

**Date :**  
04/04/2000

**Origine :**  
ENSM  
DGR

**Réf. :**  
ENSM n° 19/2000  
DGR n 9/2000  
n /  
n /

MMES et MM. les Directeurs  
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie  
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale  
  
MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux  
M le Médecin Conseil Chef de Service de LA REUNION  
MMES et MM les Médecins Conseils Chefs de Service des Echelons  
Locaux  
  
(pour attribution)

**Plan de classement :**

|    |     |  |  |  |  |  |
|----|-----|--|--|--|--|--|
| 23 | 232 |  |  |  |  |  |
|----|-----|--|--|--|--|--|

**Titre :**

NGAP Titre X et XI - NABM - Chapitre 3  
Actes d'Assistance Médicale à la Procréation et de Diagnostic Anténatal.

**Résumé :**

NGAP - Modifications des Actes d'Assistance Médicale à la Procréation  
et de Diagnostic Anténatal  
NABM - Modification du Chapitre 3 - Actes d'Assistance Médicale à la Procréation  
Application des Arrêtés du 25/01/2000 parus au Journal Officiel du 26/01/2000.

**Pièces jointes :**

**Liens :**

|          |      |        |     |        |
|----------|------|--------|-----|--------|
| Com.circ | ENSM | 7/2000 | DGR | 5/2000 |
|----------|------|--------|-----|--------|

**Date d'effet :**

**Dossier suivi par :**  
**Téléphone :**

**Date de Réponse :**

ENSM - Drs ROCHE-APAIRE - P. DEGEORGIS - DGR Mme ZIZINE-HUBERT  
01/42/79/32/72 01/42/79/34/46 01/53/53/28/52

**Echelon National du Service Médical**  
**Direction de la Gestion du Risque**

**04/04/2000**

**Origine :**  
ENSM  
DGR

MMES et MM les Directeurs  
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie  
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux  
M. le Médecin Conseil Chef de Service de LA REUNION  
MMES et MM les Médecins Conseils Chefs de Service des Echelons Locaux

(pour attribution)

**N/Réf. :** ENSM n° 19/2000 - DGR n° 9/2000

**Objet :** NGAP - Titre X et XI  
NABM - Chapitre 3

L'attention des Caisses et du Service Médical est appelée sur les modifications apportées à la NGAP et à la NABM par les Arrêtés du 25/01/2000 parus au Journal Officiel du 26/01/2000 portant sur l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) et sur le Diagnostic Anténatal. Depuis la circulaire du 7 Février 2000 un certain nombre de questions ont été posées par les professionnels de santé et par les services médicaux et les caisses.

Après consultation des services ministériels compétents : Direction de la Sécurité Sociale (DSS) et Direction Générale de la Santé (DGS) voici les réponses qui peuvent être apportées :

1. Limite d'âge fixée au jour du 43<sup>ème</sup> anniversaire de la femme, pour la prise en charge des actes d'AMP par l'assurance maladie :

*Question :* Une demande d'entente préalable (EP) déposée "avant" le jour du 43<sup>ème</sup> anniversaire de la femme, ouvre-t-elle des droits pour quatre Fécondations In Vitro (FIV) au-delà de 43 ans ?

*Réponse* : Non, la nomenclature précise : "la prise en charge s'interrompt au jour du 43<sup>ème</sup> anniversaire de la femme". Par ailleurs le guide de bonnes pratiques cliniques et biologiques en AMP auquel les arrêtés de NGAP et de NABM se réfèrent, précise : "compte tenu de la faible efficacité des techniques au-delà de trente sept ans, il est recommandé de ne prendre en charge des femmes plus âgées que dans les cas où la fonction ovarienne a été jugée satisfaisante".

Cette règle vaut également si une ou plusieurs FIV ont été pratiquées avant 43 ans même si une exonération du ticket modérateur pour stérilité a été accordée au-delà du 43<sup>ème</sup> anniversaire.

2. Nouvelle définition de la tentative : "toute ponction ovocytaire suivie de transfert"

*Question* : Si trois tentatives ont été pratiquées avant la publication de cette nouvelle nomenclature les droits restent-ils ouverts pour une seule tentative ( $4 - 3 = 1$ ) ?

*Réponse* : Oui, pour une seule tentative ; la nouvelle nomenclature ne "remet pas le compteur à zéro".

*Question* : Si lors des trois FIV tentées avant la publication de la nouvelle nomenclature, seules deux de ces FIV ont donné lieu à un transfert, pour combien de FIV les droits restent-ils ouverts ?

*Réponse* : 2 FIV, seules les FIV ayant donné lieu à transfert sont prises en compte..

3. Un 5<sup>ème</sup> chapitre concernant les actes de diagnostic anténatal est créé au titre XI de la NGAP, prévoyant des cotations en K et KE pour chacun des actes répertoriés dans ce chapitre, ces cotations n'étant pas soumises aux dispositions de l'article 11B en ce qui concerne l'échoguidage.

*Question* : Peut-on en conclure que le praticien peut cumuler les actes en K et KE ?

*Réponse* : Oui, pour ce qui concerne ce chapitre V et aussi le chapitre 2 qui traite des réductions embryonnaires et des interruptions sélectives de grossesse.

4. Insémination Intra Utérine

L'arrêté limite à 6 le nombre d'inséminations intra-utérines prises en charge par l'Assurance Maladie.

*Question* : Les actes réalisés avant l'arrêté doivent-ils être comptabilisés. ?

*Réponse* : Non, ces actes ne faisant pas précédemment l'objet d'une limitation, le décompte des inséminations commence à dater de la parution de l'arrêté du 25 Janvier 2000.

5. Induction de l'ovulation par gonadotrophines ; consultations et monitoring clinique pour un cycle.  
Le forfait K 32 doit être facturé lors de la remise à la patiente d'une ordonnance de stimulation de l'ovulation.  
Les actes d'échographie et les actes techniques ne sont pas compris dans la cotation K 32. Ce sont les consultations réalisées par le praticien au cours du cycle qui sont forfaitisées dans la cotation K 32.  
Dans le cas exceptionnel où l'induction de l'ovulation n'est suivie ni d'une FIV ni d'une insémination intra-utérine la cotation K 32 n'est pas remise en question, car elle rémunère particulièrement le monitoring de l'ovulation.
6. Demande d'entente préalable (EP) :  
**NGAP :**  
*« Une demande d'entente préalable est obligatoire avant la réalisation d'une insémination artificielle ou d'une fécondation in vitro. La demande d'entente préalable remplie par le médecin traitant est déposée avant la réalisation du premier acte et vaut pour la totalité des actes (6 pour une insémination artificielle et 4 pour une fécondation in vitro).  
Le biologiste est informé par le médecin de la date du dépôt de la demande d'entente préalable. Elle doit comporter la mention de la technique utilisée. En cas de changement de technique le médecin en informe le contrôle médical.  
Par dérogation aux dispositions de l'article 7 des dispositions générales de la présente nomenclature, le délai de réponse de l'organisme d'assurance maladie est porté à trois semaines.  
L'absence de réponse au terme de ce délai équivaut à un accord".*  
**NABM :**  
*"Le biologiste est informé par le médecin de la date du dépôt de la demande d'entente préalable, qui est déposée par le médecin avant la réalisation du premier acte et vaut pour la totalité des actes (6 pour une insémination artificielle et 4 pour une fécondation in vitro)".*
- La demande d'EP par le biologiste (art. 5 des dispositions générales de la NABM) est remplacée par la nouvelle procédure.  
La demande d'EP ne transite pas par le biologiste, il est simplement informé du dépôt de la demande d'EP par le médecin qui a la charge d'adresser la demande d'entente préalable au service médical sur le formulaire S 3108b destiné aux ententes préalables prévues à la NGAP. Cette demande d'entente préalable n'ouvre pas un espace de négociation avec le Service Médical pour des conditions d'attribution non prévues dans le texte de la NGAP. L'absence de réponse de la caisse dans le délai imparti de trois semaines ne constitue pas un accord tacite pour des actes qui ne seraient pas inscrits dans les nomenclatures. (NGAP - NABM).

L'EP doit comporter les mentions suivantes dans la rubrique nature et motif de l'acte :

- IIU (Insémination intra utérine) avec IAC ou IAD (Insémination artificielle avec sperme de conjoint) ou (Insémination artificielle avec sperme de donneur).
- FIV sans ICSI (Intracytoplasmic Sperm Injection)
- FIV avec ICSI (et s'il y a lieu avec spermatozoïdes épididymaires).
- Autres (en clair)

ainsi que les indications (une ou plusieurs)

- Lésions tubo-péritonéales
- Lésions utérines
- Facteur cervical
- Endométriose
- Dysovulation-anovulation
- DES-Syndrome
- Insuffisance spermatique
- Anticorps anti-spermatozoïdes
- Don de sperme
- Don d'ovocyte
- Stérilité idiopathique
- Autre (en clair)

L'EP doit également comporter dans la rubrique lettre-clé, coefficient, nombre d'actes, le nombre d'actes (NGAP) et la cotation utilisée : 4 KC 41 en cas de FIV par exemple.

Remarque : Toutes les décisions concernant une AMP sont prises par l'équipe pluridisciplinaire composée des cliniciens et des biologistes qui participent à l'activité d'AMP, conformément aux dispositions du guide de bonnes pratiques cliniques et biologiques en AMP :

*"L'ensemble des cliniciens et biologistes participant à l'activité d'AMP constituent une équipe pluridisciplinaire, tel qu'il est mentionné à l'article L 152-10 du CSP, équipe à laquelle doivent s'adjoindre, en tant que de besoin, un psychiatre ou un psychologue, un généticien et un andrologue. Elle a pour rôle, outre les missions mentionnées à l'article L 152-10 (vérification de la motivation et information des couples), de discuter préalablement à toute AMP, au cours de réunions régulières : son indication, les protocoles de stimulation, le choix de la technique d'AMP.*

*Doivent aussi être discutés, si nécessaire, la poursuite, la modification ou l'arrêt du protocole d'AMP en cours.*

*De manière plus générale, le rôle de l'équipe pluridisciplinaire comprend également : l'organisation générale des activités, les orientations thérapeutiques et la discussion des problèmes éthiques.*

*Un compte rendu de chaque réunion sera établi et conservé au moins 3 ans. Les décisions individuelles seront consignées dans le dossier médical des patients.*

*Aucun patient ne peut être pris en charge en vue d'AMP dans les établissements autorisés sans cette évaluation préalable par l'équipe pluridisciplinaire. Ces dispositions s'appliquent à l'ensemble des actes d'AMP, y compris l'IAC.*

*Dans le cadre de l'IAC, la concertation implique, au minimum, le biologiste agréé et le correspondant clinique".*

De la sorte le biologiste est associé en permanence à la prise de décision.

En cas de changement de technique le médecin en informe le contrôle médical par simple lettre portant nom et numéro d'identification de la patiente.

7. Rubriques 0060 ou 0061 de la NABM :

*Question:* Les cotations sont-elles applicables quand la FIV n'est pas suivie de transfert embryonnaire, par exemple en raison d'un échec de la culture embryonnaire ?

*Réponse :* Oui, dès lors que les manipulations ont été effectuées conformément au guide de bonnes pratiques en AMP.

Le libellé de ces rubriques doit être compris de la façon suivante : "... quelle que soit sa durée et, le cas échéant, la fourniture, la préparation et le contrôle du cathéter de transfert".

En l'absence de transfert il n'y a pas de tentative comptabilisée, cela ne fait donc pas "tourner le compteur" des tentatives.

8. Rubrique 0062 de la NABM :

Préparation de spermatozoïdes obtenus par ponction testiculaire ou épидидymaire ou biopsie testiculaire en vue d'ICSI..... B 500

*Question :* En cas de ponction des deux testicules, peut-on appliquer deux fois la cotation B 500 ?

*Réponse :* Non ; par analogie avec la cotation de l'acte de prélèvement par ponction transcutanée ou chirurgical qui prévoit une seule cotation KC 40 ou KCC 60 sur un ou plusieurs sites de prélèvement au cours de la même séance.

9. Congélation de sperme : n° 0065

Cette cotation n'est pas limitée aux cas d'autoconservation associée à un traitement stérilisant à visée thérapeutique. Elle est applicable à toutes les congélations de sperme effectuées au cours d'une AMP.

10. Cryoconservation de sperme n° 0066 de la NABM :

0066 Cryoconservation de sperme associée à un traitement stérilisant à visée thérapeutique par patient, par année au-delà de la première année.....B 150

*Question :* Quelle cotation est prévue pour la cryoconservation pendant la première année ?

*Réponse :* La cryoconservation effectuée conformément au guide de bonnes pratiques en AMP, est rémunérée, la première année, par la cotation n° 0065 :

0065 Congélation de sperme au cours d'une AMP ou en vue d'une autoconservation associée à un traitement stérilisant à visée thérapeutique par éjaculat avec au maximum quatre éjaculats par patient.....B 350

Le même cas de figure se retrouve pour les rubriques n° 0067 et 0068.

11. Rubriques n° 0067 et 0068 : *Question :* quels types de prélèvements recouvre l'expression : « spermatozoïdes prélevés chirurgicalement » ?

*Réponse :* Ponctions et biopsies (spermatozoïdes non éjaculés).

12. *Question :* La prescription de médicaments inducteurs de l'ovulation en vue d'une AMP à une femme âgée de plus de 43 ans donne-t'elle lieu à prise en charge par l'Assurance Maladie ?

*Réponse :* Non, la prise en charge par l'Assurance Maladie des actes d'exploration et de traitement de la stérilité conjugale s'interrompt au jour du 43<sup>ème</sup> anniversaire de la femme. En conséquence la prescription de médicaments inducteurs de l'ovulation en vue d'une AMP chez une femme de plus de 43 ans doit comporter la mention N.R : Non Remboursable.

Le Médecin Conseil National Adjoint

Le Responsable du Département  
Réglementation et Information  
Opérationnelle

Docteur Alain ROUSSEAU

Yvette RACT