

CIRCULAIRE

CIR-9/2017

Document consultable dans Médi@m

Date :

27/04/2017

Domaine(s) :

gestion du risque

gestion des prestations en nature

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

Les décisions UNCAM du 23 février 2017 concernant la Liste des actes et prestations (LAP) et modifiant la NGAP et la CCAM (V47)

Liens :

Cir-24/2016

Plan de classement :

P10-02 P06-01

Emetteurs :

DDGOS DDO

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> CARSAT |
| <input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables | <input type="checkbox"/> UGECAM <input checked="" type="checkbox"/> CGSS <input checked="" type="checkbox"/> CTI |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service |

Pour mise en oeuvre Immédiate

Résumé :

Les 3 décisions UNCAM du 23 février 2017, qui viennent d'être publiées au Journal Officiel, ont pour objet de mettre en œuvre les mesures modifiant la Liste des actes et prestations (LAP) mentionnée à l'article L.162-1-7 du Code de la Sécurité Sociale. Ces mesures font suite à la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016. Les modifications concernant la NGAP sont applicables le 1^{er} mai 2017. Celles concernant la CCAM prennent effet le 15 juin 2017. Une nouvelle base CCAM (Version 47) est mise à disposition des éditeurs de logiciels, selon le circuit en vigueur.

Mots clés :

NGAP ; CCAM ; Convention Nationale ; majorations ; modificateurs J, K, T et 7 ; pédiatres ; médecins généralistes

La Directrice Déléguée
à la Gestion et à l'Organisation des Soins



Mathilde LIGNOT-LELOUP

Le Directeur Délégué
aux Opérations



Eric LE BOULAIRE

CIRCULAIRE : 9/2017

Date : 27/04/2017

Objet : Les décisions UNCAM du 23 février 2017 concernant la Liste des actes et prestations (LAP) et modifiant la NGAP et la CCAM (V47)

Affaire suivie par : dact.ddgosdos@cnamts.fr

Les 3 décisions UNCAM du 23 février 2017, parues au Journal Officiel du 27 avril 2017, ont pour objet de mettre en œuvre les mesures modifiant la liste des actes et prestations (LAP) mentionnée à l'article L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale. Ces mesures font suite à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Les modifications concernant la NGAP sont applicables le 1^{er} mai 2017 (voir en annexe 1). Celles concernant la CCAM prennent effet le 15 juin 2017.

Une nouvelle base CCAM (Version 47) est mise à disposition des éditeurs de logiciels, selon le circuit en vigueur.

I. Évolution de la facturation des consultations de l'enfant par les médecins généralistes et les pédiatres

Les consultations de base pour l'enfant sont valorisées de plusieurs majorations différenciées selon la spécialité, le secteur d'activité du médecin et l'âge de l'enfant.

La convention nationale du 20 octobre 2016 a prévu la redéfinition de ces majorations pour les enfants de moins de 6 ans et permet la prise en compte du médecin traitant de l'enfant (cf circulaire CIR 24/2016) à la suite de l'ouverture du dispositif médecin traitant aux enfants de moins de 16 ans, par l'article 76 de la Loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), publiée au JO en janvier 2016.

Actuellement, **les consultations du médecin généraliste pour l'enfant** sont valorisées par deux majorations avec des tarifs différents selon l'âge.

La convention nationale simplifie les mesures actuelles avec la création d'une majoration unique pour la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans par le médecin généraliste, Majoration Enfant pour les médecins Généralistes (MEG), d'une valeur de 5 euros, applicable quel que soit le secteur d'exercice du médecin. Cette majoration se substitue aux majorations MNO et MGE.

Pour tous les pédiatres, la convention nationale crée une, majoration spécifique, Nouveau Forfait Pédiatrique - (NFP), applicable quel que soit le secteur d'exercice du médecin avec une valeur de 5 euros afin de valoriser la consultation, pour les nourrissons de 0 à 2 ans.

Pour les pédiatres de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale, est créé le Nouveau Forfait Enfant (NFE) d'une valeur de 5 euros, afin de valoriser les consultations pour les enfants de 2 à 6 ans et pour les consultations des enfants de 6 à 16 ans qui ne sont pas adressées par le médecin traitant. La NFE est facturable pour les 6 à 16 ans quand le pédiatre est médecin traitant. Lorsque celui-ci n'est pas médecin traitant et même si le patient n'a pas de médecin traitant : le pédiatre peut appliquer la CS avec la MPC et la MCS, au 1^{er} juillet 2017.

Pour les pédiatres de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée est créée une majoration spécifique, Majoration Enfants pour le médecin Pédiatre (MEP), d'une valeur de 4 euros cumulable avec les majorations (NFP) et (NFE), pour les consultations des enfants de 0 à 6 ans.

Ces trois majorations ne sont pas cumulables avec la MCS et la MPC.

Ces nouvelles majorations remplacent les majorations FPE, MNP, MPE.

En outre, la mise en place du médecin traitant de l'enfant permet de faire rentrer l'enfant dans le parcours de soins (sans sanction financière pour l'assuré¹). Ainsi les médecins spécialistes pourront utiliser pour l'enfant les majorations de coordinations prévues dans la convention lorsque la situation le permet. Afin de prendre en compte ces changements la MPJ (majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste pour les patients de moins de 16 ans) est supprimée au 1^{er} juillet 2017 entraînant la modification de l'article 2bis sous réserve de l'entrée en vigueur du texte d'application de la mesure. Une prochaine circulaire/LR présentera de manière plus détaillée ces changements qui interviendront le 1^{er} juillet 2017.

Des consultations complexes et très complexes spécifiques pour les enfants seront également mises en place au 1^{er} novembre 2017 sous réserve de la publication des textes et feront l'objet d'une circulaire présentant l'ensemble des nouvelles consultations mises en place au 1^{er} novembre 2017.

A- Suppression de 7 majorations et création de 4 majorations ainsi qu'une consultation au 1^{er} mai 2017.

Sept articles des dispositions générales de la NGAP sont supprimés au 1^{er} mai 2017. Il s'agit des majorations suivantes :

Code	Libellé	Référence articles NGAP
FPE	Forfait pédiatrique	14.4.
FPE	Forfait pédiatrique du médecin généraliste*	14.4.1
MNP	Majoration pour la prise en charge des nourrissons par le pédiatre	14.4bis

¹ il n'y a pas de majoration du ticket modérateur en l'absence de choix de médecin traitant ou de non-respect du parcours de soins coordonnés

MAS	Majoration de consultation annuelle de synthèse, par le pédiatre pour un enfant de moins de 16 ans atteint d'une affection longue durée	14.4quater
MPE	Majoration pour la prise en charge des enfants de 25 mois à 6 ans par le pédiatre	14.4quinquies
MNO	Majoration pour la prise en charge des nourrissons par le médecin généraliste	14.4.2
MGE	Majoration pour la prise en charge des jeunes enfants par le médecin généraliste	14.4-3.

*Exception : la suppression de la FPE pour le médecin généraliste sera effective au 1^{er} juillet 2017

Cinq articles des dispositions générales de la NGAP sont créés au 1^{er} mai 2017. Il s'agit des prestations suivantes :

Code	Libellé	Référence articles NGAP*
NFP	Nouveau forfait pédiatrique	14.6.1
MEP	Majoration enfant pédiatre	14.6.2
NFE	Nouveau forfait enfant du pédiatre de 2 à 6 ans et de 6 à 16 ans pour les enfants non adressés par le médecin traitant	14.6.3
MEG	Majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste (quel que soit le secteur d'activité du médecin)	14.7
COE	Consultation obligatoire de l'enfant	14.9

*ces articles complets sont repris en annexe 1

Le pédiatre en secteur à honoraires différents non adhérent à l'OPTAM peut facturer les majorations MEP et NFE uniquement de façon dérogatoire :

- lorsque le patient est bénéficiaire de l'ACS ou de la CMUC dès le 1^{er} mai 2017
- lorsqu'il pratiquera des tarifs opposables à partir du 1^{er} avril 2018 (sous réserve de l'entrée en vigueur du texte d'application de la mesure).

La NFP ne se cumule pas avec les majorations NFE, MPC et MCS. De même, la NFE ne se cumule pas avec les majorations NFP, MPC, MCS.

La MEP ne se cumule pas avec les majorations MPC et MCS.

La COE (consultation obligatoire de l'enfant) correspond aux trois consultations obligatoires du nourrisson donnant lieu à certificat, au 8^{ème} jour, du jour des 8 mois jusqu'à la veille du jour des 10 mois incluse et du jour des 23 mois jusqu'à la veille du jour des 25 mois incluse.

Les consultations obligatoires de l'enfant sont actuellement valorisées par plusieurs majorations, différentes pour le pédiatre et le médecin généraliste. La COE, créée à l'article 14.9 d'une valeur de 39€ (46,80€ dans les DOM) au 1^{er} mai 2017, puis de 46€ (55,20€ dans les DOM) au 1^{er} novembre 2017, va remplacer ces différentes majorations et devra être facturée à tarif opposable. La nouvelle prestation COE ne se cumule pas avec les majorations NFP, NFE, MEP des pédiatres, ni avec la majoration MEG du médecin généraliste, décrites aux articles 14.6 et suivants de la NGAP.

Schéma récapitulatif de la COE et périodes possibles de facturation

					jour des 8 mois		veille des 10 mois	
					↓		↓	
date anniversaire	naissance = 0	1 mois	....	7 mois	8 mois	9 mois	10 mois	...
examen obligatoire	1 mois dont 8ieme jour	2 mois	....	8 mois	9 mois	10 mois	11 mois	.....
					jour des 23 mois		veille des 25 mois	
					↓		↓	
date anniversaire	16 mois	17 mois	22 mois	23 mois	24 mois	25 mois		
examen obligatoire	17 mois	18 mois	23 mois	24 mois	25 mois	26 mois		
	période possible de facturation							

A noter que la MBB qui permettait pour le pédiatre de valoriser à la fois les 3 consultations obligatoires enfants et une consultation spécifique en sortie de maternité sera supprimée lorsque la nouvelle consultation CSM « consultation réalisée pour un nouveau-né nécessitant un suivi spécifique entre le jour de sortie et le 28^{ième} jour de vie » sera applicable le 1^{er} novembre 2017, sous réserve de la publication des textes.

Cependant, la MBB ne doit pas être utilisée entre le 1^{er} mai et le 1^{er} novembre 2017 par les médecins de secteur 2 au titre de la facturation des consultations obligatoires. Ces dernières ne peuvent être facturées que via la COE au tarif opposable en vigueur.

Il est précisé pour la COE que : dès lors que l'examen de l'enfant comprend la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant, le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations adaptés à l'âge de l'enfant examiné, cet examen répond au contenu des examens obligatoires définis au code de santé publique à l'article R2132-1.

Si l'examen a fait l'objet de la mise à jour du carnet de santé de l'enfant et que le certificat de santé a été adressé dans les délais au médecin responsable du service de la protection maternelle et infantile conformément aux articles L2132-1, R.2132-2 et R.2132-3 du code de la santé publique.

Toutes les conditions sont remplies pour pouvoir justifier de la rémunération de la COE. Il n'est fait aucune restriction relative au statut hospitalisé ou non hospitalisé de l'enfant dans ces textes et de fait dans la NGAP.

B- Les anciennes et nouvelles combinaisons de facturation applicables au 1^{er} mai 2017

La prise en charge des enfants de la naissance à la veille des 2 ans

	Avant le 1 ^{er} mai 2017	A partir du 1 ^{er} mai 2017
Par le généraliste		
S1, S2 OPTAM ou patient CMUC ou ACS	C (23€) + MNO (5€) = 28 €	G ou GS* (25€) + MEG (5€) = 30€
S2 non adhérents OPTAM hors patient CMUC ou ACS		C (23€) + MEG (5€) = 28 €
Par le pédiatre		
S1, S2 OPTAM ou patient CMUC ou ACS	CS (23€) + FPE (5€) + MNP (3€) = 31 €	CS (23€) + NFP (5€) + MEP (4€) = 32 €
S2 non adhérents OPTAM hors patient CMUC ou ACS	CS (23€) + FPE (5€) = 28 €	CS (23€) + NFP (5€) = 28 €

*La cotation G correspond à la C+MMG pour le médecin généraliste et la cotation GS à CS +MMG pour le médecin spécialiste en médecine générale.

La prise en charge des enfants de 2 ans jusqu'à la veille des 6 ans

	Avant le 1 ^{er} mai 2017	A partir du 1 ^{er} mai 2017
Par le généraliste		
S1, S2 OPTAM ou patient CMUC ou ACS	C (23€) + MGE (3€) = 26 €	G ou GS* (25€) + MEG (5€) = 30€
S2 non adhérents OPTAM hors patient CMUC ou ACS		C (23€) + MEG (5€) = 28 €
Par le pédiatre		
S1, S2 OPTAM ou patient CMUC ou ACS	CS (23€) + MPJ (5€) + MPE (3€) = 31 €	CS (23€) + NFE (5€) + MEP (4€) = 32 €
S2 non adhérents OPTAM hors patient CMUC ou ACS	CS = 23 €	CS = 23 €

*La cotation G correspond à la C+MMG pour le médecin généraliste et la cotation GS à CS +MMG pour le médecin spécialiste en médecine générale.

La prise en charge des enfants de 6 ans jusqu'à la veille des 16 ans

	Avant le 1 ^{er} mai 2017	A partir du 1 ^{er} mai 2017
Par le généraliste		
S1, S2 OPTAM ou patient CMUC ou ACS	C = 23 €	G ou GS* = 25€
S2 non adhérents OPTAM hors patient CMUC ou ACS	C = 23 €	
Par le pédiatre		
S1, S2 OPTAM ou patient CMUC ou ACS	CS (23€) + MPJ (5€) = 28 € (jusqu'au 1 ^{er} juillet 2017 pour les pédiatres non traitants)	CS (23€) + NFE** (5€) = 28€ ou à partir du 1er juillet 2017*** CS (23€) + MPC (2€) + MCS (5€) = 30€
S2 non adhérents OPTAM hors patient CMUC ou ACS	CS = 23 €	

*La cotation G correspond à la C+MMG pour le médecin généraliste et la cotation GS à CS +MMG pour le médecin spécialiste en médecine générale.

** facturation lorsque le pédiatre ne peut à ce titre coter la MCS (notamment quand le pédiatre est lui-même traitant).

*** A titre provisoire, du 1^{er} mai au 1^{er} juillet 2017 la cotation est CS+MPJ lorsqu'il n'est pas possible de coter NFE (cas des pédiatres non traitants)

Les 3 consultations obligatoires du nourrisson donnant lieu à certificat, au 8ème jour, au 9ème ou 10ème mois, au 24ème ou 25ème mois

	Avant le 1er mai 2017	A partir du 1 ^{er} mai 2017
Par le généraliste		
S1, S2 OPTAM ou patient CMUC ou ACS	C (23€) + FPE (5€) + MNO (5€) = 33 €	COE et respect du tarif opposable (39€ au 1er mai puis 46€ au 1er novembre 2017)
S2 non adhérents OPTAM hors patient CMUC ou ACS		
Par le pédiatre		
S1, S2 OPTAM ou patient CMUC ou ACS	CS+MNP+FPE +MBB /23+3+5+7 = 38€	COE* et respect du tarif opposable (39€ au 1er mai puis 46€ au 1er novembre 2017)
S2 non adhérents OPTAM hors patient CMUC ou ACS	CS+FPE +MBB / 23+5+7 = 35€	

*Du 1^{er} mai au 1^{er} novembre 2017 (date de suppression de la MPP sous réserve de l'entrée des textes en vigueur, la COE peut se cumuler avec la majoration MPP d'une valeur de 5€ (Article 15.7 Majoration de suivi par le pédiatre des enfants nés grands prématurés ou atteints d'une pathologie congénitale grave).

C- Modalités pratique de la facturation de la Majoration pour les Médecins Généralistes

Acte de référence, la « C » est valorisée par la convention médicale de 2016, à compter du 1^{er} mai 2017, à hauteur de 25 euros, sous la forme d'une majoration de 2 euros (« MMG ») applicable aux médecins généralistes et médecins à expertise particulière de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO).

La « MMG » est également applicable par les médecins de secteur à honoraires différents (médecins généralistes et les MEP exerçant en secteur 2 ou secteur 1 titulaires du droit permanent à dépassement, lorsqu'ils pratiquent les tarifs opposables hors OPTAM-OPTAM CO) pour les soins dispensés aux patients CMUC et ACS (cf avenant 2 à la convention médicale article 3).

Les médecins de secteur à honoraires différents non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée continueront de coter la C/CS et V/VS.

A partir du 1er avril 2018, la « MMG » pourra être appliquée, par tous les médecins, quel que soit leur secteur conventionnel, dès lors qu'ils factureront leurs actes en respectant le tarif opposable.

Pour répondre à l'objectif de simplification posée par la convention, la facturation correspondant à « C+MMG » sera réalisée par le médecin, via la cotation d'un code unique, en feuille de soins électronique et en feuille de soins papier :

- **code G** (« C généraliste ») **équivalent à C+MMG** pour la consultation du généraliste ou MEP;
- **code GS** (« CS généraliste ») **équivalent à CS+MMG** pour la consultation du généraliste spécialiste en médecine générale;
- **code VG** (« V généraliste ») **équivalent à V+MMG** pour la visite du généraliste ou MEP;
- **code VGS** (« VS généraliste ») **équivalent à VS+MMG** pour la visite du généraliste spécialiste en médecine générale.

L'arrêté du 27 avril 2017 relatif aux majorations applicables aux tarifs des actes et consultations externes des établissements de santé privés et publics concerne l'activité :

- Des médecins exerçant dans les établissements publics de santé (établissements relevant du a de l'article L162-22-6 du code la sécurité sociale) ;
- Des médecins exerçant dans les établissements privés à but non lucratif relevant du b et du c du même article (ESPIC) ;
- Des médecins salariés exerçant dans les établissements privés relevant du d de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale (cliniques privées).

Dans ce cadre, les prestations G et GS pourront être facturées par les établissements concernés, à compter du 1er juillet 2017.

Bien que non visés par cet arrêté, sont également concernés les médecins exerçant dans les Centres de Protection maternelle et infantile (PMI) car dans le cadre de leur convention avec l'Assurance Maladie, la base de remboursement est identique à celle du secteur libéral.

Cet arrêté ne s'applique pas à l'activité des médecins libéraux exerçant dans les cliniques privées, qui peuvent, en tout état de cause, facturer de la même manière qu'en cabinet libéral, dans le respect des conditions fixées par la NGAP.

Ainsi, dans les cliniques privées les médecins libéraux et notamment les urgentistes facturent à compter du 1er mai 2017 :

- Les prestations G ou GS lorsque les médecins relèvent du secteur 1, du secteur 2 adhérent OPTAM ou bien lorsqu'ils prennent en charge des patients bénéficiaires de la CMUC ou de l'ACS ;
- Les prestations C ou CS lorsqu'ils relèvent du secteur 2 non adhérent à l'OPTAM pour les patients non bénéficiaires de la CMUC ou de l'ACS.

Par ailleurs, la cotation de l'honoraire de surveillance définie à l'article 20 de la NGAP n'est pas modifiée, la cotation C*0.8 perdure.

Les facturations d'une G pour des secteurs 2 hors OPTAM et pour des bénéficiaires hors ACS/CMU-C sont rejetées en cas de tiers payant. Dans ce même cas (facturation d'une G par des médecins secteurs 2 hors OPTAM et pour des bénéficiaires hors ACS/CMU-C) si la facture est hors tiers-payant, afin de ne pas pénaliser l'assuré, ce dernier est remboursé de manière dérogatoire sur la base de 25€. A terme des contrôles permettront de bloquer ces facturations.

Il n'est pas permis, pour l'heure, de coter des G, GS, VG et VGS dès à présent pour des médecins de secteur 2 non adhérents à l'OPTAM-OPTAM CO, que ce soit dans le cadre des actes réalisés en PDSA, ou non.

Seules ces cotations sont utilisables par les médecins de secteur 1 ou secteur 1 titrés ou DP et secteur 2 adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM CO ou aux professionnels prenant en charge des patients CMU C ou ACS.

Ces cotations seront ouvertes à l'ensemble des PS à compter du 1er avril 2018, y compris avec les majorations régulées issues de la PDSA.

D- Ouverture des majorations aux médecins de secteur à honoraires différents pour les patients CMUC et ACS

Les majorations de la convention en principe réservées aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée sont également, par dérogation, ouvertes aux médecins de secteur 2 non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée pour les patients CMU-C et ACS, pour lesquels ils sont tenus de pratiquer les tarifs opposables.

II. Valorisation de l'activité chirurgicale CCAM réalisée sur les plateaux techniques lourds

A la mise en place de la CCAM, deux modificateurs ont été introduits pour maintenir la valorisation des actes de chirurgie (modificateur J +6,5%) et favoriser leur réalisation en secteur à tarif opposable (modificateur K +11,5%).

A– Elargissement du champ des actes concernés par les modificateurs J et K

L'objectif de ces modificateurs est de valoriser certains actes thérapeutiques non répétitifs sanglants réalisés en bloc opératoire sous anesthésie générale ou locorégionale pratiqués par les chirurgiens, les gynéco-obstétriciens. Ainsi, la convention nationale a prévu de mieux valoriser l'activité chirurgicale réalisée sur les plateaux techniques lourds par les chirurgiens en modifiant le périmètre des actes autorisant les modificateurs de chirurgie J et K, tout en maintenant les règles de tarification selon le secteur de conventionnement du médecin :

- en autorisant l'application de ces modificateurs à 269 actes CCAM qui n'en bénéficient pas actuellement (voir en annexe 2),
- en supprimant ces modificateurs pour les 4 actes ci-dessous qui ne répondent pas à la définition du modificateur J (acte thérapeutique sanglant réalisé sur un plateau technique lourd).

Code	libelle
JANM001	Lithotritie extracorporelle du rein, avec guidage radiologique
JANM002	Lithotritie extracorporelle du rein, avec guidage échographique
JCNM001	Lithotritie extracorporelle de l'uretère, avec guidage échographique
JCNM002	Lithotritie extracorporelle de l'uretère, avec guidage radiologique

La modification de la liste intervient à compter du 15 juin 2017.

B- Revalorisation de la valeur du modificateur K

Par ailleurs, afin de mieux valoriser le tarif de ces actes thérapeutiques quand ils sont réalisés par les médecins de secteur à honoraires opposables ou adhérent à l'option pratique tarifaire maîtrisée telle que définie aux articles 49 de la convention nationale et suivants (OPTAM-CO) ou quand ils sont facturés au tarif opposable aux patients bénéficiant de la CMUC et de l'ACS ou pris en charge en urgence, **la valeur du modificateur K est portée à 20% à compter du 15 juin 2017.**

Ainsi le modificateur K, porté à 20 % s'applique pour les actes autorisant ce modificateur pour :

- les chirurgiens conventionnés, exerçant en secteur à honoraires opposables ou autorisés à pratiquer des honoraires différents dès lors qu'ils adhèrent à l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) définie aux articles 49 et suivants de la convention précitée ;
- les actes d'accouchement réalisés par les gynécologues obstétriciens conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables ou autorisés à pratiquer des honoraires différents dès lors qu'ils

adhèrent à l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) définie aux articles 49 et suivants de la Convention nationale précitée.

Par dérogation, les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens pour les actes d'accouchement, autorisés à pratiquer des honoraires différents et ceux ayant opté pour l'OPTAM peuvent coder le modificateur K **pour les actes dispensés à tarif opposable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé ou disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)** définie à l'article L.863-3 du Code de la sécurité sociale ainsi que pour les actes dispensés en urgence à tarifs opposables.

En conséquence, le nouveau modificateur K de la CCAM est le suivant :

K	Majoration forfait modulable pour les actes d'accouchements et pour les actes ayant droit au modificateur J des chirurgiens et des gynécologues-obstétriciens conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) définie aux articles 49 et suivants de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016	+20%
----------	---	------

Les chirurgiens et gynécologues obstétriciens de secteur à honoraires différents qui adhèrent à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), conservent la valeur initiale de 11,5 %, auparavant appliquée pour les adhérents au CAS. Cette majoration est facturable avec le modificateur T.

Les sages-femmes réalisant des actes d'accouchement, qui bénéficiaient également du modificateur K à 11,5% conservent cet avantage, mais devront appliquer le modificateur T.

Le nouveau modificateur T de la CCAM est le suivant :

T	Majoration forfait modulable pour les actes d'accouchements et pour les actes ayant droit au modificateur J, des sages-femmes et des chirurgiens et gynécologues-obstétriciens conventionnés ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) définie aux articles 40 et suivants de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016	+11,5%
----------	---	--------

A noter que dans la convention nationale il est fait mention, à l'article 41.2, du modificateur « O », se substituant au modificateur K afin de majorer les actes de chirurgie et d'accouchement des médecins adhérents à l'OPTAM CO. Pour des raisons techniques, ce modificateur intitulé « O » au niveau conventionnel a été traduit techniquement dans la CCAM par le modificateur « T ».

C- Revalorisation des actes d'anesthésiste

Le modificateur 7 de la CCAM correspond à une majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste lorsqu'il doit se consacrer exclusivement à un seul patient au cours de certaines interventions réalisées sous anesthésie générale ou locorégionale. Il s'applique à une liste finie d'actes pour lesquels la « règle de l'art » n'exige pas pendant la durée de l'anesthésie la présence permanente de l'anesthésiste en salle d'intervention.

Afin de mieux valoriser certains actes d'anesthésie, il a été décidé de revaloriser le modificateur 7 de 4% à 6% :

7	Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste durant toute l'intervention	+6%
---	---	-----

Annexe 1 : Nouveaux libellés NGAP

Article 14.6 – Majorations pédiatriques :

Article 14.6.1 – Nouveau forfait pédiatrique

Les consultations ou visites effectuées pour un enfant jusqu'à la veille incluse de ses 2 ans par le pédiatre conventionné ouvrent droit à une majoration, dénommée "**nouveau forfait pédiatrique (NFP)**". Ces consultations donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant. Cette majoration ne se cumule pas avec la majoration NFE décrite à l'article 14.6.2. Le NFP ne se cumule ni avec la majoration prévue à l'article 2 *bis* (Majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste) (MPC), ni avec la facturation d'une majoration de coordination (MCS) au sens de l'article 16.2 de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Article 14.6.2 – Nouveau forfait enfant du pédiatre

Les consultations ou visites effectuées par le pédiatre pour un enfant âgé de 2 ans jusqu'à la veille incluse de ses 6 ans et les consultations ou visites effectuées par le pédiatre pour un enfant de 6 ans jusqu'à la veille incluse de ses 16 ans qui ne lui est pas adressé par le médecin traitant ouvrent droit à une majoration dénommée "**nouveau forfait enfant (NFE)**". Ces consultations donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant. Cette majoration NFE est également applicable aux patients du pédiatre lorsqu'il est désigné médecin traitant. Cette majoration NFE peut être cotée par le pédiatre exerçant en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents au sens des articles 38.1 et 38.2 de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et adhérant au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) tel que défini aux articles 40 de la convention médicale susvisée. Le médecin en secteur à honoraires différents non adhérent à l'OPTAM peut, de façon dérogatoire, facturer la majoration NFE lorsque le patient est bénéficiaire de l'ACS ou de la CMU-C. Cette majoration ne se cumule pas avec la majoration NFP décrite à l'article 14.6.1. Le NFE ne se cumule ni avec la majoration prévue à l'article 2 *bis* (Majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste) (MPC), ni avec la facturation d'une majoration de coordination au sens de l'article 16.2 de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Article 14.6.3 - Majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le pédiatre

Les consultations et les visites, effectuées par le pédiatre pour un enfant jusqu'à la veille incluse de ses 6 ans, ouvrent droit à une majoration dénommée "**majoration enfant du pédiatre (MEP)**". Ces consultations donnent lieu à un compte rendu sur le carnet de santé de l'enfant. Cette majoration MEP peut être cotée par le pédiatre exerçant en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents au sens des articles 38.1 et 38.2 de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et adhérant au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) tel que défini aux articles 40 de la convention médicale susvisée. Le médecin en secteur à honoraires différents non adhérent à l'OPTAM peut, de façon dérogatoire, facturer les majorations MEP lorsque le patient est bénéficiaire de l'ACS ou de la CMU-C. La majoration MEP est cumulable avec les majorations NFP et NFE prévues aux articles 14.6.1 et 14.6.2. La majoration MEP ne se cumule ni avec la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste prévue à l'article 2 *bis* (Majoration forfaitaire

transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste) (MPC), ni avec la facturation d'une majoration de coordination au sens de l'article 16.2 de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par l'arrêté du 20 octobre 2016.

Article 14.7 - Majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste

Les consultations et les visites, effectuées par le médecin généraliste conventionné à destination d'un enfant jusqu'à la veille incluse de ses six ans, ouvrent droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée "**majoration enfant pour les médecins généralistes (MEG)**". Ces consultations donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant. La cotation des majorations susvisées aux articles 14.6 et 14.7 est ouverte aux médecins exerçant en secteur à honoraires différents prévus au sens des articles 38.1 et 38.2 de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 lorsqu'ils pratiquent des tarifs opposables dans les conditions définies à l'avant-dernier paragraphe de l'article 28.2.5 de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Article 14.9 - Consultation obligatoire de l'enfant

Les trois consultations complexes du pédiatre ou du médecin généraliste pour les trois examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat sont dénommées "**Consultation obligatoire de l'enfant (COE)**". Les consultations du nourrisson pour les examens médicaux obligatoires mentionnés à l'article R. 2132-2 du Code de la santé publique, dans les huit jours suivant sa naissance, du jour des 8 mois jusqu'à la veille du jour des 10 mois incluse, du jour des 23 mois jusqu'à la veille du jour des 25 mois incluse, réalisée par le pédiatre ou le médecin généraliste est dénommée COE. Lors de ces consultations, le médecin :

- pratique un examen complet de l'enfant tel que défini par l'article R.2132-1 du Code de la santé publique et mentionne les résultats dans le carnet de santé de l'enfant ;
- établit le certificat de santé correspondant à l'âge de l'enfant sur l'imprimé inséré dans le carnet de santé et l'adresse, dans un délai de huit jours, au médecin responsable du service de la protection maternelle et infantile du département de résidence des parents ou de la personne chargée de la garde de l'enfant, conformément à l'article R. 2132-3 du Code de la santé publique.

Ces trois consultations sont facturées à tarif opposable. Elles ne sont pas cumulables avec les majorations NFP, NFE, MEP des pédiatres, ni avec la majoration MEG du médecin généraliste, décrites aux articles 14.6 de la NGAP. Ces consultations sont prises en charge au titre de l'Assurance maternité, conformément aux articles L.160-9 du Code de la sécurité sociale et L. 2132-2 du Code de la santé publique.

Annexe 2 : Liste des nouveaux actes permettant l'ajout des modificateurs J et K

Code	libelle
ABGA002	Ablation d'une dérivation interne du liquide cérebrospinal intracrânien, par abord direct
ABJB001	Évacuation de liquide cérebrospinal ventriculaire avec injection à visée thérapeutique, par voie transcrânienne
ADLA001	Implantation d'un stimulateur du nerf vague, par abord direct
AEGA001	Ablation d'électrode de stimulation de la moelle épinière, par abord direct
AELA002	Implantation souscutanée d'un générateur de stimulation de la moelle épinière
AHPA003	Section de nerf spinal profond avec déroutement, par abord direct
BAAA001	Allongement du muscle releveur de la paupière supérieure et/ou section de sa lame profonde [muscle de Müller], avec interposition de matériau inerte ou autogreffe
BAAA002	Allongement du muscle releveur de la paupière supérieure et/ou section de sa lame profonde [muscle de Müller], sans interposition de matériau inerte ni autogreffe
DBLA004	Pose d'une bioprothèse de la valve aortique, par abord de l'apex du cœur par thoracotomie sans CEC
DGAF005	Dilatation intraluminale de l'aorte abdominale avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
DGAF008	Dilatation intraluminale de l'aorte abdominale sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
DGLF001	Pose d'endoprothèse couverte bifurquée aortobisiliaque, par voie artérielle transcutanée
DGLF002	Pose d'endoprothèse couverte aorto-uniiliaque, par voie artérielle transcutanée
DGLF003	Pose d'endoprothèse couverte dans l'aorte thoracique, par voie artérielle transcutanée
DGLF005	Pose d'endoprothèse couverte rectiligne dans l'aorte abdominale infrarénale, par voie artérielle transcutanée
DGLF012	Pose d'endoprothèse fenêtrée ou multibranche dans l'aorte abdominale pour anévrisme complexe, par voie artérielle transcutané
DGPF001	Désobstruction de la bifurcation aortique, par voie artérielle transcutanée
DGPF002	Recanalisation de la bifurcation aortique avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée bilatérale
DHAF002	Dilatation intraluminale de la veine cave inférieure sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée
DHAF003	Dilatation intraluminale de la veine cave supérieure sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée
DHAF004	Dilatation intraluminale de la veine cave inférieure avec pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée
DHPF003	Recanalisation de la veine cave inférieure sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée
EBAF003	Dilatation intraluminale de l'artère carotide interne extracrânienne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EBAF004	Dilatation intraluminale de l'artère carotide commune cervicale sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EBAF005	Dilatation intraluminale de l'artère carotide externe sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EBAF006	Dilatation intraluminale de l'artère carotide externe avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EBAF009	Dilatation intraluminale de la bifurcation carotidienne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EBAF010	Dilatation intraluminale de l'artère carotide commune cervicale avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EBAF011	Dilatation intraluminale de la bifurcation carotidienne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EBLA002	Pose d'un cathéter dans la veine jugulaire interne, par cervicotomie
EBLA003	Pose d'un cathéter relié à une veine profonde du membre supérieur ou du cou par voie transcutanée, avec pose d'un système diffuseur implantable souscutané
ECAF001	Dilatation intraluminale d'une artère du membre supérieur avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée

ECAF002	Dilatation intraluminale d'une artère du membre supérieur sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
ECAF003	Dilatation intraluminale du tronc artériel brachiocéphalique ou de l'artère carotide commune intrathoracique sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
ECAF004	Dilatation intraluminale du tronc artériel brachiocéphalique ou de l'artère carotide commune intrathoracique avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
ECLF003	Pose d'endoprothèse couverte dans une artère du membre supérieur, par voie artérielle transcutanée
ECLF004	Pose d'endoprothèse couverte dans le tronc artériel brachiocéphalique ou l'artère carotide commune intrathoracique, par voie artérielle transcutanée
ECPF001	Recanalisation d'une artère du membre supérieur avec pose d'endoprothèse couverte, par voie artérielle transcutanée
ECPF002	Recanalisation d'une artère du membre supérieur avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
ECPF003	Recanalisation d'une artère du membre supérieur sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
ECPF004	Recanalisation de l'artère subclavière en amont de l'ostium de l'artère vertébrale sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
ECPF005	Recanalisation de l'artère subclavière en amont de l'ostium de l'artère vertébrale avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EDAF001	Dilatation intraluminale sélective ou hypersélective de l'artère rénale avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EDAF002	Dilatation intraluminale de l'artère iliaque commune et/ou de l'artère iliaque externe sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EDAF003	Dilatation intraluminale de l'artère iliaque commune et/ou de l'artère iliaque externe avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EDAF004	Dilatation intraluminale de l'artère iliaque interne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EDAF005	Dilatation intraluminale d'une artère digestive avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EDAF006	Dilatation intraluminale de l'artère iliaque interne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EDAF007	Dilatation intraluminale sélective ou hypersélective de l'artère rénale sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EDAF008	Dilatation intraluminale d'une artère digestive sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EDAF009	Dilatation intraluminale suprasélective de l'artère rénale sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EDAF010	Dilatation intraluminale suprasélective de l'artère rénale avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EDLF004	Pose d'endoprothèse couverte dans l'artère iliaque commune et/ou l'artère iliaque externe avec embolisation de l'artère iliaque interne, par voie artérielle transcutanée
EDLF005	Pose d'endoprothèse couverte dans l'artère iliaque commune et/ou l'artère iliaque externe, par voie artérielle transcutanée
EDLF006	Pose d'endoprothèse couverte dans une artère digestive, par voie artérielle transcutanée
EDLF007	Pose d'endoprothèse couverte dans l'artère iliaque interne ou une branche extradigestive de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée
EDLF008	Pose d'endoprothèse couverte dans plusieurs artères digestives, par voie artérielle transcutanée
EDLF013	Pose d'endoprothèse couverte dans l'artère rénale, par voie artérielle transcutanée
EDPF001	Recanalisation de l'artère iliaque interne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EDPF002	Recanalisation de l'artère rénale sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EDPF003	Recanalisation d'une artère digestive sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EDPF004	Recanalisation d'une artère digestive avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EDPF005	Recanalisation de l'artère rénale avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EDPF006	Recanalisation de l'artère iliaque commune et/ou de l'artère iliaque externe avec pose d'endoprothèse couverte, par voie artérielle transcutanée
EDPF007	Recanalisation de l'artère iliaque interne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EDPF008	Recanalisation de l'artère iliaque commune et/ou de l'artère iliaque externe sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée

EDPF009	Recanalisation de l'artère iliaque commune et/ou de l'artère iliaque externe avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EAAF001	Dilatation intraluminale de plusieurs artères du membre inférieur sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EAAF002	Dilatation intraluminale d'une artère du membre inférieur avec dilatation intraluminale de l'artère iliaque commune et/ou de l'artère iliaque externe homolatérale avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EAAF003	Dilatation intraluminale d'une artère du membre inférieur sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EAAF004	Dilatation intraluminale d'une artère du membre inférieur avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EAAF005	Dilatation intraluminale d'une artère du membre inférieur avec dilatation intraluminale de l'artère iliaque commune et/ou de l'artère iliaque externe homolatérale sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EAAF006	Dilatation intraluminale de plusieurs artères du membre inférieur avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EELF002	Pose d'endoprothèse couverte dans une artère du membre inférieur, par voie artérielle transcutanée
EEPF001	Recanalisation d'une artère du membre inférieur avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EEPF002	Recanalisation d'une artère du membre inférieur sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
EGAF001	Dilatation intraluminale de la veine rénale sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée
EGAF002	Dilatation intraluminale de la veine iliaque externe et/ou de la veine iliaque commune avec pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée
EGAF003	Dilatation intraluminale de la veine iliaque externe et/ou de la veine iliaque commune sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée
EGAF004	Dilatation intraluminale de la veine rénale avec pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée
EGED001	Réduction de procidence hémorroïdaire interne par agrafage circulaire, par voie anale
EGFA001	Hémorroïdectomie pédiculaire semifermée ou fermée
EGFA002	Hémorroïdectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse avec anoplastie muqueuse postérieure et sphinctérotomie [léiomyotomie] interne
EGFA003	Hémorroïdectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse
EGPF001	Recanalisation de la veine iliaque externe et/ou de la veine iliaque commune avec pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée
EJFA002	Exérèses multiples de branches de la grande veine saphène et/ou de la petite veine saphène sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord direct
EJSA001	Ligature de plusieurs veines perforantes jambières, par abord direct
ENAF001	Dilatation intraluminale d'un pontage artériel non anatomique des membres avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
ENAF002	Dilatation intraluminale d'un pontage artériel non anatomique des membres sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
ENFF001	Thrombectomie ou embolectomie mécanique d'un pontage artériel non anatomique des membres, par voie artérielle transcutanée
EPPF001	Recanalisation de la veine de drainage d'un accès vasculaire artérioveineux sans pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée
EPPF003	Recanalisation de la veine de drainage d'un accès vasculaire artérioveineux avec pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée
EZAF001	Dilatation intraluminale d'un accès vasculaire artérioveineux d'un membre sans pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée
EZAF002	Dilatation intraluminale d'un accès vasculaire artérioveineux d'un membre avec pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée
EZGF001	Ablation d'une endoprothèse vasculaire ou d'un filtre cave ayant migré en position intracardiaque ou intravasculaire, par voie vasculaire transcutanée
EZPF003	Désobstruction mécanique d'un accès vasculaire artérioveineux avec dilatation intraluminale et pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée
EZPF004	Désobstruction mécanique d'un accès vasculaire artérioveineux avec dilatation intraluminale sans pose d'endoprothèse, par voie vasculaire transcutanée
HJCD002	Suture de plaie du rectum par voie anale, sans réparation du muscle sphincter externe de l'anus

HJFA003	Exérèse de tumeur du rectum, par abord transsphinctérien
HJFD002	Exérèse de tumeur du rectum, par voie anale
HKFA005	Excision d'une fissure et/ou d'une sténose anale, avec anoplastie muqueuse
HKFA006	Excision d'une fissure anale, avec anoplastie muqueuse et résection d'un paquet hémorroïdaire isolé
HKFA007	Exérèse de tumeur maligne du canal anal et/ou de l'anوس
HKFA009	Sphinctéromyectomie de l'anوس, par abord anal
HKMA001	Plastie cutanée de la marge de l'anوس
HKPA009	Sphinctérotomie, sphinctéromyotomie ou sphinctéromyectomie de l'anوس, par abord transsacrococcygien [de Kraske]
HMCA009	Cholécystostomie cutanée, par laparotomie
HPFC002	Résection du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par cœlioscopie
HPNC001	Destruction et/ou exérèse de lésion endométriosique superficielle du péritoine, par cœlioscopie
HPPC001	Libération d'adhérences [Adhésiolyse] ni étendues ni serrées du péritoine pelvien pour stérilité chez la femme, par cœlioscopie
JCAH001	Dilatation de l'uretère, par urétrocystoscopie avec guidage radiologique
JCEE001	Refoulement de calcul de l'uretère par sonde urétérale, par endoscopie rétrograde
JCGE003	Ablation unilatérale ou bilatérale d'une sonde urétérale, par endoscopie rétrograde
JCGE004	Ablation d'une endoprothèse urétérale, par endoscopie rétrograde
JCGH002	Ablation d'une endoprothèse urétérale par une néphrostomie déjà en place, avec guidage radiologique
JCKE001	Changement d'une sonde urétérale, par endoscopie rétrograde
JCKE002	Changement d'une endoprothèse urétérale, par endoscopie rétrograde
JCLD001	Pose d'une endoprothèse urétérale, par une néphrostomie déjà en place
JCLE001	Pose d'une sonde urétérale à visée thérapeutique, par endoscopie rétrograde
JCLE002	Pose d'une endoprothèse urétérale, par endoscopie rétrograde
JCLE003	Pose d'une sonde urétérale à visée diagnostique, par endoscopie rétrograde
JCPE001	Incision d'une urétérocèle, par endoscopie
JCPE002	Incision du méat urétéral, par endoscopie
JDCA002	Cystostomie cutanée, par laparotomie
JDCJ001	Cystostomie, par voie transcutanée avec guidage échographique
JDGE001	Ablation de calcul ou de corps étranger de la vessie, par endoscopie
JDHE001	Biopsie de la vessie à l'anse coupante, par endoscopie
JDHE002	Biopsie de la vessie à la pince, par endoscopie
JDHE003	Biopsie randomisée de la vessie, par endoscopie
JDJE001	Décaillotage de la vessie, par endoscopie
JDNE001	Destruction de lésion de la vessie, par endoscopie
JDPA001	Myotomie du corps de la vessie pour agrandissement, par laparotomie
JDPE001	Incision de collet de diverticule de la vessie, par urétrocystoscopie
JDQE002	Exploration endoscopique d'une néovessie intestinale
JECE001	Ouverture de diverticule de l'urètre, par endoscopie
JEEE001	Alignement de rupture traumatique de l'urètre, par endoscopie
JEFE001	Résection de tumeur de l'urètre, par endoscopie
JEFE003	Résection du sphincter strié de l'urètre, par endoscopie

JEFE004	Résection de sténose de l'urètre à l'anse coupante, par endoscopie
JEFE005	Résection de valve de l'urètre, par endoscopie
JEGE001	Ablation de corps étranger de l'urètre, par urétroscopie
JEGE002	Ablation d'une endoprothèse temporaire de l'urètre, par endoscopie
JEGE003	Épilation de l'urètre, par endoscopie
JEGE004	Ablation d'une endoprothèse définitive de l'urètre, par endoscopie
JEHE001	Biopsie de l'urètre à l'anse coupante, par endoscopie
JEHE002	Biopsie de l'urètre à la pince, par endoscopie
JEKE001	Changement d'une endoprothèse de l'urètre, par endoscopie
JELE001	Injection sousmuqueuse intra-urétrale de matériel hétérologue, par endoscopie
JELE002	Pose d'une endoprothèse de l'urètre, par endoscopie
JELE003	Pose d'une endoprothèse de l'urètre cervicoprostatique, par endoscopie
JEMA016	Méatoplastie de l'urètre avec lambeau préputial ou cutané, chez l'adulte
JENE001	Destruction de lésion de l'urètre, par endoscopie
JEPE001	Incision du sphincter strié de l'urètre, par endoscopie
JEPE002	Urétrotomie, par endoscopie
JEPH001	Incision de valve de l'urètre par endoscopie, avec contrôle radiologique
JFJA001	Évacuation de collection périrénale, par abord direct
JFJC001	Évacuation de collection périrénale, par cœlioscopie ou par rétropéritonéoscopie
JGFA016	Résection ou marsupialisation de collection de la prostate ou de diverticule de l'urètre, par urétrocystoscopie
JGFE004	Résection et/ou désobstruction des conduits éjaculateurs, par urétrocystoscopie
JHFA002	Résection plastique ou exérèse du scrotum
JHGA002	Ablation d'une prothèse de testicule
JHHA002	Biopsie unilatérale du testicule, par abord direct
JHHA003	Biopsie bilatérale du testicule, par abord direct
JHMA005	Plastie du scrotum pour éléphantiasis
JHPA002	Désenfouissement du pénis par fixation des fascias
JHQA002	Exploration du contenu scrotal sans biopsie, par abord scrotal
JHQA003	Exploration du contenu scrotal avec biopsie, par abord scrotal
JJPC002	Ovariectomie exploratrice, par cœlioscopie
JRPA001	Section d'une bandelette synthétique infra-urétrale, par abord vaginal
KZFC001	Exérèse de tumeur endocrinienne intraabdominale ectopique, par cœlioscopie
MDGA002	Ablation de matériel d'ostéosynthèse de la main, par abord direct
MEFA003	Synovectomie totale de l'articulation scapulohumérale, par arthrotomie
MEFC002	Synovectomie totale de l'articulation scapulohumérale, par arthroscopie
MEJC001	Nettoyage de l'articulation scapulohumérale, par arthroscopie
MEPA001	Libération mobilisatrice de l'articulation scapulohumérale et/ou subacromiale, par arthrotomie
MEPC001	Libération mobilisatrice de l'articulation scapulohumérale et/ou subacromiale, par arthroscopie
MFFA002	Synovectomie totale du coude, par arthrotomie antérieure et par arthrotomie postérieure
MFFA003	Exérèse de kyste synovial du coude, par abord direct
MFFC001	Synovectomie totale du coude, par arthroscopie

MFJC001	Nettoyage de l'articulation du coude, par arthroscopie
MFPA002	Libération mobilisatrice de l'articulation du coude, par abord direct
MFPC001	Libération mobilisatrice de l'articulation du coude, par arthroscopie
MGFA002	Synovectomie radio-ulnaire distale, par arthrotomie
MGFA003	Synovectomie totale des articulations du poignet, par arthrotomie
MGFA005	Synovectomie radiocarpienne et/ou intracarpienne, par arthrotomie
MGFA007	Exérèse de kyste synovial du poignet, par abord direct
MGFC001	Synovectomie radio-ulnaire distale, par arthroscopie
MGFC002	Synovectomie radiocarpienne et/ou intracarpienne, par arthroscopie
MGJC001	Nettoyage des articulations du poignet, par arthroscopie
MGPA001	Libération mobilisatrice des articulations du poignet, par abord direct
MHFA002	Exérèse de kyste synovial ou mucoïde d'une articulation ou d'une gaine fibreuse de la main
MJFA005	Exérèse d'un hygroma du coude, par abord direct
MJFA008	Exérèse de lésion fasciale et/ou sousfasciale des tissus mous de la paume de la main
MJFA017	Résection des tissus mous de la main avec plastie cutanée, sans résection nerveuse, pour mégadactylie
MJGA001	Ablation de corps étranger de la coulisse bicipitale, par abord direct
MJPA007	Libération des tissus mous du premier espace interosseux métacarpien, par abord direct
NDDC001	Fixation de fragment ostéocondral de la trochlée du talus, par arthroscopie
NDFA005	Résection d'une exostose infra-unguéal d'un orteil
NEFA003	Synovectomie coxofémorale, par arthrotomie par 2 abords dont un abord postérieur
NEFA004	Synovectomie coxofémorale, par arthrotomie par un abord
NEFC001	Synovectomie coxofémorale, par arthroscopie
NEHA001	Biopsie d'une articulation de la ceinture pelvienne [du bassin], par abord direct
NEHA002	Biopsie de l'articulation coxofémorale, par abord direct
NEJA003	Évacuation de collection ou synovectomie de l'articulation sacro-iliaque, par arthrotomie
NEJC001	Nettoyage de l'articulation coxofémorale, par arthroscopie
NFEA001	Réinsertion ou suture des 2 ménisques du genou, par arthrotomie
NFEA002	Réinsertion ou suture d'un ménisque du genou, par arthrotomie
NFEC001	Réinsertion ou suture des 2 ménisques du genou, par arthroscopie
NFEC002	Réinsertion ou suture d'un ménisque du genou, par arthroscopie
NFFA001	Méniscectomies latérale et médiale du genou, par arthrotomie
NFFA002	Synovectomie du genou, par arthrotomie antérieure et par arthrotomie postérieure sans changement de position du patient
NFFA003	Méniscectomie latérale ou médiale du genou, par arthrotomie
NFFA004	Synovectomie antérieure du genou, par arthrotomie
NFFA005	Synovectomie antérieure du genou par arthroscopie avec synovectomie postérieure par arthrotomie, sans changement de position
NFFA006	Synovectomie du genou, par arthrotomie antérieure et par arthrotomie postérieure avec changement de position du patient
NFFC001	Synovectomie du genou, par arthroscopie antérieure et par arthroscopie postérieure
NFFC002	Synovectomie antérieure du genou, par arthroscopie
NFFC003	Méniscectomies latérale et médiale du genou, par arthroscopie
NFFC004	Méniscectomie latérale ou médiale du genou, par arthroscopie

NFJC001	Nettoyage de l'articulation du genou, par arthroscopie
NFJC002	Évacuation de collection de l'articulation du genou, par arthroscopie
NFPA001	Libération mobilisatrice de l'articulation du genou, par arthrotomie
NFPC001	Section du rétinaculum patellaire latéral [aileron rotulien externe], par arthroscopie
NFPC002	Libération mobilisatrice de l'articulation du genou, par arthroscopie
NGFA002	Exérèse d'un kyste synovial ou d'une bourse séreuse de la cheville ou du pied, par abord direct
NGJC001	Nettoyage de l'articulation tibiotalienne, par arthroscopie
NGJC002	Évacuation de collection de l'articulation tibiotalienne ou d'une articulation du pied, par arthroscopie
NGPA002	Libération mobilisatrice de l'articulation tibiotalienne et/ou synovectomie tibiotalienne, par arthrotomie
NGPC001	Libération mobilisatrice de l'articulation tibiotalienne et/ou synovectomie tibiotalienne, par arthroscopie
NHFA001	Synovectomie articulaire de l'avant-pied
NJEA005	Alignement d'une camptodactylie d'orteil par libération des tissus mous
NJFA002	Exérèse de lésion fasciale et/ou sousfasciale des tissus mous de la plante du pied
NJFA008	Exérèse d'un hygroma du genou, par abord direct
NJPA002	Libération des tissus mous de la cheville ou de l'arrière-pied avec capsulotomie, par abord postérieur
NJPA009	Libération des tissus mous de la cheville ou de l'arrière-pied et du médiopied avec capsulotomie, par abord postérieur, abord médial et abord latéral
NJPA015	Aponévrotomie et désinsertion musculaire à la plante du pied [Libération plantaire]
NJPA019	Libération des tissus mous de la cheville ou de l'arrière-pied avec capsulotomie, par abord postérieur et par abord médial
NJPA023	Libération antérieure de la cheville et du pied, pour pied convexe
NJPB001	Section de tendon pour correction d'attitude vicieuse de la hanche, par voie transcutanée
PACC001	Perforation ou forage d'une épiphyse fertile, par arthroscopie
PCPA005	Ténotomie, par abord direct
PDFA003	Exérèse de lésion fasciale et/ou sousfasciale des tissus mous de la racine d'un membre, du pli du coude ou du creux poplité
QAGA001	Ablation de plusieurs corps étrangers profonds de la peau et des tissus mous du visage et/ou des mains
QAJA012	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de plus de 10 cm de grand axe
QBFA001	Dermolipectomie abdominale avec transposition de l'ombilic et fermeture de diastasis des muscles droits de l'abdomen
QBFA003	Dermolipectomie abdominale totale circulaire
QBFA005	Dermolipectomie abdominale avec transposition de l'ombilic
QBFA006	Dermolipectomie abdominale sans transposition de l'ombilic, avec fermeture de diastasis des muscles droits de l'abdomen
QBFA008	Dermolipectomie abdominale avec transposition de l'ombilic et lipoaspiration de l'abdomen
QBFA010	Dermolipectomie abdominale sans transposition de l'ombilic, avec lipoaspiration de l'abdomen et fermeture de diastasis des muscles droits de l'abdomen
QBFA012	Dermolipectomie abdominale avec transposition de l'ombilic, lipoaspiration de l'abdomen et fermeture de diastasis des muscles droits de l'abdomen
QBFA014	Excision d'une fasciite nécrosante périnéofessière
QBJB001	Lipoaspiration de l'abdomen
QCJA001	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la main
QDPA001	Séparation d'une syndactylie des orteils par plastie cutanée d'une ou plusieurs commissures
QZFA014	Dermolipectomie des membres
QZFA024	Exérèse de lésion souscutanée susfasciale de plus de 10 cm de grand axe

QZJP001	Séance de détersion mécanique d'ulcération trophique de la peau et des tissus mous sur moins de 30 cm ² , sous anesthésie générale ou locorégionale
QZJP002	Séance de détersion mécanique d'ulcération trophique de la peau et des tissus mous sur plus de 200 cm ² , sous anesthésie générale ou locorégionale
QZJP003	Séance de détersion mécanique d'ulcération trophique de la peau et des tissus mous sur 30 cm ² à 200 cm ² , sous anesthésie générale ou locorégionale
GDFE002	Exérèse de lésion ou épiluchage de la muqueuse du plan glottique, par laryngoscopie directe avec laser
GDFE003	Corpectomie laryngée, par laryngoscopie directe avec laser
GDFE004	Exérèse de lésion ou épiluchage de la muqueuse du plan glottique, par laryngoscopie directe sans laser
GDFE007	Corpectomie laryngée, par laryngoscopie directe sans laser
GDFE010	Exérèse du vestibule du larynx, par laryngoscopie directe avec laser
GDFE011	Exérèse de lésion laryngée infraglottique, par laryngoscopie directe sans laser
GDFE015	Exérèse du vestibule du larynx, par laryngoscopie directe sans laser
ZCQC002	Exploration de la cavité abdominale, par cœlioscopie [Cœlioscopie exploratrice]
ZCQC001	Exploration de la cavité abdominale par cœlioscopie, avec hystérocopie