



Caisses Sociales de Monaco

C.C.S.S. - C.A.M.T.I.

**NOMENCLATURE GENERALE
DES ACTES PROFESSIONNELS
DES MEDECINS, CHIRURGIENS-DENTISTES,
SAGES-FEMMES ET AUXILIAIRES MEDICAUX**

DISPOSITIONS GENERALES

MONACO

TABLE DES MATIERES

Article 1	3
Article 2	3
Lettres-clés et coefficients	
Article 3	5
Notation d'un acte	
Article 4	5
Remboursement par assimilation	
Article 5	5
Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement	
Article 6	6
Actes effectués par des sages-femmes ou des auxiliaires médicaux sous la surveillance et la responsabilité directe du médecin	
Article 7	6
Accord préalable	
Article 8	7
Acte global et actes isolés	
Article 9	8
Cotation d'un second acte dans le délai de vingt ou dix jours	
Article 10.....	8
Intervention d'un second médecin dans le délai de vingt ou dix jours	
Article 11.....	8
Actes multiples au cours de la même séance	
Article 12.....	9
Actes en plusieurs temps	
Article 13.....	9
Actes effectués au domicile du malade	
Article 13 -1	10
Frais de déplacement pour actes effectués dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées	
Article 13 -2	10
Frais de déplacement pour les actes effectués en établissements de santé par les médecins anatomocytopathologistes	
Article 14.....	10
Actes effectués la nuit ou le dimanche	
Article 14 - 2	11
Majoration de déplacement (MD)	
Article 14 - 3.....	13
Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet	
Article 14 - 4 - 1	13
Forfait pédiatrique	
Article 14 - 4 - 2	14
Majorations pour consultation familiale ou avec un tiers social ou un tiers médico-social d'un enfant présentant un trouble psychiatrique nécessitant une prise en charge spécialisée par le psychiatre.	
Article 14 - 5	15
Majoration pour soins réalisés au cabinet d'un médecin de montagne et nécessitant l'utilisation d'un plateau technique	
Article 15.....	15
Contenu de la consultation, de la visite	
Article 15 - 1.....	15
Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires	
Article 15 - 2 - 1	16
Consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin généraliste pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée exonérées du ticket modérateur (CALD)	
Article 15 - 2 - 2	16
Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie	
Article 16.....	16
Visite unique pour plusieurs malades	
Article 17.....	17
Consultations au cabinet du praticien ou visites au domicile du malade	
Article 18.....	17
Consultation conjointe de deux omnipraticiens – Cotations en qualité de consultant	
Article 18 - 1	19
Modalité particulière de la consultation pré-anesthésique –	
Article 19.....	19
Assistance du praticien traitant à une intervention chirurgicale	
Article 20.....	20
Honoraires de surveillance médicale dans les cliniques ouvertes des établissements publics et dans les établissements privés	
Article 21.....	21
Abrogé	
Article 22.....	21
Dispositions particulières aux actes d'anesthésie-réanimation	
Article 23.....	22
Majorations pour certains actes réalisés par des infirmiers 23.1 majoration pour réalisation par une infirmier d'un acte unique et 23.2 majoration de coordination infirmière	
Articles-24-25	22
Abrogés	

NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS
DES MEDECINS, CHIRURGIENS-DENTISTES,
SAGES-FEMMES ET AUXILIAIRES MEDICAUX

PREMIERE PARTIE

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1

La présente nomenclature comprend les actes professionnels que peuvent avoir à exécuter les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux. Elle permet, tout en respectant le secret professionnel, d'indiquer aux Caisses Sociales, en vue du calcul de leur participation, la valeur des actes techniques effectués.

Article 2

Lettres-clés et coefficients

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

1 - Lettre-clé (modifié par AM 2012-388 du 28 juin 2012)

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 cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires.
CALD	Consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin omnipraticien pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée exonérées du ticket modérateur.
CNPSY	Consultation au cabinet par le médecin neuro-psychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié.
CDE	<i>Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie.</i>
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 neuro-psychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié.

K ou KC	Actes de chirurgie et de spécialités pratiqués par le médecin.
KCC	Actes de chirurgie et de spécialités pratiqués par le médecin spécialiste. (actes thérapeutiques sanguins non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourd ...)
KE	Actes d'échographie, d'échotomographie ou de doppler pratiqués par le médecin.
P	Actes d'anatomie et de cytologie pathologiques pratiqués par le médecin spécialiste qualifié en anatomie et cytologie pathologiques.
Z	Actes utilisant les radiations ionisantes pratiqués par le médecin ou le chirurgien-dentiste.
ZM	Actes de mammographie pratiqués par le médecin.
ZN	Actes utilisant des radioéléments en sources non scellées pratiqués par le médecin.
SPM ou SCP	Actes d'orthopédie dento-faciale, actes pour obturations dentaires définitives et traitement des parodontoses et actes de prothèse dentaire respectivement pratiqués par le médecin ou le chirurgien-dentiste.
DIMP	<i>Actes de prothèse dentaire réalisée sur implant.</i>
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 à 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.
AMS	Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectués par le masseur-kinésithérapeute.
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.
AIS	Actes infirmiers de soins. La lettre clé AIS est applicable aux séances de soins infirmiers et aux gardes au domicile des malades.
AMP	Actes pratiqués par le pédicure.
AMO	Actes pratiqués par l'orthophoniste.
AMY	Actes pratiqués par l'aide-orthoptiste.
CGSF	Examen médical de suivi de grossesse réalisé par la sage-femme.
SP	Séance de suivi postnatal réalisé par la sage-femme.
POD	Actes de prévention pratiqués par le pédicure-podologue.

2 – Coefficient

Le coefficient est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel.

Article 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 code 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.

Article 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 considérée 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, son remboursement pourra, le cas échéant, être autorisé par application d'une cotation provisoire déterminée par arrêté ministériel, 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 de la demande d'assimilation.

Article 5

Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement

Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses sociales, 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 docteur en médecine ;
- 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.

Article 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.

Article 7

Accord préalable (modifié par AM 2013-82 du 7 février 2013)

Les caisses sociales ne participent aux frais résultant de certains actes que si, après avis du contrôle médical, elles ont 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 par 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 ou 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 la copie de cette ordonnance.

Les demandes d'accord préalable sont établies sur des imprimés établis par les caisses sociales.

Lorsque les honoraires sont réglés directement aux praticiens par la caisse la demande d'accord préalable est adressée au contrôle médical par le praticien et non par le malade.

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 doit être adressée au malade, ou au praticien, le cas échéant, au plus tard le quinzième jour à compter de la date de réception de la demande par le contrôle médical.

Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent article, préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par les Caisses Sociales, le silence gardé pendant plus de quinze jours 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 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 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 les articles 44 et suivants de l'ordonnance n° 4.739 du 22 juin 1971 relatifs aux contestations d'ordre médical.

Article 8

Acte global et actes isolés

A - Acte global

Les coefficients égaux ou supérieurs à 15 sont fixes 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 vingt jours qui suit le jour de l'intervention. Cependant, en cas de sortie de l'assuré avant le vingtième 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 - Actes isolés

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. art 15).

2° Lorsqu'il s'agit d'actes multiples effectués au cours de la même séance (cf. art 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.

Article 9

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

Si, durant les vingt ou dix jours fixes 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 ou dix jours selon qu'il y a ou non-hospitalisation.

Article 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.

Article 11

Actes multiples au cours de la même séance

A - Actes effectués dans la même séance qu'une consultation (modifié par AM 2013-327 du 8 juillet 2013)

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. *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 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.

Exceptions :

- a) 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.
- b) Le cumul des honoraires de l'acte de prélèvement cervicovaginal du Titre XI, Chapitre 1^{ER}, article 2, avec ceux de la consultation.

Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50 % de sa valeur. Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les trois ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de deux frottis cervico-vaginaux annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans.

B - Actes en K, KC, KCC, KE, D, DC, SF, SFI, AMI, AIS, AMP, AMO, AMY, effectués au cours d'une même séance.

1° Lorsque 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 effectués 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) A l'électrodiagnostic de stimulation et à l'électromyogramme figurant au titre III, chapitre 1er, article 1er,
- c) En odontostomatologie, lorsqu'un acte isolé distinct est accompli lors d'une des séances d'un traitement global.
- d) Aux actes d'anatomie et de cytologie pathologiques.

Article 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.

Article 13

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 forfaitaires et représentés :

- a) 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 des lettres-clés V et C. S'il s'agit d'actes en K, KC, KCC, D, DC ou SF, cette différence s'ajoute à la valeur propre de l'acte.
- b) 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.

Article 13 -1

Frais de déplacement pour actes effectués dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées

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.

Article 13 -2

Frais de déplacement pour les actes effectués en établissements de santé par les médecins anatomo-cytopathologistes

Les frais de déplacement en établissements de santé ne peuvent être facturés par les médecins anatomo-cytopathologistes, conformément à l'article 13 ci-dessus, qu'à titre exceptionnel, pour pratiquer des examens extemporanés.

Article 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 h. et 8 heures, mais ces actes ne donnent lieu à majoration que si l'appel au praticien a été fait entre 19 h. et 7 h.

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

1° Visites du dimanche, des 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 celle des actes en KC, KCC, KE, 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 KC, KCC, 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 quinze 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 KC, KCC, 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 huit 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.

Article 14 – 2

Majoration de déplacement (MD)

I. Lorsque le médecin omnipraticien est amené à se rendre au domicile d'une des personnes mentionnées ci-dessous :

a) Les personnes âgées d'au moins soixante-quinze ans, exonérées du ticket modérateur par application du 3° de l'article 25 de l'ordonnance souveraine n° 4.739 du 22 juin 1971 fixant le régime des prestations dues aux salariés, en vertu de l'ordonnance-loi n° 397 du 27 septembre 1944, en cas de maladie, accident, maternité, invalidité et décès, modifiée ;

b) Les personnes, quel que soit leur âge, atteintes de l'une des affections de longue durée suivantes :

- 1° Accident vasculaire cérébral invalidant ;
- 2° Forme grave d'une affection neuromusculaire (dont myopathie) ;
- 3° Maladie de Parkinson ;
- 4° Mucoviscidose ;
- 5° Paraplégie ;
- 6° Sclérose en plaques.

c) Les bénéficiaires de l'allocation tierce personne au titre :

1° De l'article 83 de l'ordonnance souveraine n° 4.739 du 22 juin 1971, modifiée, susvisée, relatif aux invalides absolument incapables d'exercer quelque activité professionnelle que ce soit ;

2° Du 3° de l'article 4 de la loi n° 636 du 11 janvier 1958 tendant à modifier et à codifier la législation sur la déclaration, la réparation et l'assurance des accidents du travail, modifiée ;

3° Des dispositions de l'ordonnance souveraine n° 15.091 du 31 octobre 2001 relative à l'action sociale en faveur des personnes handicapées.

d) Les patients ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale relevant de la CCAM et dont la valeur de référence pour déterminer les tarifs d'autorité est supérieure à 313,50 €.

e) Les patients en hospitalisation à domicile.

La visite qu'il effectue donne lieu, en sus des honoraires, à une majoration de déplacement – dénommée MD -, à la condition que les personnes mentionnées ci-dessus se trouvent dans une des situations cliniques suivantes :

- 1° Incapacité concernant la locomotion par atteinte ostéo-articulaire d'origine dégénérative, inflammatoire ou traumatique, par atteinte cardio-vasculaire avec dyspnée d'effort, angor d'effort ou claudication intermittente, par atteinte respiratoire chronique grave, par atteinte neurologique avec séquelles invalidantes d'accident vasculaire cérébral ou liée à une affection neurologique caractérisée, par trouble de l'équilibre ;
- 2° Etat de dépendance psychique avec incapacité de communication ;
- 3° Etat sénile ;
- 4° Soins palliatifs ou état grabataire ;
- 5° Période postopératoire immédiate contre-indiquant le déplacement ;
- 6° Altération majeure de l'état général.

II. Lorsque le médecin est amené à se déplacer au domicile d'une personne n'entrant pas dans l'énumération – a) à e) du I ci-dessus, la visite qu'il effectue donne lieu, en sus des honoraires à la majoration de déplacement MD, dès lors que cette personne :

- se trouve dans une des situations cliniques visées au I ci-dessus ;
- soit 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 omnipraticien ;
- soit est atteint d'une maladie contagieuse et que la consultation au cabinet est contre-indiquée.

Le médecin omnipraticien communique le motif de la visite mentionnée ci-dessus au service médical, à sa demande.

III. Lorsque le médecin omnipraticien effectue la visite de nuit, le dimanche et les jours fériés uniquement dans les conditions définies aux I ou au II ci-dessus, la visite donne lieu, en sus des honoraires à une majoration de déplacement dénommée MDN pour les visites de nuit effectuées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 14. Elle est dénommée MDD pour les visites réalisées le dimanche et les jours fériés.

IV. L'application des dispositions visées ci-dessus ne fait pas obstacle à la cotation de l'électrocardiogramme, dans les conditions précisées au titre VII, chapitre V, article 1^{er} de la deuxième partie de la nomenclature.

V. La majoration de déplacement ne se cumule pas avec les majorations mentionnées à l'article 14.

VI. Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin omnipraticien 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 ne peut être facturée qu'une seule fois.

VII. La valeur de la majoration de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 14 - 3

Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet

Lorsque le médecin généraliste et le pédiatre effectuent, après examen en urgence d'un patient, des actes figurant sur la liste ci-dessous, la cotation de ces actes donne lieu à l'application d'une majoration pour soins d'urgence faits au cabinet, qui s'ajoute à la cotation des actes sans application de l'article 11-B des présentes dispositions générales.

Cette majoration ne fait pas obstacle à la cotation éventuelle d'un électrocardiogramme et peut se cumuler avec les majorations des actes effectués la nuit et le dimanche.

L'application de l'article 8 desdites dispositions générales ne prend pas en compte cette majoration. Cette majoration est fixée à K 14.

Les actes concernés par cette majoration sont les suivants :

Dans la première partie (nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes) ;

Au titre 1^{er} (Actes de traitement des lésions traumatiques) :

- les actes mentionnés à l'article 1^{er} (Traitement orthopédique y compris l'immobilisation d'une fracture fermée ne nécessitant pas de réduction) du chapitre 1^{er} (Fractures) ;
- les actes mentionnés à l'article 1^{er} (Réduction et contention d'une luxation récente par méthode non sanglante) du chapitre II (Luxations) ;
- les libellés relatifs à la régularisation, l'épluchage et la suture éventuelle d'une plaie, mentionnés au chapitre III (Plaies récentes ou anciennes). Pour ces actes, la majoration s'applique uniquement si le médecin utilise un plateau de chirurgie à usage unique ou, le cas échéant, un matériel de fermeture adhésif. Elle n'est pas due si le médecin qui effectue l'acte établit une prescription pour couvrir le matériel visé ci-dessus, à l'exception des agrafes.

Au titre II (Actes portant sur les tissus en général) :

- les libellés relatifs à la confection d'un plâtre ou d'un appareil d'immobilisation, mentionnés au chapitre IV (Articulations).

Au titre III (Actes portant sur la tête) :

- l'hémostase nasale pour épitaxis, mentionnée à l'article 1^{er} (Nez) du chapitre IV (Face).

Au titre XV (Actes divers) :

- le traitement de premier recours, mentionné au chapitre 1^{er} (Actes d'urgence).

Article 14 – 4 – 1(modifié par AM 2012-388 du 28 juin 2012)

Forfait pédiatrique

Les consultations ou visites effectuées par le pédiatre à destination d'un enfant âgé de 0 à 25 mois inclus ouvrent droit, en sus des honoraires et, le cas échéant, des frais de déplacement, à une majoration, dénommée forfait pédiatrique et codée FP, lorsqu'elles comportent un interrogatoire, un examen complet, un entretien de conclusion avec la conduite à tenir, les prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examen complémentaires éventuels et qu'elles donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

La valeur de cette majoration est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clefs mentionnées à l'article 2.

Article 14 – 4 – 2(ajouté par AM 2012-388 du 28 juin 2012)

Majorations pour consultation familiale ou avec un tiers social ou un tiers médico-social d'un enfant présentant un trouble 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 médico-social, 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 codée 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 justifiant l'exonération 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 codée MAF : Majoration Consultation Annuelle Famille.

Les valeurs MPF et MAF sont déterminées dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés mentionnées à l'article 2.

Article 14 – 5

Majoration pour soins réalisés au cabinet d'un médecin de montagne et nécessitant l'utilisation d'un plateau technique

Pour l'application de cet article, on entend par « médecin de montagne » un médecin généraliste qui exerce dans ou à proximité immédiate d'une station de sports d'hiver.

Lorsque, au cours de la même séance, le médecin de montagne effectue un examen radiologique et 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, telle que mentionnée au chapitre IV (Lésions diverses) du titre 1^{er} (Actes de traitement des lésions traumatiques) de la deuxième partie de la nomenclature générale des actes professionnels, la cotation des actes donne lieu à application d'une majoration, fixée à K6, qui s'ajoute à la cotation des actes, sans application de l'article 11-B.

Cette majoration ne fait pas obstacle à la cotation éventuelle d'un électrocardiogramme et peut se cumuler avec les majorations des actes effectués la nuit ou le dimanche.

L'application de l'article 8 desdites dispositions générales ne prend pas en compte cette majoration.

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 courant 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.

Article 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.

Article 15 – 2 – 1(modifié par AM 2012-388 du 28 juin 2012)

Consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin généraliste pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée exonérées du ticket modérateur.

La Consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin généraliste pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée exonérées du ticket modérateur, cotée CALD, a pour objectif de réaliser un bilan approfondi de l'état de santé du patient.

Cette consultation approfondie fait le point sur l'ensemble des problèmes du patient, sur la coordination de ses soins, sur les interventions éventuelles des autres professionnels de santé et contribue à son éducation sanitaire et thérapeutique, notamment par des conseils d'hygiène de vie.

Elle donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu conservé dans le dossier du patient et dont un double lui est remis.

La cotation CALD ne s'applique pas pour les examens concernant les malades hospitalisés.

Article 15 – 2 – 2(modifié par AM 2012-388 du 28 juin 2012)

Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie.

Cette consultation concerne les sujets à risque de mélanome caractérisés par les éléments suivants :

- antécédent personnel ou familial de mélanome ;
- phototype cutané de type I (peau claire, yeux bleus, cheveux clairs) ;
- nombre élevé de naevus, de naevus de grande taille, de naevus 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 le médecin traitant.

Cette consultation ne peut être tarifée qu'une fois par an. Elle est cotée CDE.

Article 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.

Article 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.

Article 18 (modifié par AM 2012-388 du 28 juin 2012)

Consultation entre deux médecins généralistes et avis ponctuel de consultant

A – Consultation entre deux médecins généralistes

- Consultation avec un confrère au cabinet d'un des deux médecins :
 - pour le médecin au cabinet duquel la consultation a lieu : C 1,5 ;
 - pour le second médecin : V 1,5

B – Avis ponctuel de consultant (modifié par AM 2013-82 du 7 février 2013)

Principes généraux

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 stomatologiste, à la demande explicite du chirurgien-dentiste traitant.

Le praticien traitant est celui qui sollicite explicitement l'avis du consultant dans le cadre de la prise en charge de son patient.

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.

Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les six mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les six mois suivants.

Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués dans le même temps, à l'exception :

- 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,
- de la biopsie dermoépidermique par abord direct (QZHA001) et de la biopsie des tissus sous-cutanés susfasciaux par abord direct (QZHA005) pour les dermatologues ;
Dans ce cas, l'acte technique est tarifé à 50 % de sa valeur ;
- du prélèvement cervicovaginal (JKHD001).

Dans ce cas, l'acte technique est tarifé à 50 % de sa valeur. Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les trois ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de deux frottis cervico-vaginaux annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans.

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 par semestre ; 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.

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.

Déroptions

lorsqu'un médecin spécialiste 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 C2 et la seconde CS. Ce médecin ne facture jamais d'actes techniques dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant. Cette disposition ne s'applique pas à la consultation pré-anesthésique.

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 C2 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.

Le psychiatre ou 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 C2,5 et les suivantes, dans la limite de deux consultations, seront cotées CNPSY.

Dans les deux cas visés au a) et b) ci-dessus, 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.

Champ d'application et honoraires

a) Médecins spécialistes :

L'avis ponctuel de consultant est accessible à tous les spécialistes quelle que soit leur filière de formation : 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, 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 généraux" :

- C2 : Consultation au cabinet du médecin spécialiste ;
- V2 : Visite au domicile du malade ;
- C2,5 : Consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre ou d'un neurologue ;
- V2,5 : Visite au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre ou par un neurologue.

c) C2 des chirurgiens :

Les chirurgiens agissant à titre de consultants à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant, peuvent coter une C2, 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 C2 s'applique aussi lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

d) C2 des anesthésistes :

Par dérogation à l'article 22 des dispositions générales de la Nomenclature Générale des Actes des Professionnels, la consultation pré-anesthésiste peut donner lieu à une cotation C2 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).

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.

Le dossier d'anesthésiste comporte les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient.

e) C3 des professeurs des universités-praticiens hospitaliers :

Les professeurs des universités-praticiens hospitaliers en activité dans ces fonctions, agissant à titre de consultants, à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant, cotent leur avis ponctuel de consultant C3.

Article 18 - 1

Modalité particulière de la consultation pré-anesthésique

Par dérogation à l'article 22 des dispositions générale de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, la consultation pré-anesthésique peut donner lieu à une cotation C2 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). 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. Le dossier d'anesthésie comporte les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient.

Article 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 ou KCC 50 et KC ou KCC 79 inclus ;
- K 15 pour les interventions à partir de KC ou KCC 80.

A cet honoraire s'ajoute éventuellement une indemnité de déplacement établie dans les conditions visées à l'article 13.

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.

Article 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, KC ou KCC.

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 premier au vingtième jour ;
 - C x 0,40 du vingt et unième au soixantième 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 ou dont la valeur de référence pour déterminer les tarifs d'autorité est égale ou supérieure à 31,35 €, l'honoraire de l'acte opératoire comporte les soins consécutifs pendant les quinze jours suivant l'intervention.

Si l'hospitalisation se prolonge au-delà de quinze 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 ou dont la valeur de référence pour déterminer les tarifs d'autorité est inférieure à 31,35 €, 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 premier au quinzième 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 quinzième jour : C x 0,20.

c) Clinique obstétricale

Dans le cas où l'état pathologique de la patiente impose une hospitalisation au cours de la grossesse, y compris pendant la période qui précède l'accouchement, l'honoraire de surveillance par jour et par patiente examinée est fixé comme suit :

- Du premier au quinzième jour :
 - C x 0,80 si l'honoraire est perçu par un seul médecin ;
 - C x 0,40 pour chaque médecin, dans la limite de deux médecins appartenant à des spécialités différentes.

- Au-delà du quinzième jour : C x 0,20.

La cotation de l'accouchement comprenant les soins consécutifs pendant le séjour en maternité, dans la limite de sept jours, dans les cas exceptionnels où l'état pathologique impose la prolongation de l'hospitalisation, l'honoraire de surveillance par jour et par patiente examinée est fixé comme suit :

- Du huitième au quinzième jour :
 - C x 0,80 si l'honoraire est perçu par un seul médecin ;
 - C x 0,40 pour chaque médecin, dans la limite de deux médecins appartenant à des spécialités différentes.
- Au-delà du quinzième jour : C x 0,20.

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 trente malades, étant entendu qu'un même spécialiste ne peut prétendre avoir examiné plus de trente 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.

Article 21

Abrogé

Article 22

Dispositions particulières aux actes d'anesthésie-réanimation

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 de la CCAM autre que l'acte d'anesthésie.

Elle doit s'accompagner d'un compte-rendu qui pourra être adressé au médecin-conseil à sa demande.

Article 23 (ajouté par AM 2013-279 du 10 juin 2013)

Majorations pour certains actes réalisés par des infirmiers.

23.1. Majoration pour réalisation par un infirmier d'un acte unique (2^{ème} alinéa modifié par AM 2015-175 du 19 mars 2015).

Lorsqu'au cours de son intervention l'infirmier(ère) réalise un acte unique de cotation AMI 1 ou 1,5 au cabinet ou au domicile du patient, cet acte donne lieu à la majoration d'acte unique (MAU).

Cette majoration ne se cumule pas avec le supplément pour vaccination antigrippale défini au Titre XVI, ni 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.

23.2. Majoration de coordination infirmière.

Lorsque l'infirmier(ère) réalise à domicile :

- Un pansement lourd et complexe inscrit au Titre XVI, chapitre 1^{er} article 3, ou chapitre II, article 5 bis ;
- ou
- Des soins inscrits au Titre XVI à un patient en soins palliatifs ;

ces prises en charge donnent lieu à la majoration de coordination infirmière (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 à 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.

Article 24

Abrogé.

Article 25

Abrogé.