé à un geste complémentaire et à un supplément, le code association est 1 pour chacun des actes.

2) Dérogations :

- a) Pour les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre, l'acte dont le tarif, hors modificateurs est le moins élevé est tarifé à 75 % de sa valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	3	75%

- b) Pour les actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes, l'association de trois actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième est tarifé à 75 % de sa valeur et le troisième à 50 % de sa valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	3	75%
3 ^{ème} acte	2	50%

- c) Pour les actes de chirurgie carcinologique en ORL associant une exérèse, un curage et une reconstruction, l'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième et le troisième actes sont tarifés à 50 % de leur valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	2	50%
3 ^{ème} acte	2	50%

d) Pour les actes d'échographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas de l'examen d'organes intra-abdominaux et/ou pelviens et d'un ou plusieurs des organes suivants : sein, thyroïde, testicules. L'acte de guidage échographique YYYY028 ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage échographique. Dans les cas où l'association est autorisée, la règle générale s'applique.

09/09/14

- Associations d'échographies autorisées

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
échographie de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} échographie (cas autorisés)	2	50%

- Actes avec guidage échographique

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte avec guidage échographique	1* ou 2** suivant tarif	100%* ou 50%**
Guidage échographique	2* ou 1** suivant tarif	50%* ou 100%**

* cas où l'acte a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

** cas où le guidage a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

16/11/10
20/03/12
25/09/13

e) pour les actes de scanographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas où est effectué l'examen conjoint des régions anatomiques suivantes : membres et tête, membres et thorax, membres et abdomen, tête et abdomen, thorax et abdomen complet, tête et thorax, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste. Dans ce cas, deux actes au plus peuvent être tarifés et à taux plein. Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 85 % de son tarif. Quand un libellé décrit l'examen conjoint de plusieurs régions anatomiques, il ne peut être tarifé avec aucun autre acte de scanographie. Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 85 % de son tarif. L'acte de guidage scanographique ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage scanographique. Dans ce cas, deux actes au plus peuvent être tarifés et à taux plein.

▪ Associations d'actes de scanographie autorisées

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
1 ^{er} acte de scanographie	4	100%
2 ^{ème} acte de scanographie (cas autorisés)	4	100%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	4	100%

▪ Actes avec guidage scanographique

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte avec guidage scanographique	4	100%
Guidage scanographique	4	100%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	4	100%

a) Pour les actes de remnographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé. Un acte de remnographie, à l'exception du guidage remnographique, ne peut être associé à aucun autre acte. Le guidage remnographique ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage remnographique. Dans ce cas, la règle générale s'applique.

▪ Actes avec guidage remnographique

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte avec guidage remnographique	1* ou 2** suivant tarif	100%* ou 50%**
Guidage remnographique	2* ou 1** suivant tarif	50%* ou 100%**

* cas où l'acte a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

** cas où le guidage a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

b) Dans les cas suivants, plusieurs actes associés peuvent être tarifés à taux plein :

05/03/09

- les actes du sous paragraphe 19.01.09.02 - Radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle - sont associés à taux plein, deux actes au plus peuvent être tarifés, le code est 1 pour chacun des actes ;

18/01/10

- les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques peuvent être associés à taux plein entre eux et/ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ;

17/12/13

- Actes d'anatomie et de cytologie pathologiques associés entre eux et/ou à 1 seul autre acte : le code est 4 pour chacun des actes :

17/12/13

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte 1 d'anatomie et de cytologie pathologiques	4	100%
Acte 2 d'anatomie et de cytologie pathologiques	4	100%
Autre acte (1 seul)	4	100%

17/12/13

- Association d'actes d'anatomie et de cytologie pathologiques et de 2 actes relevant de la règle générale.

Pour les 2 actes suivant la règle générale, les codes association sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé, 2 pour l'autre acte ; pour les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques, le code association est 1. En effet, le code 4 ne peut pas être employé avec un autre code association.

- les actes d'électromyographie, de mesure des vitesses de conduction, d'étude des latences et des réflexes, figurant aux sous-paragraphe 01.01.01.01., 01.01.01.02 et 01.01.01.03 de la Classification commune des actes médicaux du Livre II peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes ;

- si ces actes sont associés entre eux ou à 1 seul autre acte, le code est 4 pour chacun des actes ;
- si ces actes sont associés à 2 actes relevant de la règle générale, pour ceux-ci les codes association sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé, 2 pour l'autre acte ; pour les actes cités ci-dessus ou les suppléments, le code association est 1 ;

- les actes d'irradiation en radiothérapie, ainsi que les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein, quel que soit le nombre d'actes, le code est 4 pour chacun des actes ;

- les actes de médecine nucléaire sont associés à taux plein, deux actes au plus peuvent être tarifés, le code est 4 pour chacun des actes. Il en est de même si un acte de médecine nucléaire est associé à un autre acte ;

- les forfaits de cardiologie, de réanimation, les actes de surveillance post-opératoire d'un patient de chirurgie cardiaque avec CEC (chapitre 19) et les actes d'accouchements (chapitre 9) peuvent être associés à taux plein à un seul des actes introduits par la note « facturation : éventuellement en supplément ». Le code est 4 pour chacun des deux

actes.

15/10/13

- Les actes bucco-dentaires, y compris les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein entre eux ou à eux-mêmes ou à un autre acte quel que soit le nombre d'actes bucco-dentaires.

- Association d'actes bucco-dentaires entre eux : le code est 4 pour chacun des actes bucco-dentaires

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte bucco-dentaire	4	100%
Acte bucco-dentaire	4	100%
Supplément	4	100%

- Association d'actes bucco-dentaires et d'un seul autre acte : le code est 4 pour chacun des actes

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte bucco-dentaire	4	100%
Autre acte (1 seul)	4	100%
Supplément	4	100%

- Association d'actes bucco-dentaires et de 2 actes relevant de la règle générale.
Pour les 2 actes suivant la règle générale, les codes association sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé, 2 pour l'autre acte ; pour les actes bucco-dentaires ou les suppléments, le code association est 1. En effet, le code 4 ne peut pas être employé avec un autre code association.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte bucco-dentaire	1	100%
Autre acte (tarif le plus élevé)	1	100%
Autre acte (2ème)	2	50%
Supplément autorisé en plus des 3 actes	1	100%

12/05/16

- h) Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs en cardiologie en application des articles D. 712-104 et D. 712-115 du code de santé publique, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier médical.

Deux cas se présentent :

- Deux actes sont réalisés à des moments différents et discontinus de la même journée :

Le code association est « 1 » pour l'acte de tarif le plus élevé, hors modificateurs, et « 5 » pour l'autre acte, dont le tarif est à taux plein.

- Une association d'actes est réalisée dans un premier temps et une association d'actes est réalisée dans un deuxième temps, à un moment différent et discontinu de la même journée :

La première séquence d'actes comporte les codes association habituels, en application des règles définies à l'article III-3 du livre III et dans les paragraphes de cette annexe.

La deuxième séquence d'actes comporte le code association « 5 » au lieu de « 1 » pour l'acte de tarif le plus élevé, hors modificateurs, et les codes association habituels pour les autres actes de l'association.

2 actes réalisés à des moments discontinus de la même journée

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	5	100%

Exemple de plus de 2 actes réalisés à des moments discontinus de la même journée

(ex. : premier acte réalisé le matin, les 2^{ème} et 3^{ème} actes réalisés l'après-midi)

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
<u>Premier temps</u>		
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
<u>Deuxième temps</u>		
Acte de tarif le plus élevé	5	100%
2 ^{ème} acte	2	50%

05/03/09

- i) Les actes de radiologie conventionnelle peuvent être associés entre eux, quel que soit leur nombre, et à d'autres actes.

- Quand plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, les autres sont tarifés à 50% de leur valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de radiologie conventionnelle de tarif le plus élevé	1	100%
Autre(s) acte(s) de radiologie conventionnelle	2	50%
Supplément(s) autorisé(s)	1	100%

- Quand un ou plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés à d'autres actes, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les actes de radiologie conventionnelle ainsi que l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les autres actes sont tarifés à taux plein ; les actes restants sont tarifés selon les règles qui leur sont applicables.

Acte de radiologie conventionnelle associé à un autre acte (hors association

24/06/09

mammographie et échographie du sein)

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de radiologie conventionnelle	1	100%
Autre acte	1	100%
Supplément(s) autorisé(s)	1	100%

Actes de radiologie conventionnelle associés entre eux et autres actes relevant de la règle générale (2 au plus)

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de radiologie conventionnelle de tarif le plus élevé	1	100%
Autre(s) acte(s) de radiologie conventionnelle	2	50%
Autre acte de tarif le plus élevé	1	100%
Autre acte	2	50%
Supplément(s) autorisé(s)	1	100%

- Quand une mammographie est associée à un acte d'échographie du sein, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, l'autre est tarifé à 50% de sa valeur.

24/06/09

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Mammographie (si tarif le plus élevé)	1	100%
Echographie du sein	2	50%

Annexe 3 : Classification des équipements de scanographie, de remnographie (IRM) et de Tomographie à Emissions de Positons (TEP) et activités de référence (article I-14 du Livre I)

1- Scanographie

CLASSIFICATION DES APPAREILS

La classification est établie par année d'installation et tient compte des caractéristiques techniques des appareils.

26/07/18 Les critères de classification des appareils de scanographie sont déterminés dans le tableau suivant selon trois caractéristiques principales :

- le nombre de canaux (barrettes) composant le système de détection de l'équipement,
- la puissance de son générateur, exprimée en kW,
- la capacité calorifique maximale (CCM) du tube RX, exprimée en millions d'unité de chaleur (MUC).

Critères	classe 1 (1)	classe 2 (2)	classe 3 (1)
système de détection	monobarrette (1 canal)	mono ou multicanaux	≥ 4 canaux
puissance générateur	< 30 kW	≥ 30 kW	≥ 50 kW
CCM tube	< 3 MUC	≥ 3 MUC	≥ 5 MUC

(1) Tous les critères doivent être réunis.

(2) Les appareils ne réunissant pas les critères de la classe 1 ou 3, sont en classe 2.

Pour la facturation des forfaits techniques, la classification des appareils de scanographie doit être établie uniquement selon les tableaux de classification mentionnant les dénominations commerciales des appareils visés ci-dessous.

26/05/10 L'année d'installation de l'appareil est l'année civile de la date effective de mise en service de l'appareil (conformément à l'Article D6122-38 du Code de la santé publique, la date effective de mise en service ne doit pas être antérieure au jour suivant l'envoi par le titulaire de l'autorisation de la déclaration prévue à l'article R. 6122-37 du Code de la santé publique au Directeur général de l'agence régionale de santé).

20/03/12

24/04/15 Chaque tableau de classification s'applique à l'activité réalisée à compter de la date d'application de l'arrêté ou de la décision inscrivant ce tableau à cette annexe 3.

23/08/07 Quand un appareil n'apparaît pas dans les tableaux de classification suivants, il est classé par défaut en classe 2, jusqu'à la parution d'une classification dans laquelle il est mentionné.

26/07/18 Chaque appareil dont la dénomination commerciale complète comporte une dénomination générique figurant dans les tableaux de classification suivants doit avoir des caractéristiques principales (cf. supra) classant ces appareils dans la même classe que cette dénomination commerciale générique. Dans le cas contraire, l'appareil est classé par défaut en classe 2, jusqu'à la parution d'une classification dans laquelle sa dénomination complète est mentionnée.

Scanners installés entre le 01-01-1998 et le 31-12-1998
(Arrêté du 26-05-1998 – JO du 11-06-1998)

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
ELSCINT	Select SP	Helicat CT Twin	Helicat Flash CT Twin Flash CT RTS CT Gold
GENERAL ELECTRIC	CT Sytec SRi CT Sytec Plus CT Synergy CT Synergy Plus CT Synergy S	CT Prospeed S Fast CT Prospeed SX Power 30	CT Hispeed CTi CT Prospeed SX Advantage CT Prospeed SX Power Hilight
PHILIPS	Tomoscan M Tomoscan M 35 Tomoscan EG Tomoscan EG 35 Tomoscan AV	Tomoscan AV Performance Tomoscan AV - Performance S Tomoscan AV Expander	Tomoscan AV Expander 100 Tomoscan AV Expander 200 Tomoscan AV - Performance S 100
PICKER	IQ IQ Premier IQTC PQSI	PQSV	P 2000 S P 2000 SV P 5000 P 5000 V P 6000 P 6000 SI
SIEMENS	Somatom AR TX Somatom AR Star 40 Somatom AR Star 80	Somatom Plus 4	Somatom Plus 4 Expert Somatom Plus 4 Power
TOSHIBA	Auklet X/Vision/EX-2 X/Vision/EX-3,5	X/Vision/EX 36	X/Press/GX X/Press/GX Aspire CI X/Press/GX 48

Scanners installés entre le 01-01-1999 et le 31-12-1999

(Arrêté du 28-06-2000 - JO du 12-07-2000)

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
PICKER	Select SP	MX MX Twin Ultra Z	Ultra Z Pro MX Twin Premium MX Twin Pro MX Twin Pro Ultra P 5000 P 6000 MX 8000 (multicoupes)
GENERAL ELECTRIC	Hi Speed DXI Synergy Plus Synergy Synergy S	Hi Speed FXI Hi Speed DXI Plus Pro Speed S Fast	Light Speed (multicoupes) Hi Speed CTI Pro Hi Speed LXI Hi Speed FXI Power Pro Speed SX Power
PHILIPS	Tomoscan M Tomoscan M 35 Tomoscan EG Tomoscan EG 35	Tomoscan AV - Performance S	Tomoscan AV - Performance S 100 Tomoscan AV - Expander 100 Tomoscan AV - Expander 200
SIEMENS	Somatom AR Star	Somatom Plus 4	Somatom Plus 4 Expert Somatom Plus 4 Power Somatom Plus 4 VZ (multicoupes)
TOSHIBA	Auklet XVision EX-2 XVision EX-3,5 Asteion VF 24	XVision EX 36 Xpress GX Xpress GX 48 Asteion VF 36 Asteion VI	Aquilion Aquilion Multi (multicoupes) Asteion VR Asteion VR Multi (multicoupes) Asteion VI Aspire CI Asteion VI Aspire CI Multi Asteion VI Multi (multicoupes)

Scanners installés entre le 01-01-2000 et le 31-12-2001

(Arrêté du 08-07-2003 - JO du 01-09-2003)

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
SIEMENS	Somatom Esprit Somatom Balance Somatom Balance E	Somatom Emotion Somatom Emotion Duo Somatom Emotion Duo E	Somatom Volume Access Somatom Volume Access E Somatom Volume Zoom
PHILIPS	AURA Pack S Tomoscan M Tomoscan M35 Tomoscan EG Tomoscan EG 35	Secura Pack M Aura Pack N	Secura Pack P
GE	HiSpeed DX/i Power HiSpeed DX/i HiSpeed CT/e	HiSpeed NX/i HiSpeed NX/i Power HiSpeed FX/i HiSpeed DX/i Plus	LightSpeed – toutes versions HiSpeed NX/i Pro HiSpeed NX/i Plus HiSpeed ZX/i
PICKER	SELECT SP	ACQSIM - CT ULTRA Z	MX 8000 D MX 8000 D EXT MX 8000 ultra fast
TOSHIBA	AUKLET AUKLET FS ASTEION VF	ASTEION VI.M ASTEION VR.M 48 kW ASTEION VR.M 54 kW ASTEION VR.M 60 kW ASTEION DUAL 36 kW ASTEION DUAL 48 kW	ASTEION MULTI 36 kW ASTEION MULTI 48 kW ASTEION MULTI 54 kW AQUILION MULTI ASTEION D. MULTI AQUILION M

Scanners installés entre le 01-01-2002 et le 31-12-2002

(Arrêté du 08-07-2003 - JO du 01-09-2003)

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
SIEMENS	Somatom Esprit Somatom Esprit +	Somatom Balance Somatom Emotion Somatom Emotion Duo Somatom Volume Access	Somatom Sensation 4 SomatomSensation 4 advanced SomatomSensation 16 SomatomVolume Zoom
PHILIPS		AURA S AURA N MX 8000 Dual (48 KW) MX 8000 Dual (60 KW)	MX 8000 Quad MX 8000 IDT
GE	Cte CTe Plus Hispeed Xi D	CTe Dual CTe Dual plus Hispeed Xi F Hispeed Xi Z Hispeed Nxi S Hispeed Nxi Hispeed NXi plus Hispeed NXi Pro Hispeed QXi EBT C300	Hispeed QXxi plus Hispeed QXii Pro LightSpeed S LightSpeed Plus LightSpeed Ultra LightSpeed 16
TOSHIBA	AUKLET ASTEION VF	AUKLET FS ASTEION VF Power ASTEION VI ASTEION VD Dual ASTEION VI.Power ASTEION VR ASTEION VR Power ASTEION VR Power Pro ASTEION VD Dual Power ASTEION Multi Quantum ASTEION Multi ASTEION Multi Power AQUILION Multi Power	ASTEION Multi Power Pro ASTEION Multi Power Pro V2 AQUILION Multi Power 8 AQUILION Multi Power 32

Scanners installés entre le 01-01-2003 et le 31-12-2003
(Arrêté du 11-10-2004 - JO du 11-10-2004)

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
SIEMENS	Somatom Smile Somatom Emotion	Somatom Emotion (Power Package) Somatom Emotion DUO Somatom Emotion DUO (Power package) Somatom Emotion 6	Somatom Sensation 4 Somatom Emotion 6 (Power package) Somatom Sensation 10 Somatom sensation 16
PHILIPS		Mx8000 Dual EXP A Mx8000 Dual EXP B Mx8000 Dual EXP C	MX 8000 Quad Mx8000 IDT 10 Mx8000 IDT16
GE	Cte CTe Plus	CTe dual CTe dual plus Hispeed Xi D plus Hispeed Xi F Hispeed Xi Z Hispeed Nxi S Hispeed Nxi Hispeed NXi Plus Hispeed NXi Pro Hispeed QXi EBT C300	Hispeed QXxi plus Hispeed QXii Pro LightSpeed S LightSpeed Plus LightSpeed Ultra LightSpeed 16
TOSHIBA	ASTEION VF	ASTEION VF Power ASTEION VI ASTEION VD Dual ASTEION VR ASTEION VR Power ASTEION VD Dual Power ASTEION Multi Quantum ASTEION Multi ASTEION Multi Power AQUILION Multi	ASTEION Multi Power Pro ASTEION Multi Power Pro V2 ASTEION Multi Power 6 AQUILION Multi Power 8 AQUILION Multi Power 10 FX AQUILION Multi Power 32 AQUILION Multi Power 32 CFX

Scanners installés entre le 01-01-2004 et le 31-12-2004
(Décision du 11-03-2005 - JO du 30-03-2005)

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
SIEMENS	Somatom Emotion	Somatom Emotion Power Somatom Emotion DUO Somatom Emotion DUO Power Somatom Emotion 6	Somatom Emotion 6 Power Somatom Sensation 10 Somatom sensation 16 Somatom Sensation 16 Speed 4D Somatom Sensation 64 Somatom Open
PHILIPS		Mx8000 Dual EXP A Mx8000 Dual EXP B Mx8000 Dual EXP C AcSim CT	Mx8000 Quad Mx8000 IDT 10 Mx8000 IDT16
GE Healthcare	CTe Plus	CTe dual Pro Hispeed Nxi Hispeed NXi Pro Hispeed QXi LigthSpeed QXi EBT C300	LightSpeed Plus LightSpeed RT LightSpeed Ultra LightSpeed Ultra evolution LightSpeed 16 LightSpeed 16 Pro 80 LightSpeed 16 Pro 100 LightSpeed 32 LightSpeed 64
TOSHIBA	ASTEION VF	ASTEION VF Power ASTEION S4 ASTEION S4 Multi Power AQUILION S4	ASTEION S4 Multi Power 6 ASTEION S4 Multi Power Pro ASTEION S4 Multi Power Pro V2 AQUILION S4 Power AQUILION S4 FX Power AQUILION S8 Power AQUILION S8 FX Power AQUILION S16 AQUILION S16 CFX AQUILION Matrix 32 AQUILION Matrix 32 CFX

Scanners installés entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2007
(Décision du 23/08/2007 – JO du 11/09/2007)

CONSTRUCTEUR	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
SIEMENS	Somatom Emotion	Somatom Emotion Power Somatom Emotion DUO Somatom Emotion DUO Power Somatom Spirit	Somatom Emotion 6 Power Somatom Emotion 16 Somatom Sensation 16 Somatom Sensation 40 Somatom Sensation 64 Somatom Sensation Open Somatom DEFINITION
PHILIPS	MX 4000 Single	MX 4000 Dual MX 6000 Dual Brilliance CT6	Brilliance CT6 Power Brilliance CT 10 Brilliance CT 16 Brilliance CT 40 Brilliance CT 64 Brilliance CT Big Bore
GE Healthcare	CT/E Plus	CT/E dual Pro BrightSpeed 4 Lite BrightSpeed 8 Lite BrightSpeed 16 Lite	BrightSpeed 4 Pro BrightSpeed 8 Pro BrightSpeed 16 LightSpeed 16 Pro LightSpeed 32 Pro LightSpeed VCT LightSpeed VCT Select LightSpeed VCT AT LightSpeed RT 4 LightSpeed RT 16 LightSpeed XTRA
TOSHIBA		ASTEION VP ACTIVION 16	AQUILION S4 AQUILION S8 AQUILION S16 AQUILION S16 CFX AQUILION 32 AQUILION 32 CFX AQUILION 64 AQUILION 64 CFX AQUILION LB

Scanners installés à partir du 1er janvier 2008

(Décisions du 24/04/2015, du 12/05/2016, du 26 /07/2018, du 03/12/2020 et du 02/12/21)

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
SIEMENS		Somatom SCOPE SOMATOM go. Now SOMATOM go. Up SOMATOM On.site	Somatom SCOPE POWER Somatom FORCE Somatom DEFINITION AS20 Open Somatom DEFINITION AS64 Open Somatom DEFINITION AS20 Somatom DEFINITION AS40 Somatom DEFINITION AS64 Somatom DEFINITION AS+ 128 Somatom DEFINITION EDGE Somatom DEFINITION FLASH Somatom PERSPECTIVE 16 Somatom PERSPECTIVE 32 Somatom PERSPECTIVE 64 Somatom PERSPECTIVE 128 SOMATOM Drive SOMATOM Confidence RT PRO 20 SOMATOM Confidence RT PRO 64 SOMATOM Edge Plus SOMATOM go. Top SOMATOM go. All SOMATOM Go.Sim SOMATOM Go.Open Pro SOMATOM X.cite SOMATOM X.ceed NAEOTOM Alpha
PHILIPS		Access Dual Access CT	MX 16 Brilliance CT 16 Brilliance CT 16 Big Bore Brilliance Essential CT 40 Brilliance Essential CT 64 iCT S 128 iCT S 256 Ingenuity Flex Ingenuity S IQon Spectral CT Incisive CT BIG BORE CT CT 7500
GE Healthcare		Brivo CT 325 Brivo CT 385 Revolution ACT	BrightSpeed Elite LightSpeed VCT XTe LightSpeed VCT ASiR Optima CT 520 Optima CT 540 Optima CT 580 Optima CT 580 RT Optima CT 660 Discovery RT Discovery CT 750 HD Revolution EVO Revolution HD Revolution GSI Revolution Frontier Revolution CT Revolution MAXIMA Revolution APEX Revolution ASCEND

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
TOSHIBA ou CANON Medical Systems <i>depuis le 4 janvier 2018</i>		Astelion Astelion Advanced Edition AQUILION START	AQUILION CX AQUILION CXL 64 AQUILION CXL 128 AQUILION RX AQUILION RXL 16 AQUILION RXL 32 AQUILION PRIME AQUILION PRIME 80 AQUILION PRIME 160 AQUILION PRIME SP AQUILION ONE AQUILION ONE NeXT Generation AQUILION ONE Vision Edition AQUILION ONE GENESIS Edition AQUILION ONE PRISM Edition AQUILION LB AQUILION LIGHTNING AQUILION LIGHTNING SP AQUILION PRECISION AQUILION Exceed LB AQUILION Serve
HITACHI		Eclos 4 Eclos 8 Eclos 16 Supria 16 (2 MHU) Supria 16 (5 MHU)	Scenaria 64 Scenaria 128 Supria 16 (50 kW) Supria 64
Neusoft Medical Systems		NeuViz 16 Classic NeuViz ACE NeuViz ACE (SP)	NeuViz 16 Essence NeuViz 64 In NeuViz 128 NeuViz Prime NeuViz Glory NeuViz Epoch

Source : SNITEM

ACTIVITÉS DE RÉFÉRENCES ANNUELLES

- 26/05/10** Les seuils d'activité de référence doivent être appliqués par année civile. Par conséquent, le décompte du nombre de forfaits techniques débute le 1er janvier de l'année concernée et s'achève le 31 décembre de la même année. Tous les forfaits techniques doivent être décomptés, y compris ceux pour les examens réalisés pour des patients hospitalisés dans les établissements de santé, quels que soient le statut et la qualité du médecin exécutant.
- 20/03/12** Lorsque la mise en service effective de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des forfaits techniques débute lors du premier acte pris en charge effectué sur l'appareil et s'achève au 31 décembre de l'année d'installation. Au-delà de l'activité de référence, le forfait réduit doit être appliqué, que l'appareil soit ou non amorti.
- 23/08/07** Trois tranches d'activité sont définies au-delà de l'activité de référence :
1. Activité supérieure à l'activité de référence et inférieure ou égale au seuil 1
 2. Activité supérieure au seuil 1 et inférieure ou égale au seuil 2
 3. Activité supérieure au seuil 2.
- A chacune de ces tranches d'activité correspond un montant différent du forfait réduit.

Matériels installés avant le 01-08-1991

Activité de référence	10 000
-----------------------	--------

Matériels installés entre le 01-08-1991 et le 31-12-1994

Activité de référence	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6
Paris	4 550	5 550	6 550	6 550	7 050	7 550
Région Parisienne	4 200	5 200	6 200	6 200	6 700	7 200
Province	4 000	5 000	6 000	6 000	6 500	7 000

Matériels installés entre le 01-01-1995 et le 31-12-1996

Activité de référence	Classe 1	Classe 2	Classe 3
Paris	4 550	5 550	7 050
Région Parisienne (hors PARIS)	4 200	5 200	6 700
Province	4 000	5 000	6 500

16/01/17

*Seuils d'activité de référence annuelle applicables jusqu'au 13 février 2017
quelle que soit la date d'installation de l'appareil*

Activité de référence	Classe 1	Classe 2	Classe 3
Paris	3500	5700	6700
Région Parisienne hors Paris	3200	5350	6350
Province	3000	5000	6000

***Seuils d'activité de référence annuelle applicables à partir du 13 février 2017
quelle que soit la date d'installation de l'appareil***

Activité de référence	Classe 1	Classe 2	Classe 3
Toutes zones géographiques	3500	5700	6700

Seuils pour l'application des forfaits réduits au-delà de l'activité de référence

Seuils des tranches d'activité	SEUIL 1	SEUIL 2
Tous appareils	11 000	13 000

2- Imagerie par résonance magnétique (modifié par décisions UNCAM du 20/03/2012, du 19/07/2012, du 12 mai 2016 et du 28 mai 2018)

CLASSIFICATION DES APPAREILS

La classification des appareils d'IRM est établie suivant la puissance de l'aimant exprimée en tesla (T) et, pour certains appareils, selon les régions anatomiques examinées.

- **Les appareils IRM dits « polyvalents »** sont des appareils IRM 'fermés' d'une puissance d'aimant de 1,5 Tesla permettant d'apporter une qualité diagnostique dans l'examen de chaque région anatomique et pour un très grand nombre d'indications médicales.

Ces appareils sont constitués d'un aimant circulaire, d'un tunnel généralement large, disposent de plusieurs chaînes de radiofréquence, d'un grand éventail d'applications notamment dans l'exploitation des images générées par l'appareil et nécessitent une grande surface d'installation et des aménagements des locaux importants (renforcement des sols, cage de faraday, ...).

A fin 2011, ces appareils constituent la quasi-totalité des appareils IRM 1,5 T autorisés.

- **Les appareils IRM « spécialisés en ostéo-articulaire »** sont des appareils IRM 'fermés' d'une puissance d'aimant de 1,5 Tesla ayant les mêmes caractéristiques (*gradient, tunnel, bobines, ...*) que les appareils IRM 1,5 T, dits « polyvalents », mais avec une utilisation réservée aux examens ostéo-articulaires.

Les caractéristiques des IRM « spécialisés en ostéo-articulaire » doivent porter :

- sur les caractéristiques de l'aimant principal et des bobines de gradient,
- sur les caractéristiques des antennes et en particulier des antennes réceptrices (Les antennes réceptrices sont en règle générale composées de plusieurs bobines permettant d'augmenter le rapport signal/bruit et d'accéder à des techniques d'acquisition parallèles (gain de temps par correction des artéfacts par un logiciel ad hoc)). Les antennes sont alors adaptées à la forme anatomique de la région explorée afin de récupérer le signal au plus près du patient.

Ces appareils IRM 1,5 T « spécialisés » doivent apporter une qualité diagnostique comparable à l'appareil IRM dit « dédié » pour les articulations distales (*aimant circulaire extrêmement performant*) pour éviter de refaire un examen sur un appareil IRM 1,5 T « polyvalent » ou « dédié ».

L'équipement optionnel en termes d'antennes réceptrices est limité aux seuls examens des régions anatomiques suivantes :

- antenne genou, cheville, pied ;
- antenne rachis ;
- antennes de surface dédiées aux articulations : coude, poignet, main ;
- antenne cervicale ;
- antenne épaule ;
- antenne hanche.

19/07/12

12/05/16

Détails de certaines caractéristiques :

- tunnel de 60 cm à 65 cm ;

- gradient : intensité = 30 mT/m à 36 mT/m ; vitesse = de 100 à 150 T/m/s ;
- nombre de chaînes de radiofréquence (convertisseurs analogique/numériques) = 8 à 16 ;
- options de base **non proposées** dans la configuration : imagerie fonctionnelle, imagerie ultra-rapide, angiographie, suivi de bolus.

12/05/16 Les appareils IRMs « spécialisés en ostéo-articulaire » doivent répondre aux spécifications techniques citées supra.

12/05/16 *Les appareils IRM « spécialisés en ostéo-articulaire » ne peuvent pas faire l'objet d'une évolution technologique les transformant en appareil IRM 1,5 T dit « polyvalent ».*

- **Les appareils IRM « dédiés aux examens ostéo-articulaires des membres »** sont des appareils IRM d'une puissance d'aimant de 1,5 Tesla dont les caractéristiques nécessaires et suffisantes (*aimant circulaire extrêmement performant*) permettent uniquement la réalisation d'examen ostéo-articulaires des membres inférieurs et supérieurs, hors hanche et épaule. Les **6 antennes émettrices réceptrices incluses** dans la configuration sont **dédiées** aux seuls examens des régions anatomiques suivantes :
 - antennes genou, cheville, pied ;
 - antennes de surface dédiées aux articulations distales : main, doigts, poignet, coude.

Cette classe d'appareils IRM dits « dédiés » en ostéo-articulaire des membres apportent une qualité diagnostique suffisante permettant d'éviter la réalisation de ces examens sur un appareil IRM 1,5 T dit « polyvalent ».

Ces appareils disposent d'un tunnel d'une dimension très inférieure à celle d'un appareil IRM 1,5 T « polyvalent » ou « spécialisé en ostéo-articulaire », d'un nombre beaucoup moins important de chaînes de radiofréquence (voire d'une seule) et nécessitent une surface dédiée à l'appareil beaucoup moins grande.

La configuration comprend également une seconde console de traitement.

**Appareils IRM « dédiés aux examens ostéo-articulaires des membres »
installés à partir du 1^{er} janvier 2012**

CONSTRUCTEUR	Dénomination Commerciale des appareils
GE HEALTHCARE	Optima MR430s *

* Détails de certaines caractéristiques :

- tunnel de 18 cm ;
- 19/07/12 - gradient : intensité = 70 mT/m ; vitesse \geq 200 T/m/s ;
- nombre de chaînes de radiofréquence (convertisseurs Analogique/numériques) = 1 ;
- options de base non proposées dans la configuration : imagerie fonctionnelle, imagerie ultra-rapide, angiographie, suivi de bolus, diffusion / perfusion ;
- surface dédiée à l'appareil = 10 m².

ACTIVITÉS DE RÉFÉRENCES ANNUELLES

Les seuils d'activité de référence doivent être appliqués par année civile. Par conséquent, le décompte du nombre de forfaits techniques débute le 1er janvier de l'année concernée et s'achève le 31 décembre de la même année. Tous les forfaits techniques doivent être décomptés, y compris ceux pour les examens réalisés pour des patients hospitalisés dans les établissements de santé, quels que soient le statut et la qualité du médecin exécutant.

Lorsque la mise en service effective (Conformément à l'Article D6122-38 du Code de la santé publique, la date effective de mise en service ne doit pas être antérieure au jour suivant l'envoi par le titulaire de l'autorisation de la déclaration prévue à l'article R. 6122-37 du Code de la santé publique au Directeur général de l'agence régionale de santé) de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des forfaits techniques débute lors du premier acte pris en charge effectué sur l'appareil et s'achève au 31 décembre de l'année d'installation.

Au-delà de l'activité de référence, le forfait réduit doit être appliqué, que l'appareil soit ou non amorti.

Trois tranches d'activité sont définies au-delà de l'activité de référence :

1. Activité supérieure à l'activité de référence et inférieure ou égale au seuil 1
2. Activité supérieure au seuil 1 et inférieure ou égale au seuil 2
3. Activité supérieure au seuil 2.

A chacune de ces tranches d'activité correspond un montant différent du forfait réduit.

28/05/18

Seuils d'activité de référence annuelle applicables à partir du 1^{er} juillet 2018 quelle que soit leur date d'installation de l'appareil

Classe d'appareils	\leq 0,5 T	$>$ 0,5 T ET 1,5 T $<$	1,5 T polyvalent	1,5 T dédié aux membres	1,5 T spécialisé ostéo-articulaire	$>$ 1,5 T
Activités de référence	3 500	4 000	4 750	4 500	4 500	4 500

Seuils pour l'application des forfaits réduits au-delà de l'activité de référence

SEUILS des tranches d'activité	SEUIL 1	SEUIL 2
Tous appareils	8 000	11 000

3- Tomographes à Émission de Positons (TEP)

La classe 1 regroupe les tomographes à émission de positons permettant la correction d'atténuation par une(des) source(s) radioactive(s) uniquement (TEP).

La classe 2 regroupe les tomographes à émission de positons couplés à un tomodensitomètre permettant la correction d'atténuation par des rayons X (avec ou sans source(s) radioactive(s)) et la localisation anatomique (TEP-TDM).

CLASSIFICATION DES TOMOGRAPHES A EMISSION DE POSITONS

Classe d'appareils	Classe 1	Classe 2
Type d'appareils	TEP	TEP-TDM

26/05/10 L'activité de référence annuelle est de 1 000 forfaits techniques, quelle que soit la classe d'appareil.

Le seuil d'activité de référence doit être appliqué par année civile. Par conséquent, le décompte du nombre de forfaits techniques débute le 1er janvier de l'année concernée et s'achève le 31 décembre de la même année. Tous les forfaits techniques doivent être décomptés, y compris ceux pour les examens réalisés pour des patients hospitalisés dans les établissements de santé, quels que soient le statut et la qualité du médecin exécutant.

25/09/13 Lorsque la mise en service effective (Conformément à l'Article D. 6122-38 du Code de la santé publique, la date effective de mise en service ne doit pas être antérieure au jour suivant l'envoi par le titulaire de l'autorisation de la déclaration prévue à l'article R. 6122-37 du Code de la santé publique au Directeur général de l'agence régionale de santé) de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des forfaits techniques débute lors du premier acte pris en charge effectué sur l'appareil et s'achève au 31 décembre de l'année d'installation. Au-delà de l'activité de référence, le forfait réduit doit être appliqué, que l'appareil soit ou non amorti.

17/09/08 Annexe 4 : Autres forfaits

19/01/09 Forfait Vidéo capsule

Vidéocapsule : matériel à usage unique nécessaire à la réalisation de l'acte HGQD002 : exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéocapsule ingérée ou de l'acte HHQD445 : exploration de la lumière du colon par vidéocapsule ingérée [capsule colique]. Ce forfait est facturable soit par le praticien libéral qui réalise l'acte, soit par la structure de soins où est réalisé l'acte.

19/01/09

20/12/11

02/10/12 Forfait Sécurité Dermatologie : ce forfait s'applique à une liste d'actes d'exérèse de naevus cellulaires, de tumeurs malignes cutanées ou de lésions hypodermiques lorsqu'ils sont réalisés sous anesthésie locale.

Quand ces actes sont réalisés en établissement de santé, en dehors d'une hospitalisation, ce forfait ne peut être facturé que par le seul établissement de santé et il ne peut pas se cumuler avec une prestation d'hospitalisation telle que définie à l'article R 162-32 du code de Sécurité sociale.

Ce forfait ne peut être facturé, pour un même patient, plus d'une fois par 24 heures par une même structure de soins ou par un même praticien.

Ce forfait est indiqué en regard des actes auxquels il s'applique dans le Livre II.

Le tarif du FSD est fixé à 40€.

**Annexe 5 : Cahier des charges pour un système d'archivage et de gestion des images
médicales numériques (Mammographies, Scanner et IRM) – Livre II chapitre
19.02.07 (modifié par décision UNCAM du 24/06/14)**

L'archivage des images médicales numériques nécessite l'acquisition préalable et la maintenance d'un système d'archivage et de gestion des images. Le supplément « archivage » pris en charge par l'Assurance Maladie est destiné à financer les coûts d'acquisition et de maintenance de ce système d'archivage supportés par son exploitant (personne juridique, physique ou morale, assumant au regard de la législation nationale la responsabilité juridique du système d'archivage numérique).

1. Techniques d'imagerie concernées

L'archivage numérique concerne exclusivement les mammographies et les examens d'imagerie en coupes (actes de scanographie et de remnographie).

La mammographie numérique n'est concernée que si elle est acquise directement en mode numérique, excluant de fait toute numérisation secondaire, dans les deux situations suivantes :

1. Le dépistage organisé (DO) du cancer du sein ;
2. Le suivi des cancers du sein traités.

2. Conditions administratives

Le supplément « archivage » est pris en charge par l'Assurance Maladie :

- a) après l'enregistrement par un organisme d'assurance maladie des informations justifiées par les documents suivants :
 - 1/ la déclaration d'engagement de l'exploitant sur les conditions de prise en charge, strictement tenue à jour ;
 - 2/ un document de nature comptable attestant de la participation financière de l'exploitant à l'acquisition du système d'archivage (ex : une facture ou une attestation du commissaire aux comptes) ;
- b) selon les mêmes indications que les actes qui autorisent ce supplément.

Le supplément « archivage » n'est pas pris en charge lorsque le médecin ou la structure gérant le système d'archivage pour le compte de ce médecin (exploitant) a bénéficié de subvention, totale ou partielle, pour le système d'archivage et de gestion des images, à l'exception des PACS (Picture Archiving and Communication Systems) territoriaux inter-sites ou inter-établissements agréés par une agence régionale de santé.

3. Conditions techniques relatives à l'archivage des images numériques de radiologie

3.1 Type et durée d'archivage

Au sein des établissements de santé, conformément à l'article R.1112-7 du code de la santé public, les images utiles au diagnostic de l'examen sont archivées pendant une durée de 20 ans à compter de la date de l'examen archivé pour le patient considéré.

Pour les médecins libéraux, en l'absence de norme juridique fixant la durée de conservation de leurs archives, et indépendamment des dispositions réglementaires relatives à la

responsabilité civile des professionnels de santé, la durée doit être au minimum de 5 ans. Cette durée est susceptible d'être modifiée en fonction des évolutions législatives et réglementaires.

Dans tous les cas, ces images doivent être disponibles en accès immédiat sur le site pendant au moins trois ans à compter de la date de l'examen. Au-delà de trois ans, l'accès peut être différé.

3.2 Contraintes techniques

Contraintes et normes à respecter

Les images archivées sont les images traitées en format DICOM.

Les données en accès immédiat sont archivées en format DICOM sans compression ou avec compression sans perte (DICOM lossless). L'archivage en accès immédiat doit permettre une récupération immédiate des images (*soit, dans des conditions normales d'utilisation sur site, un temps d'affichage inférieur à 5 secondes pour la première image d'un examen scanner et, par exemple, à 1 minute pour une série complète de 600 images d'un scanner*). En ce qui concerne l'archivage en accès différé, une compression plus importante sera admise (DICOM lossy).

La communication entre le système d'information radiologique (SIR) du cabinet ou service de radiologie et le système d'archivage est directe si le SIR est doté des fonctionnalités logicielles requises. Si le SIR ne dispose pas de ces fonctionnalités, la communication doit utiliser une passerelle transformant les informations du SIR en format DICOM et HL7 qui seront utilisées directement par le système d'archivage (*le système d'archivage doit notamment pouvoir recevoir du SIR les identifiants des patients et des examens et réaliser les réconciliations d'identité entre le SIR et le système d'archivage*). L'utilisation de l'Identifiant National de Santé (INS), avec le référencement adéquat, est recommandée.

Le système d'archivage doit respecter les normes internationales DICOM, HL7 (*dans sa version la plus récente*) et les profils définis par IHE (*les profils Scheduled Workflow (SWF), Patient Administration Management (PAM) et ses transactions déclinées en HL7, Patient Demographic Query (PDQ) et Key Image Note (KIN) sont indispensables ; le profil Radiation Exposure Monitoring (REM) est recommandé*). La lecture des images archivées doit être réalisée sur des écrans adaptés de visualisation à visée diagnostique (*écrans de résolution d'au moins 2 MP pour les examens de coupe et d'au moins 3 MP pour ceux de projection*).

Confidentialité, sécurité

L'archivage des images doit faire l'objet d'une déclaration à la CNIL par l'exploitant et respecter les règles de confidentialité du dossier du patient, notamment en termes d'authentification des utilisateurs et de suivi de leurs accès. La preuve de déclaration CNIL doit être tenue à disposition en cas de contrôle.

Les images doivent être sauvegardées pour la durée prévue à l'article 3.1 à l'aide d'une solution de sauvegarde (base de données et données images) sous la forme d'un système local, d'un système partagé ou d'un système décentralisé.

Qualité

La qualité et l'efficacité de fonctionnement du système imposent une formation des médecins à l'utilisation du système et une organisation adaptée. Les besoins en disponibilité du système imposent la conclusion d'un contrat de maintenance.

Une procédure interne de contrôle qualité du système d'archivage doit être mise en place sous la responsabilité de l'exploitant de ce système.

Interopérabilité avec les PACS (Picture Archiving and Communication System)

Le système d'archivage de l'exploitant doit être interopérable avec les PACS qui relèvent de la région dans laquelle est implanté le système, sous réserve de la conformité de ces derniers aux règles d'interopérabilité.

Les médecins nouvellement associés, collaborateurs, remplaçants ou de tout autre statut pourront sur demande conjointe du praticien concerné et du responsable du système, être inscrits sur la liste des médecins archivant sur le système agréé.

Annexe 1 de la NGAP : Soins infirmiers
(Créée par décision UNCAM du 13/01/22)

Détermination de la facturation des forfaits BSI (article 23.3 des Dispositions générales de la NGAP)

Le forfait journalier à facturer par l’infirmier est déterminé par les interventions réalisées en propre par l’infirmier auprès du patient et cochées dans l’outil BSI. Il existe trois forfaits BSI « léger », « intermédiaire » ou « lourd » dont le tarif diffère selon le niveau de prise en charge en soins infirmiers.

Les 43 interventions du BSI ont été classées, par ordre croissant de charge en soins infirmiers, en 4 groupes homogènes, en accord avec les organisations syndicales représentatives signataires de la convention. Le groupe 1 correspond à la charge en soins la plus faible et le groupe 4 à la plus élevée (voir tableau 1 en fin d’annexe). Parmi les interventions cochées, seules les interventions des domaines Hygiène (H), Elimination (E) et Mobilité (M) sont apparues comme discriminantes pour classer les patients en termes de lourdeur de prise en charge. Il s’avère que les interventions des autres domaines sont corrélées à celles des trois domaines HEM et ne sont donc pas discriminantes.

Pour chaque domaine HEM, on ne garde que la valeur maximale de groupe des interventions cochées pour le patient. Chacun de ces 3 domaines HEM n’a donc qu’un 1 seul indicateur, le plus élevé retrouvé.

Par exemple, la combinaison H4E2M3 veut dire que parmi le(s) intervention(s) cochée(s) dans le domaine « hygiène », le groupe maximal de ces interventions appartient au groupe 4. Le groupe 4 (H4) est donc le niveau retenu pour le domaine « hygiène ». On procède de la même façon pour le domaine « Elimination » et « Mobilité ». Pour chaque combinaison HEM, des règles d’orientation déterminent le niveau de forfait BSI à facturer (voir tableau 2 en fin d’annexe).

Afin de reconnaître la complexité des prises en charge chez la personne très âgée et dépendante, un âge égal ou supérieur à 90 ans constitue un critère supplémentaire.

Tableau 1 : Composition des 4 groupes homogènes d’interventions

Sigles des 9 domaines ou rubriques du BSI :

A/ Alimentation ; R/ Respiratoire et cardio-circulatoire ; E/ Elimination ; H/ Hygiène ; M/ Mobilité ; SR/ Soins Relationnels ; SE/ Soins Educatifs ; D/ Douleur ; T/ Traitement

Groupe 1 : 10 interventions
A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs)
A/ Surveillance clinique de l'état bucco-dentaire pour adaptation de l'alimentation
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers du patient avec un dispositif de pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil
R/ Surveillance clinique de la fonction cardio-circulatoire

Groupe 1 : 10 interventions

E/ Surveillance clinique de l'élimination urinaire et/ou fécale (aspects qualitatifs et quantitatifs)

E/ Surveillance clinique d'une constipation

H/ Surveillance du confort d'installation (lit, régulation température, préparation à l'endormissement, etc...) et de l'intégrité de la peau

H/ Pose, surveillance, entretien, d'appareillage de suppléance, d'orthèses, de prothèses

M/ Surveillance et observation, de la sécurité de l'environnement du patient et de l'utilisation des aides techniques (cannes, déambulateur, attelles,...)

Groupe 2 : 20 interventions

A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs) et de l'observance d'un régime alimentaire prescrit

A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs) et des mesures thérapeutiques prescrites : (compléments alimentaires,...)

A/ Planification des apports alimentaires et hydriques et stimulation à leur prise

A/ Planification d'un régime alimentaire prescrit et contrôle de sa mise en œuvre

A/ Mise en œuvre de mesures de prévention auprès d'un patient présentant un risque de fausse route ou après fausse route

R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers pour un patient appareillé par un dispositif d'oxygénothérapie

R/ Pose et dépose de contentions vasculaires

E/ Surveillance clinique de l'élimination (aspects qualitatifs et quantitatifs) et soins infirmiers liés à une incontinence occasionnelle urinaire et/ou fécale

E/ Planification des soins personnels et aide à l'élimination urinaire et/ou fécale

E/ Massage colique

M/ Surveillance et mise en place de mesures de prévention des chutes chez une personne à risque

M/ Aide à l'installation (lit, fauteuil) et aux déplacements (avec ou sans aide technique)

D/ Evaluation et suivi par test d'une douleur chronique invalidante avec retentissement important sur la qualité de vie, prise en charge relationnelle infirmière de la douleur, et le cas échéant adaptation du traitement anti-douleur selon protocole prescrit

T/ Surveillance d'un patient à risque de iatrogénie médicamenteuse en lien avec le médecin et/ou le pharmacien : repérer les patient à risque d'événements indésirables médicamenteux, sécuriser la gestion des médicaments, et gérer les situations à risque et les alertes

SR/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant :

- un déficit sensoriel majeur même appareillé ou un trouble majeur de la compréhension ou de l'expression du langage oral, par communication non verbale
- des troubles comportementaux importants et chroniques (angoisse, agressivité, apathie ...)
- un état anxio-dépressif chronique avec souffrance morale et retentissement important sur l'activité

Groupe 2 : 20 interventions
SE/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant : <ul style="list-style-type: none"> - aide éducative d'un patient atteint de pathologie(s) chronique(s) pour acquérir ou maintenir des compétences dont il a besoin dans la vie courante et dans le suivi de son traitement - aide à l'apprentissage d'autosoins et de nouveaux comportements nécessaires à la prise en charge et au suivi du traitement de pathologie(s) chronique(s) en phase évolutive (par exemple lors de la mise en œuvre d'un traitement ou de la modification de celui-ci) - aide à l'apprentissage de suppléance après perte récente d'une fonction ou d'un organe

Groupe 3 : 9 interventions
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers d'un patient nécessitant des aspirations bronchiques (avec ou sans trachéotomie)
E/ Surveillance clinique d'un patient porteur d'une sonde urinaire à demeure et soins infirmiers, associée ou non à un trouble de l'élimination fécale
H/ Planification des soins d'hygiène, stimulation et apprentissage visant à maintenir les capacités d'autonomie restantes
H/ Aide du patient pour la réalisation de ses soins d'hygiène, et de son habillage/déshabillage
H/ Surveillance de l'intégrité de la peau et mise en œuvre de mesures de prévention auprès d'une patient présentant un risque d'escarres
M/ Aide partielle aux transferts (couché/assis/debout), avec lever ergonomique et installation du patient, surveillance et prévention des complications
SR/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant : <ul style="list-style-type: none"> - des troubles démentiels (désorienté, incohérent, perte de l'autonomie sociale, fugueur...) - des troubles psychiatriques sévères avec incurie (manque total de soins de soi et d'hygiène avec indifférence aux conséquences) - une situation de crise (annonce d'une pathologie grave, d'une perte de fonction/organe avec handicap, fin de vie,...)

Groupe 4 : 4 interventions
E/ Surveillance clinique de l'élimination (aspects qualitatifs et quantitatifs) et soins infirmiers liés à une incontinence permanente urinaire et/ou fécale
H/ Réalisation complète des soins d'hygiène et de l'habillage/déshabillage, sans participation du patient
M/ Aide totale aux transferts (couché/assis/debout), avec ou sans lève-malade et installation du patient, surveillance et prévention des complications
M/ Changements de positions fréquents, prévention des attitudes vicieuses, des complications de décubitus (planification et réalisation des soins)

Tableau 2 : Règles de classement des forfaits BSI

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H0 E4 M4	Lourd	Lourd
H1 E4 M4	Lourd	Lourd
H3 E1 M4	Lourd	Lourd
H3 E2 M4	Lourd	Lourd
H3 E3 M3	Lourd	Lourd
H3 E3 M4	Lourd	Lourd
H3 E4 M3	Lourd	Lourd
H3 E4 M4	Lourd	Lourd
H4 E0 M4	Lourd	Lourd
H4 E1 M4	Lourd	Lourd
H4 E2 M3	Lourd	Lourd
H4 E2 M4	Lourd	Lourd
H4 E3 M3	Lourd	Lourd
H4 E3 M4	Lourd	Lourd
H4 E4 M0	Lourd	Lourd
H4 E4 M1	Lourd	Lourd
H4 E4 M2	Lourd	Lourd
H4 E4 M3	Lourd	Lourd
H4 E4 M4	Lourd	Lourd
H0 E1 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E2 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E3 M3	Intermédiaire	Lourd
H0 E3 M4	Intermédiaire	Lourd
H0 E4 M1	Intermédiaire	Intermédiaire

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H0 E4 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E4 M3	Intermédiaire	Lourd
H1 E0 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E1 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E2 M3	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E2 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E3 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E3 M3	Intermédiaire	Lourd
H1 E3 M4	Intermédiaire	Lourd
H1 E4 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E0 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E0 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E0 M4	Intermédiaire	Lourd
H3 E1 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E2 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E3 M0	Intermédiaire	Lourd

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H3 E3 M1	Intermédiaire	Lourd
H3 E3 M2	Intermédiaire	Lourd
H3 E4 M0	Intermédiaire	Lourd
H3 E4 M1	Intermédiaire	Lourd
H3 E4 M2	Intermédiaire	Lourd
H4 E0 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E0 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E0 M3	Intermédiaire	Lourd
H4 E1 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E1 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E1 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E1 M3	Intermédiaire	Lourd
H4 E2 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E2 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E2 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E3 M0	Intermédiaire	Lourd
H4 E3 M1	Intermédiaire	Lourd
H4 E3 M2	Intermédiaire	Lourd
H0 E0 M0	Léger	Léger
H0 E0 M1	Léger	Léger
H0 E0 M2	Léger	Léger
H0 E0 M3	Léger	Léger
H0 E0 M4	Léger	Léger
H0 E1 M0	Léger	Léger
H0 E1 M1	Léger	Léger

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H0 E1 M2	Léger	Léger
H0 E1 M3	Léger	Léger
H0 E2 M0	Léger	Léger
H0 E2 M1	Léger	Léger
H0 E2 M2	Léger	Intermédiaire
H0 E2 M3	Léger	Intermédiaire
H0 E3 M0	Léger	Léger
H0 E3 M1	Léger	Léger
H0 E3 M2	Léger	Intermédiaire
H0 E4 M0	Léger	Léger
H1 E0 M0	Léger	Léger
H1 E0 M1	Léger	Léger
H1 E0 M2	Léger	Léger
H1 E0 M3	Léger	Léger
H1 E1 M0	Léger	Léger
H1 E1 M1	Léger	Léger
H1 E1 M2	Léger	Léger
H1 E1 M3	Léger	Léger
H1 E2 M0	Léger	Léger
H1 E2 M1	Léger	Léger
H1 E2 M2	Léger	Intermédiaire
H1 E3 M0	Léger	Léger
H1 E3 M1	Léger	Léger
H3 E0 M0	Léger	Léger
H3 E0 M1	Léger	Léger

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H4 E0 M0	Léger	Léger

Annexe 2 de la NGAP : Lettres clés

(Créée par décision UNCAM du 14/12/23 et modifié par décision UNCAM du 22/12/23)

C – Consultation au cabinet par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme.

CD – Consultation au cabinet par le chirurgien-dentiste omnipraticien

CS – Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien–dentiste spécialiste qualifié.

CSD – Consultation au cabinet par le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié

APC – Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet du médecin spécialiste

ACD – Avis ponctuel de consultant du chirurgien-dentiste spécialiste

APV – Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade

APY – Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre ou d'un neurologue

AVY – Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre ou par un neurologue

APU – Avis ponctuel de consultant pour une consultation d'un professeur des universités-praticien hospitalier

CCP – Consultation de contraception et de prévention

U03 – Consultation correspondant au niveau CCMU 3 du médecin urgentiste

U45 – Consultation correspondant au niveau CCMU 4 ou au niveau CCMU 5 du médecin urgentiste

COE – Consultation obligatoire de l'enfant

CsC – Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires.

SNP – Majoration pour soins non programmés

IMT – Consultation initiale d'inscription d'un médecin en tant que médecin traitant pour un patient relevant d'une ALD exonérante

CNPSY – Consultation au cabinet par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié.

CDE – Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie.

TCG – Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin généraliste ou une sage-femme dit « téléconsultant »

TC – Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin dit « téléconsultant »

TCS – Acte de téléconsultation du médecin spécialiste

MOP – Majoration personnes âgées du médecin non traitant

MCY – Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre dans les deux jours ouvrables suivant la demande du médecin traitant ou du médecin régulateur du service d'accès aux soins (SAS)

TE2 – Acte de téléexpertise d'un médecin ou d'une sage-femme sollicitée par un autre professionnel de santé

VSP – Visite Soins Palliatifs

RNO – Réalisation d'un bilan visuel à distance dans le cadre d'un protocole de délégation entre l'ophtalmologue et l'orthoptiste

V – Visite au domicile du malade par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme.

VD – Visite au domicile du malade par le chirurgien-dentiste omnipraticien

VL – Visite très complexe réalisée au domicile du patient

VS – Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié.

VSD – Visite au domicile du malade par le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié

CXD – Consultation complexe des médecins stomatologues et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale

VNPSY – Visite au domicile du malade par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié.

K – Actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par le médecin ([selon les dispositions de l'article III-1 du Livre III de la décision UNCAM du 11/03/05](#)).

KMB – Prélèvement par ponction veineuse directe réalisée par le médecin biologiste.

Z – Actes utilisant les radiations ionisantes pratiqués par le médecin ([selon les dispositions de l'article III-1 du Livre III de la décision UNCAM du 11/03/05](#)) ou le chirurgien-dentiste.

ORT – Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin.

TO – Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le chirurgien-dentiste.

SP – séance de suivi ou d'entretien postnatal réalisé par la sage-femme.

SF – Actes pratiqués par la sage-femme.

SFI – Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme.

AMK – Actes divers pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

TMK – Acte de télésoin pratiqué par le masseur-kinésithérapeute

APM - Actes de rééducation des amputations pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

ARL - Actes de rééducation dans le cadre des affections respiratoires, maxillo-faciales et ORL pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

DRA – Actes de rééducation pour déviation du rachis pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

NMI – Actes de rééducation des affections neuromusculaires ou rhumatismales inflammatoires pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

PLL – Actes de soins palliatifs pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RAB – Actes de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RAM - Actes de rééducation du rachis non opéré pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RAO - Actes de rééducation du rachis opéré pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RAV - Actes de rééducation des affections vasculaires pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RIC - Actes de rééducation du membre inférieur opéré soumise à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RIM - Actes de rééducation du membre inférieur non opéré soumise à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RPB - Actes de rééducation des patients atteints de brûlures pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RPE - Actes de rééducation de la déambulation du sujet âgé pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RSC - Actes de rééducation du membre supérieur opéré soumise à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RSM - Actes de rééducation du membre supérieur non opéré soumise à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

TER - Actes de rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques sur au moins 2 territoires (membres, ou rachis et membres) pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

VIC - Actes de rééducation du membre inférieur opéré non soumis à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

VIM - Actes de rééducation du membre inférieur non opéré non soumis à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

VSC - Actes de rééducation du membre supérieur opéré non soumis à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

VSM - Actes de rééducation du membre supérieur non opéré non soumis à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

AMI – Actes pratiqués par l’infirmier ou l’infirmière, à l’exception des actes infirmiers de soins qui donnent lieu à application de la lettre clé AIS.

AIS – Actes infirmiers de soins. La lettre clé AIS est applicable aux séances de soins infirmiers et aux gardes au domicile des malades.

DI – Bilan de soins infirmiers.

AMP – Acte pratiqué par le pédicure-podologue

TMP – Acte de télésoin pour le pédicure-podologue

POD – Acte de prévention pratiqué par le pédicure-podologue

AMO – Acte pratiqué par l’orthophoniste.

TMO – Acte de télésoin pratiqué par l’orthophoniste

AMY – Acte pratiqué par l’orthoptiste.

BSA – Forfait journalier de prise en charge par l’infirmier d’un patient dépendant ayant une charge en soins dite «légère»

BSB – Forfait journalier de prise en charge par l’infirmier d’un patient dépendant ayant une charge en soins dite «intermédiaire»

BSC – Forfait journalier de prise en charge par l’infirmier d’un patient dépendant ayant une charge en soins dite «lourde»

IFI – Indemnité forfaitaire infirmier applicable dans le cadre de la prise en charge d’un patient dépendant relevant du dispositif défini à l’article 23.3 des Dispositions générales de la NGAP ou de la prise en charge d’un patient par un infirmier de pratique avancée dont les interventions sont inscrites au titre XVI, chapitre III, article 1er de la NGAP

PAI – Soins infirmiers en pratique avancée

AMX – acte pratiqué par l’infirmier ou l’infirmière, applicable aux soins réalisés à domicile pour les patients dépendants en sus des séances ou des forfaits

RQD – Acte de demande d’une télé-expertise