

NOMENCLATURE DES ACTES PROFESSIONNELS

Dispositions générales (Arrêté du 27 Mars 1972)

Liste des articles :

[Article premier]

[Article 2 - Lettres clés et coefficients]

[Article 3 - Notation d'un acte]

[Article 4 - Remboursement par assimilation]

[Article 5 - Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement]

[Article 6 - Actes effectués par des sages-femmes ou des auxiliaires médicaux sous la surveillance et la responsabilité directe du médecin]

[Article 7 - Entente préalable]

[Article 8 - Acte global et actes isolés]

[Article 9 - Cotation d'un second acte dans le délai de vingt ou dix jours]

[Article 10 - Intervention d'un second médecin dans le délai de vingt ou dix jours]

[Article 11 - Actes multiples au cours de la même séance]

[Article 12. - Actes en plusieurs temps]

[Article 13 - Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade]

[Article 13-1 - Frais de déplacement pour actes effectués dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées régi par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales]

[Article 14 - Actes effectués la nuit ou le dimanche]

[Article 15 - Contenu de la consultation, de la visite]

[Article 15-1 - Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires]

[Article 16 - Visite unique pour plusieurs malades]

[Article 17 - Consultations au cabinet du praticien ou visites au domicile du malade]

[Article 18 - Consultations faisant intervenir 2 médecins]

[Article 19 - Assistance du praticien traitant à une intervention chirurgicale]

[Article 20 - Honoraires de surveillance médicale dans les cliniques ouvertes des établissements publics et dans les établissements privés]

[Article 21 - Actes pratiqués par le masseur- kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement]

[Article 22 - Dispositions particulières aux actes d'anesthésie-réanimation]

[Article 23 - Dispositions particulières aux actes de chirurgie (Arrêté du 28.11.94 - JO du 07.12.94)]

[ANNEXE A L'ARTICLE 23 DES DISPOSITIONS GENERALES DE LA NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS (Arrêté du 28 novembre 1994 - JO du 07.12.94)]

Art. 1 Article premier

Les nomenclatures prises en application de l'article 7 du décret n°60-451 du 12 mai 1960 modifié établissent la liste, avec leur cotation, des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les médecins, et dans la limite de leur compétence, les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.

Ces nomenclatures s'imposent aux praticiens et auxiliaires médicaux pour communiquer aux organismes d'assurance maladie, tout en respectant le secret professionnel, et dans l'intérêt du malade, le type et la valeur des actes techniques effectués en vue du calcul par les organismes de leur participation.

Art. 2 Lettres clés et coefficients

Tout acte est désigné par une lettre-clé et un coefficient.

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.

Selon le type de l'acte les lettres-clés à utiliser sont les suivantes :

- C** Consultation au cabinet par le médecin omnipraticien, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme.
- Cs** Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié ou le chirurgien-dentiste spécialiste

	qualifié.
	CsC - Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires.
CNPSY	Consultation au cabinet par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié.
V	Visite au domicile du malade par le médecin omnipraticien, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme.
Vs	Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié.
VNPSY	Visite au domicile du malade par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié.
K ou KC	Actes de chirurgie et de spécialités pratiqués par le médecin.
KE	actes d'échographie, d'échotomographie ou de doppler pratiqués par le médecin.(*) (* Ces dispositions résultant de l'arrêté du 16 juin 1994 (JO 06.07.94) n'entreront en application qu'après l'entrée en vigueur de l'arrêté approuvant l'avenant à l'annexe de la convention visée à l'article L. 162-6-1 du Code de la Sécurité sociale fixant le tarif de la lettre KE.
P	Actes d'anatomie et de cytologie pathologiques pratiqués par le médecin spécialiste qualifié mentionné à l'article premier du décret n° 88-280 du 24 mars 1988 (1).
Z	Actes utilisant les radiations ionisantes pratiqués par le médecin ou le chirurgien-dentiste.
ZN	Actes utilisant des radioéléments en sources non scellées pratiqués par le médecin.(3)
ORT	Traitement d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin (5)
SCM	Soins conservateurs pratiqués par le médecin (5)
PRO	Actes de prothèse dentaire pratiqués par le médecin (5)
TO	Traitement d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le chirurgien-dentiste (4)
SC	Soins conservateurs pratiqués par le chirurgien-dentiste (4)
SPR	Actes de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien-dentiste (4).
D ou DC	Actes autres que d'orthopédie dento-faciale, d'obturations dentaires définitives, de traitement des parodontoses et de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien-dentiste. La lettre-clé DC est utilisée par le chirurgien-dentiste pour les actes affectés de la lettre KC à la deuxième partie de la nomenclature.
SF	Actes pratiqués par la sage-femme.
SFI	Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme.
AMK	Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé.
AMC	Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autres que ceux qui donnent lieu à application de la lettre-clé AMK.
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 (2).
AIS	Actes infirmiers de soins. La lettre clé AIS est applicable aux séances de soins infirmiers et aux gardes au domicile des malades (2).
AMP	Actes pratiqués par le pédicure.
AMO	Actes pratiqués par l'orthophoniste.
AMY	Actes pratiqués par l'aide-orthoptiste

2. Coefficient.

Le coefficient est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel.(1) Sont applicables aux actes de la Nomenclature générale des actes professionnels notés en P les dispositions de la Nomenclature des actes de biologie médicale applicables aux actes d'anatomie et de cytologie pathologiques (art. 1er de l'arrêté du 6-7-1989).

(2) Effet au 1er mars 1992.

(3) Ces dispositions résultant de l'arrêté du 9 août 1994 (JO du 01.09.94) n'entreront en application qu'après l'entrée en vigueur de l'arrêté approuvant l'avenant à l'annexe de la convention visée à l'article L 162-1 fixant le tarif de la lettre clé ZN et celui de la majoration pour la fourniture des produits radioactifs.

(4) Ces dispositions ont pris effet à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté approuvant la convention nationale des chirurgiens-dentistes (arrêté du 27.10.94, JO du 30.10.94, effet du 01.11.94).

(5) Ces dispositions résultant de l'arrêté du 26 avril 1995 (JO du 05.05.95) ont pris effet à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté approuvant la convention nationale des médecins spécialistes fixant la valeur des lettres-clés ORT, SCM et PRO (arrêté du 28.03.97, JO du 29.03.97, effet du 31.03.1997).

Art. 3 Notation d'un acte

Le praticien ou l'auxiliaire médical doit indiquer sur la feuille de maladie non pas la nature de l'acte pratiqué, mais simplement sa codification, comportant le numéro de l'acte figurant à la Nomenclature. Toutefois, à titre transitoire, et jusqu'à la date à compter de laquelle l'obligation de codification deviendra effective, le médecin doit indiquer sur la feuille de soins :

- 1° La lettre-clé prévue à l'article précédent selon le type de l'acte et la qualité de celui qui l'exécute ;
- 2° Immédiatement après le coefficient fixé par la Nomenclature.

Art. 4 Remboursement par assimilation

- 1° Lorsqu'un malade présente une pathologie inhabituelle justifiant un acte ne figurant pas à la Nomenclature, l'acte exceptionnel peut être assimilé à un acte de même importance porté sur la Nomenclature et, en conséquence, affecté du même coefficient. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'avis favorable du contrôle médical rendu après examen clinique du bénéficiaire par le praticien-conseil et à l'accomplissement des formalités de l'entente préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Toutefois, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de trois semaines doit être considéré comme un refus tacite de la demande d'assimilation.
- 2° Lorsqu'un acte ne figure pas à la Nomenclature en raison de l'évolution des techniques médicales, les ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et de l'Agriculture peuvent, sur proposition le cas échéant des caisses nationales d'assurance maladie compétentes, autoriser son remboursement par application d'une cotation provisoire qu'ils déterminent pour une période d'un an renouvelable. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'accomplissement des formalités d'entente préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Le délai prévu au paragraphe C dudit article est, dans ce cas, porté à quinze jours, l'expiration de ce délai devant être considérée comme un assentiment à la demande d'assimilation.

Art. 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 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.

Art. 6 Actes effectués par des sages-femmes ou des auxiliaires médicaux sous la surveillance et la responsabilité directe du médecin

Dans tous les cas où une sage-femme ou un auxiliaire médical exerce son activité professionnelle sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin pouvant contrôler et intervenir à tout moment, la cotation et le remboursement s'effectuent sur la base de la lettre-clé correspondant à la qualité de l'auxiliaire médical ou de

la sage-femme, même si les honoraires y afférents sont perçus par le médecin. Dans ce cas, la feuille de soins est signée à la fois par l'auxiliaire médical pour attester l'exécution de l'acte et par le médecin pour la perception des honoraires.

Art. 7 Entente 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'entente 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'entente préalable est indiquée par une mention particulière ou par la lettre E.
- B. Lorsque l'acte est soumis à cette formalité, le malade est tenu, préalablement à l'exécution de cet acte, d'adresser au contrôle médical une demande d'entente préalable remplie et signée par le praticien qui doit dispenser l'acte.
Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical, la demande d'entente préalable doit être accompagnée de l'ordonnance médicale qui a prescrit l'acte ou de la copie de cette ordonnance.
Les demandes d'entente préalable sont établies sur des imprimés conformes aux modèles arrêtés par le Ministre de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale.
Lorsque les honoraires sont réglés directement aux praticiens par la caisse (notamment en ce qui concerne les soins donnés aux victimes d'accidents du travail), la demande d'entente préalable est adressée au contrôle médical par le praticien et non par le malade.
- C. La date d'envoi de la demande d'entente préalable est attestée par le timbre date de la poste.
La réponse de la caisse d'assurance maladie doit être adressée au malade ou au praticien, le cas échéant, au plus tard le dixième jour suivant l'envoi de la formule. 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.
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'entente 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 trois semaines, par exception à la règle générale prévue au paragraphe C, vaut rejet de la demande et permet à l'assuré d'engager la procédure prévue par le décret du 7 janvier 1959 relatif au contentieux médical.

Art. 8 Acte global et actes isolés

A) Acte global.

Les coefficients égaux ou supérieurs à 15 sont fixés à l'acte global, de ce fait ils comportent en sus de la valeur de l'acte celle :

- des soins préopératoires ;
- de l'aide opératoire éventuelle ;
- en cas d'hospitalisation, des soins postopératoires pendant la période de 20 jours qui suit le jour de l'intervention. Cependant, en cas de sortie de l'assuré avant le 20^e jour, si le praticien ayant effectué l'intervention estime pouvoir confier la poursuite de la surveillance postopératoire à un autre praticien, ce dernier pourra percevoir des honoraires ;

- en cas d'intervention sans hospitalisation des soins postopératoires pendant une période de dix jours. Cependant, si le praticien ayant effectué l'intervention estime pouvoir confier la poursuite de la surveillance postopératoire à un autre praticien, ce dernier pourra percevoir des honoraires.

Par contre, ces coefficients ne comprennent pas notamment :

- les honoraires dus éventuellement au praticien traitant assistant à l'intervention, qu'il y ait participé ou non ;
- les actes de radiologie et les analyses médicales nécessités par l'état du malade ;
- les frais de déplacement du médecin, lorsque celui-ci est appelé à se déplacer à l'occasion des soins consécutifs à l'intervention ;
- la fourniture des articles de pansement.

Les honoraires de chaque médecin doivent être notés sur des feuilles de maladie distinctes, notamment ceux du médecin traitant assistant à l'intervention et ceux du médecin anesthésiste réanimateur.

B) Acte isolé.

1°. Les coefficients inférieurs à 15 ne sont pas fixés à l'acte global et correspondent à des actes isolés. De ce fait, les actes (pansements, par exemple) consécutifs à des interventions d'un coefficient inférieur à 15 sont cotés à part.

Le médecin ne doit noter une consultation ou une visite que lorsque les séances de soins consécutives à l'intervention s'accompagnent d'un examen du malade (Cf. article 15).

2°. Lorsqu'il s'agit d'actes multiples effectués au cours de la même séance (Cf. article 11-B) les soins consécutifs sont honorés à part, même si le coefficient total correspondant à l'ensemble des actes dépasse 15, à la condition que le coefficient isolé de chacun des actes soit au plus égal à 14.

Art. 9 Cotation d'un second acte dans le délai de vingt ou dix jours

Si, durant les vingt ou dix jours fixés à l'article 8 A ci-dessus, une seconde intervention, nécessitée par une modification de l'état du malade ou par une affection intercurrente s'impose, le second acte ouvre une nouvelle période, annulant le temps restant à courir, de vingt à dix jours selon qu'il y a ou non hospitalisation.

Art. 10 Intervention d'un second médecin dans le délai de vingt ou dix jours

Si, durant les vingt ou dix jours fixés à l'article 8 A ci-dessus, il se présente une affection médicale intercurrente, nécessitant l'intervention d'un médecin autre que l'opérateur, les soins dispensés donnent lieu à honoraires, indépendamment de ceux relatifs à l'intervention chirurgicale.

Art. 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 exceptions prévues ci-dessous.

Seul l'acte dont les honoraires sont les plus élevés est noté sur la feuille de maladie.

Exceptions :

- a) Le cumul des honoraires prévus pour la radiographie pulmonaire avec les honoraires de la consultation est autorisé pour les médecins pneumo-phtisiologues qualifiés.

- b) 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.
- c) Le cumul des honoraires prévus pour l'électrocardiogramme avec les honoraires de la consultation ou de la visite est autorisé dans les conditions précisées au titre VII, chapitre V, article 1. Cependant, en cas d'actes multiples au cours de la même séance, les règles de cumul telles que prévues au paragraphe B ci-dessous s'appliquent sans cumul possible avec la consultation ou la visite.

B) Actes en K, KC, KE, D, DC, SF, SFI, AMK, AMC, AMI, AIS, AMP, 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.

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) à l'électrodiagnostic de stimulation et à l'électromyogramme figurant au titre III, chapitre I, article 1 ;
- c) en odontostomatologie, lorsqu'un acte isolé distinct est accompli lors d'une des séances d'un traitement global.

Art. 12 Actes en plusieurs temps

- A. Lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature sous une forme globale comprend en réalité plusieurs interventions successives (actes en plusieurs temps), le médecin ne signe la feuille de maladie que lorsque les différents temps de l'intervention sont terminés. Dans le cas où ces interventions auront été interrompues, il indique la quotité partielle de celles effectuées (exemple KC 50 x 1/3).
S'il s'agit d'une série de séances qui a été interrompue, le médecin indique le nombre de séances effectuées
- B. Lorsqu'un traitement comportant une série d'actes répétés est coté dans la nomenclature sous une forme globale, il doit être inscrit sur la feuille de maladie uniquement sous cette forme, et ne peut être décomposé en actes isolés
- C. Lorsque l'exécution d'un acte prévu à la nomenclature en un seul temps a été effectuée en plusieurs temps, le coefficient global ne subit aucune majoration, sauf indication contraire portée à la nomenclature.

Art. 13 Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade

Lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du praticien sont remboursés, en sus de la valeur propre 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 praticien.

A. Indemnité forfaitaire de déplacement (V-C ou IF)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du praticien ou de l'auxiliaire médical sont situés dans la même agglomération ou lorsque la distance qui les sépare est inférieure à 2 kilomètres en plaine ou 1 kilomètre en montagne, l'indemnité de déplacement est forfaitaire :

- 1° Pour les médecins (omnipraticiens ou spécialistes qualifiés), chirurgiens-dentistes (omnipraticiens ou spécialistes qualifiés), sages-femmes, l'indemnité forfaitaire de déplacement est représentée par la différence entre les valeurs de lettres-clés V et C. S'il s'agit d'actes en D ou DC, cette différence s'ajoute à la valeur propre de l'acte ;
- 2° Pour les auxiliaires médicaux (et les sages-femmes lorsqu'elles donnent des soins infirmiers), la valeur de l'indemnité forfaitaire de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

B. Indemnités spéciales de dérangement (I.S.D)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin sont situés dans une grande agglomération urbaine, la convention peut prévoir pour les actes effectués au domicile du malade une indemnité spéciale de dérangement. La liste de ces grandes agglomérations ainsi que la valeur en unité monétaire de cette indemnité sont fixées dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

L'indemnité spéciale de dérangement ne peut se cumuler ni avec l'indemnité horo-kilométrique 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.

C. Indemnité horokilométrique (IK)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du praticien 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.

L'indemnité horokilométrique s'ajoute à la valeur propre 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, KC, Z, D, DC, SF, SFI, AMI, AMM, AMP et AMO, l'indemnité horokilométrique se cumule avec l'indemnité forfaitaire prévue au paragraphe A. Elle est calculée et remboursée dans les conditions ci-après :

- 1° L'indemnité due au praticien 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 deux sur le trajet tant aller que retour. Cet abattement est réduit à un kilomètre en montagne et en haute 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° Le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un praticien ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au praticien 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. Toutefois, 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 omnipraticien ou au chirurgien-dentiste omnipraticien le plus proche.

Art. 13-1 Frais de déplacement pour actes effectués dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées régi par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin, le chirurgien-dentiste ou l'auxiliaire médical intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées, pour effectuer des actes sur plus d'un patient, les frais de déplacement ne peuvent être facturés, selon les modalités prévues par l'article 13 ci-dessus, qu'une seule fois.

Art. 14 Actes effectués la nuit ou le dimanche

Lorsque, en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes sont effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés, ils donnent lieu, en plus des honoraires normaux et, le cas échéant, de l'indemnité de déplacement, à une majoration.

Sont considérés comme actes de nuit les actes effectués entre 20 heures et 8 heures, mais ces actes ne donnent lieu à majoration que si l'appel au praticien a été fait entre 19 heures et 7 heures.

A. Actes effectués par les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes :

1° Visites du dimanche, de jours fériés légaux, visites de nuit, actes de coefficient inférieur à 15, forfait d'accouchement.

A la valeur des lettres-clés V, Vs et VNPSY et exceptionnellement C, Cs et CNPSY, de même qu'à celles des actes K, KC, Z, D, DC et SF d'un coefficient inférieur à 15 et au forfait d'accouchement, s'ajoute une majoration du dimanche ou une majoration de nuit, dont la valeur est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

En matière d'accouchement, seule est à prendre en considération pour l'octroi de cette majoration l'heure de la naissance.

2° Actes d'un coefficient égal ou supérieur à 15.

Actes de nuit

Pour les actes en K, KC, Z, D, DC et SF, d'un coefficient égal ou supérieur à 15, la majoration est égale à 10 % du coefficient de l'acte, sans pouvoir dépasser 15 fois la valeur de la lettre-clé, ni être inférieure à la valeur de la majoration prévue au 1° ci-dessus.

Actes du dimanche et jours fériés légaux

Pour les actes en K, KC, Z, D, DC et SF, d'un coefficient égal ou supérieur à 15, la majoration est égale à 5 % du coefficient de l'acte, sans pouvoir dépasser 8 fois la valeur de la lettre-clé, ni être inférieure à la valeur de la majoration prévue au 1° ci-dessus.

B) Actes effectués par les auxiliaires médicaux (et par les sages-femmes lorsqu'elles dispensent des soins infirmiers).

La valeur des majorations forfaitaires pour actes effectués la nuit et le dimanche ou jours fériés légaux est déterminée dans les mêmes conditions que la valeur des lettres-clés prévues à l'article 2.

Pour les actes infirmiers répétés, ces majorations ne peuvent être perçues qu'autant que la prescription du médecin indique la nécessité impérieuse d'une exécution de nuit ou rigoureusement quotidienne.

Art. 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 (injections 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 de l'acte pratiqué.

Art. 15-1 Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires

La consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires inclut l'examen du patient, la réalisation d'un électrocardiogramme d'au moins douze dérivations sur un appareil de trois pistes minimum et éventuellement la réalisation d'une ou plusieurs échographie(s) en mode TM.

Cette consultation spécifique (CsC) implique la rédaction de conclusions diagnostiques et thérapeutiques. Avec l'accord du patient, elles sont transmises au médecin traitant. Le médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires qui effectue cette consultation peut procéder à la prescription du traitement en collaboration avec le médecin traitant, chargé du suivi habituel et de l'application de la thérapeutique.

La cotation CsC ne peut être appliquée dans le cadre du suivi direct du patient. Elle ne s'applique pas pour les examens concernant des malades hospitalisés.

Art. 16 Visite unique pour plusieurs malades

Lorsque le praticien visite à domicile plusieurs malades de la même famille habitant ensemble, seul le premier acte est compté pour une visite ; les suivants sont considérés comme des consultations, il ne peut être compté plus de deux consultations en sus de la première visite.

Les soins donnés à chaque malade doivent être notés sur une feuille de maladie spéciale à ce malade.

Art. 17 Consultations au cabinet du praticien ou visites au domicile du malade

Les consultations et les visites des médecins omnipraticiens, des médecins spécialistes qualifiés et des médecins neuropsychiatres, psychiatres ou neurologues qualifiés (au cabinet du praticien ou au domicile du malade) sont affectées du coefficient 1.

Art. 18 Consultations faisant intervenir 2 médecins

Les praticiens agissant à titre de consultants ne peuvent porter sur les feuilles de maladie les cotations prévues ci-dessous qu'à la condition de se conformer aux règles suivantes :

- ne se rendre au domicile du malade ou ne le recevoir à leur cabinet qu'avec le médecin traitant ou à sa demande ;
- ne pas donner au malade des soins continus, mais laisser au médecin traitant la charge de surveiller l'application de leurs prescriptions.

A) Consultation entre 2 omnipraticiens.

- Visite en consultation avec un confrère (pour chacun des deux médecins) : V x 1,5
- Consultation avec un confrère au cabinet d'un des deux médecins :
- pour le médecin au cabinet duquel la consultation a lieu : C x 1,5
- pour le second médecin : V x 1,5

B) Consultation des médecins spécialistes, neuropsychiatres, psychiatres ou neurologues qualifiés avec un confrère.

- Visite en consultation avec un confrère : Vs x 1 ou VNPSY x 1
- Consultation avec un confrère au cabinet d'un des deux médecins :
- pour le médecin au cabinet duquel la consultation a lieu : Cs x 1 ou CNPSY x 1
- pour le second médecin : Vs x 1 ou VNPSY x 1

C) Médecins anciens internes d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier universitaire, agissant à titre de consultants.

- Consultation au cabinet du praticien : C x 2
- Visite au domicile du malade : V x 2

D) Professeurs des universités affectés dans une UER médicale, médecins, chirurgiens et spécialistes des centres hospitaliers régionaux faisant partie de centres hospitaliers universitaires, agissant à titre de consultants.

- Consultation (comprenant les actes de diagnostic courant) : C x 3
- Visite au domicile du malade (comprenant les actes de diagnostic courant) : V x 3

E) Choix éventuel de la cotation.

Les coefficients 2 et 3, prévus aux paragraphes C et D, ci-dessus, s'appliquent à la valeur de la lettre-clé C, même si le médecin (ancien interne, professeur de faculté ou médecin des hôpitaux) est spécialiste qualifié. Toutefois, dans ce cas, le praticien intéressé a la faculté de noter sa lettre-clé propre affectée du coefficient 1 lorsque cette manière de procéder lui est plus favorable (1).

(1) exemple : Un Professeur de faculté, spécialiste qualifié en cardiologie, agissant à titre de consultant, choisira la cotation C 3 plus favorable que la cotation Cs.

Par contre, un ancien interne des hôpitaux, neuropsychiatre qualifié, agissant à titre de consultant, choisira la cotation CNPSY, plus favorable que C 2.

Art. 19 Assistance du praticien traitant à une intervention chirurgicale

Lorsque le praticien traitant assiste à une intervention chirurgicale, il a droit (qu'il participe ou non à cette intervention) à un honoraire égal à :

- K 10 pour les actes dont le coefficient est compris entre KC 50 et KC 79 inclus ;
- K 15 pour les interventions à partir de KC 80.

A cet honoraire s'ajoute éventuellement une indemnité de déplacement établie dans les conditions ci-après :

- dans l' agglomération : V- C plus ISD, s'il y a lieu ;
- hors agglomération : indemnité horokilométrique suivant les dispositions de l'article 13, paragraphe C, la distance retenue pour le calcul de cette indemnité ne pouvant toutefois excéder celle qui sépare le domicile du praticien traitant de celui du chirurgien de même spécialité le plus proche.

Les dispositions du présent article s'appliquent lorsque le médecin traitant assiste à une intervention de curiethérapie pratiquée en salle d' opération.

Pour être honoré, le praticien traitant qui assiste à une intervention doit signer le protocole établi après chaque opération chirurgicale, conformément aux dispositions du décret n° 56-284 du 9 mars 1956 complétant le décret n° 46-1834 du 20 août 1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.

Art. 20 Honoraires de surveillance médicale dans les cliniques ouvertes des établissements publics et dans les établissements privés

Les honoraires forfaitaires de surveillance des malades hospitalisés ne se cumulent pas avec ceux des actes en K ou en KC.

D' autre part sont compris dans l'honoraire de surveillance les injections sous-cutanée, intradermique, intraveineuse, intramusculaire ou autres actes figurant au titre XVI.

Ces honoraires de surveillance ne peuvent être perçus que par un seul praticien par jour et par malade examiné.

a) **Clinique médicale, par jour et par malade examiné :**

- C x 0,80 du 1° au 20° jour ;
- C x 0,40 du 21° au 60° jour ;
- C x 0,20 par la suite.

Ces honoraires forfaitaires de surveillance ne sont accordés que dans la mesure où le nombre de médecins de l'établissement assurant la surveillance constante dans cet établissement est au moins de un médecin pour trente malades.

b) **Clinique chirurgicale :**

1°. Si l'acte est d'un coefficient égal ou supérieur à 15, l'honoraire de l'acte opératoire comporte les soins consécutifs pendant les 20 jours suivant l'intervention.

Si l'hospitalisation se prolonge au-delà de 20 jours, l'honoraire de surveillance est fixé à :

- C x 0,20 par jour et par malade examiné.

2°. Si l'acte est d'un coefficient inférieur à 15, l'honoraire est fixé à :

- C x 0,20 par jour et par malade examiné.

3°. Dans le cas où le malade ayant été mis en observation dans une clinique chirurgicale n'a pas subi d'intervention, les honoraires de surveillance sont fixés par jour et par malade examiné à :

- du 1° au 20° jour :

C x 0,80 si l'honoraire est perçu par un seul médecin ;

C x 0,40 par médecin appartenant à des spécialités différentes et dans la limite de deux.

- au-delà du 20° jour : C x 0,20.

c) **Clinique obstétricale :**

Le forfait d'accouchement comprend les soins consécutifs pendant les 12 jours qui suivent l'accouchement.

Dans les cas exceptionnels où l'état pathologique impose la prolongation de l'hospitalisation, l'honoraire de surveillance est fixé par jour et par malade examiné à :

- C x 0,80 du 13° au 20° jour ;
- C x 0,20 par la suite.

d) **Maisons de santé pour maladies mentales :**

Par jour et par malade examiné, l'honoraire de surveillance médicale est de C x 1 à condition que le nombre de médecins de l'établissement qualifiés en neuropsychiatrie ou en psychiatrie, assurant la surveillance constante dans cet établissement soit au moins d'un médecin pour 30 malades, étant entendu qu'un même spécialiste ne peut prétendre avoir examiné plus de 30 malades au cours d'une même journée.

Lorsque, par suite d'accords particuliers, la surveillance médicale est prise en compte lors de la détermination du prix de journée, le bénéfice de ces accords ne peut se cumuler avec celui des honoraires prévus ci-dessus.

e) **Maisons de repos et de convalescence :**

C x 0,80 par malade examiné et par semaine, sauf accords particuliers conduisant à la prise en compte de cette surveillance lors de la détermination du prix de journée.

Art. 21 Actes pratiqués par le masseur- kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement

La cotation des actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autre que ceux qui donnent lieu à application de la lettre-clé AMK est affectée d'un coefficient égal à 0,80.

Les dispositions relatives à la lettre-clé AMK s'appliquent sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-32 du Code de la Sécurité Sociale.

Art. 22 Dispositions particulières aux actes d'anesthésie-réanimation

1. Les actes d'anesthésie-réanimation donnent lieu à la participation des caisses d'assurance maladie à la condition que l'anesthésie 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 celui effectuant l'acte qui la nécessite.

confiés au médecin procédant à l'anesthésie et à la réanimation (par exemple : intubation trachéale, perfusion sanguine ou médicamenteuse, surveillance de la tension artérielle, etc.) pendant la journée de l'opération et pendant l'acte lui-même.

Le coefficient couvre également les soins préopératoires la veille de l'intervention, la surveillance postopératoire et les actes liés aux techniques de la réanimation :

En cas d'hospitalisation, pendant la période de quinze jours qui suit le jour de l'intervention. Cependant, en cas de sortie de l'assuré avant le quinzième jour, si le médecin qui a effectué l'intervention estime pouvoir confier la poursuite de la surveillance postopératoire à un autre médecin, ce dernier pourra recevoir des honoraires ;

En cas d'intervention sans hospitalisation, pendant la période de quinze jours qui suit le jour de l'intervention. Cependant, si le médecin qui a effectué l'intervention estime pouvoir confier la poursuite de la surveillance postopératoire à un autre médecin, ce dernier pourra recevoir des honoraires.

3. Les actes d'anesthésie-réanimation ont leur cotation indiquée sur la nomenclature en regard de l'intervention qu'ils accompagnent.

Les actes d'anesthésie-réanimation qui accompagnent les actes de diagnostic ou de traitement qui, sur la nomenclature ne comportent pas en regard la cotation propre à l'acte d'anesthésie sont cotés K 25.

Les actes d'anesthésie-réanimation qui accompagnent un acte de diagnostic ou de traitement qui ne figurent pas à la nomenclature et dont la cotation est fixée par application de l'article 4 sont cotés par application de ce même article.

4. Les actes d'anesthésie faisant l'objet d'une cotation par ailleurs, par exemple les infiltrations locales ou sous-cutanées ou sous-muqueuses, doivent être affectés de cette seule cotation.

5. Les anesthésies pratiquées sur des enfants de moins de quatre ans ou sur des adultes de plus de quatre-vingts ans donnent lieu à une majoration d'honoraires de K 10.

6. Un anesthésiste-réanimateur qui examine pour la première fois, en vue d'une intervention, un malade 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.

Toutefois, l'anesthésiste-réanimateur ne peut noter qu'une seule Cs avant une hospitalisation ou au cours de celle-ci.

Cette Cs ne peut se cumuler ni avec l'honoraire de surveillance ni avec un acte en K autre que le forfait d'anesthésie. Elle doit s'accompagner d'un compte rendu qui pourra être adressé au médecin-conseil à sa demande.

7. Lorsqu'un acte de diagnostic ou de traitement comporte une majoration ou une réduction de sa cotation initiale pour le praticien qui l'effectue, cette majoration ou cette réduction est applicable à l'acte d'anesthésie-réanimation qui l'accompagne.

8. Les actes d'anesthésie-réanimation accompagnant un acte non justifié par un état pathologique ne font pas l'objet de remboursement.

9. Les actes d'anesthésie-réanimation qui accompagnent un acte de curiethérapie sont cotés, en cas d'intervention sur la tête ou le cou, K 30.

10. Lorsque, au cours d'un accouchement, l'obstétricien fait appel à un anesthésiste-réanimateur qui n'exécute aucun acte en K, ce dernier a droit à un honoraire égal à K 10 pour la surveillance de la parturiente.

11. Une anesthésie péridurale d'une durée d'au moins deux heures pratiquée (sur indication obstétricale) (1) pour un accouchement avec présence permanente d'un médecin autre que celui qui fait l'accouchement est cotée KC 40.

(1) Mention supprimée par l'arrêté du 17 mai 1994 (J.O. du 20/05/1994)

Une anesthésie péridurale continue avec mise en place d'un cathéter permanent pour traitement de douleurs rebelles en dehors de toute intervention est cotée KC 40 pour une période maximale de cinq jours (2).

(2) "Compte tenu des dispositions précédentes, tous les actes d'anesthésie-réanimation qui ont leur cotation indiquée sur la nomenclature, en regard de l'intervention qu'ils accompagnent, et dont le coefficient est inférieur à 25 sont annulés et remplacés par ce dernier coefficient."(Arrêté du 10.12.1982, art 1).

12. les actes d'anesthésie-réanimation de coefficient au moins égal à 35, majoration mentionnée au 5° ci dessus incluse, sont cotés en KC.

Art. 23 Dispositions particulières aux actes de chirurgie
(Arrêté du 28.11.94 - JO du 07.12.94)

Par dérogation aux dispositions de l'article 2, il est prévu, pour les actes de chirurgie figurant à l'annexe ci-après, un forfait dont la valeur en unité monétaire est fixée dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Ce forfait est différent selon que le coefficient affecté à l'acte est soit au plus égal, soit supérieur à 120. Il est désigné par l'indicateur KFA pour les actes de coefficient au plus égal à 120 et par l'indicateur KFB pour les actes de coefficient supérieur à 120.

"Par dérogation aux dispositions de l'article 11 B, lorsque au cours d'une même séance plusieurs actes figurant à l'annexe ci-après sont effectués sur un même patient par le même praticien, ce forfait ne s'applique que pour l'acte du coefficient le plus important.