



Dossier suivi par: Service assurance  
maladie-maternité  
Tél. (+352) 247-86352

**Référence :** 843x535a3

**Objet :** **Projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie**

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu l'article 65 du Code de la sécurité sociale ;

Vu les avis de la Chambre de commerce, de la Chambre des salariés, de la Chambre des métiers, de la Chambre d'agriculture et de la Chambre des fonctionnaires et employés publics ;

Notre Conseil d'Etat entendu ;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et de Notre Ministre de la Santé, et après délibération du Gouvernement en conseil ;

*Arrêtons :*

**Art. 1<sup>er</sup>.** À l'article 5, alinéa 7, troisième phrase, du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, les termes « et, en ce qui concerne les médecins formés en algologie et exerçant en unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques, à la consultation majorée (C77) » sont supprimés.

**Art. 2.** L'article 7, du même règlement, est modifié comme suit :

1° À l'alinéa 11, la première phrase prend la teneur suivante :

« Les forfaits prévus à la section 2 du chapitre 4 de la première partie ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, hématologie, immunologie, maladies contagieuses, néphrologie, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, pédiatrie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles, dermatologie, radiothérapie, gériatrie ainsi que par les médecins généralistes et les médecins agréés auprès du réseau de compétences « douleur chronique » tel qu'il est défini par la loi



modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. »

2° À l'alinéa 17, la première phrase prend la teneur suivante :

« Les forfaits prévus à la section 10 du chapitre 4 de la première partie ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, hématologie, immunologie, maladies contagieuses, néphrologie, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, neurologie, neuropsychiatrie, pédiatrie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles et en dermatologie, ainsi que par les médecins agréés auprès du réseau de compétences « douleur chronique » tel qu'il est défini par la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. »

**Art. 3.** Au tableau des actes et services à la première partie « Actes généraux », chapitre 1<sup>er</sup> « Consultations », du même règlement, la section 2 « Consultations majorées », est modifiée comme suit :

- 1) La position 13) est supprimée.
- 2) L'actuelle position 14) devient position 13) nouvelle.

**Art. 4.** Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1<sup>er</sup> « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », du même règlement, le titre de la section 5 « Neurologie et psychiatrie » est modifié comme suit :

« Section 5 - Neurologie, psychiatrie et algologie ».

**Art. 5.** Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1<sup>er</sup> « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 5 « Neurologie, psychiatrie et algologie », du même règlement, est ajoutée une nouvelle sous-section 3 ayant la teneur suivante :

« Sous-section 3 - Algologie »

Position	Libellé	Code	Coefficient
1)	Bloc anesthésique périphérique ou neuroaxial, diagnostique, pronostique et thérapeutique avec repérage par neurostimulation sensitive et/ou motrice, sous surveillance des fonctions vitales, avec repérage, guidage et contrôle par imagerie médicale	YVB11	38,87
2)	Perfusion intraveineuse de médicaments à visée antalgique, antineuropathique ou antihyperalgésique en milieu hospitalier ambulatoire sous surveillance des fonctions vitales	YZF11	29,73
	Traitement des douleurs neuropathiques focales par		



3)	application cutanée de patch de capsaïcine - CAT	YVQ21	20,81
4)	Injection antalgique de toxine botulique dans le cadre de la prise en charge pour douleur neuropathique ou migraine chronique - CAT	YVB12	27,44
5)	Mise en place d'électrodes pour neurostimulation périphérique à visée antalgique à partir d'un boîtier externe	YVB13	38,87
6)	Séance de neuromodulation non invasive des douleurs par neurobiofeedback sous surveillance médicale	YZP11	13,72
7)	Neurolyse non chirurgicale ou neuromodulation de 1 ou plusieurs nerfs périphérique(s) ou neuraxial(s) par moyen physique ou chimique avec ou sans neurostimulation, avec repérage, guidage et contrôle par imagerie médicale, sous surveillance des fonctions vitales	YVP11	50,24
8)	Séance d'acupuncture à visée uniquement antalgique - CAT	YZB11	16,01
9)	Suivi de prise en charge holistique pour douleur chronique d'une durée de moins de 20 minutes	YMQ11	14,32
10)	Suivi de prise en charge holistique pour douleur chronique d'une durée de 20 minutes à 40 minutes	YMQ12	28,38
11)	Bilan d'évaluation holistique initial de prise en charge d'une douleur chronique d'une durée de 41 à 60 minutes	YMQ13	44,59
12)	Education thérapeutique de groupe dans le cadre d'une prise en charge pour douleur chronique par le médecin algologue d'une durée minimum de 60 minutes, maximum 6 patients, par patient, dans le chef du patient.	YZQ11	6,86

#### REMARQUES :

- 1) Les codes des actes de la sous-section 3 – Algologie ne peuvent être mis en compte que par les médecins agréés auprès du réseau de compétences douleur chronique.
- 2) Les codes YVB11 et YVP11 (positions 1 et 7) peuvent être mis en compte au maximum 6 fois par an pour un même patient.
- 3) Le Code YZF11 (position 2) peut être mis en compte au maximum 12 fois par an pour un même patient
- 4) Le code YZB11 (position 8) peut être mis en compte au maximum 8 fois par an pour un même patient.
- 5) Le code YVQ21 (position 3) peut être mis en compte au maximum 5 fois par an pour un même patient.
- 6) Le code YVB12 (position 4) peut être mis en compte au maximum 5 fois par an pour un même patient.



- 7) Le code YZP11 (position 6) peut être mis en compte au maximum 24 fois par an pour un même patient.
- 8) Les codes YVQ21, YVB12 et YZB11 (positions 3, 4 et 8) sont cumulables avec un acte technique de la sous-section 3 – Algologie de la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1 « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales » section 5 « Neurologie, psychiatrie et algologie »
- 9) Les codes YMQ11, YMQ12 et YMQ13 (positions 9, 10 et 11) ne sont pas cumulables entre eux.
- 10) Le code YMQ13 (position 11) ne peut être mise en compte qu'une seule fois par épisode de soin pour un patient pris en charge dans le cadre du réseau de compétences douleur chronique, l'épisode de soin étant défini comme l'ensemble des recours au système de soin pour un problème de santé, jusqu'à ce qu'il soit considéré comme résolu ou stabilisé, ou jusqu'à ce que le patient cesse de recourir au système de soins pour ce problème. »

**Art. 6.** Le présent règlement entre en vigueur le premier jour du mois qui suit celui de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

**Art. 7.** Notre ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions et Notre ministre ayant la Santé dans ses attributions sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.



### Exposé des motifs et commentaire d'articles

La prise en charge des patients douloureux chronique constitue une nécessité médicale, éthique, socio-économique et un droit fondamental internationalement reconnu. Cette adaptation de la nomenclature avec ajout d'une sous-section spécifique dédiée aux actes techniques pour la prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques est nécessaire pour la mise en œuvre du réseau de compétences « douleur chronique » autorisé par le Ministère de la Santé le 1<sup>er</sup> novembre 2022 en application de l'article 28 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, sur base du projet déposé par les 4 centres hospitaliers ainsi que le Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation. Ces actes sont requis pour la réalisation des différents parcours de soins identifiés par le réseau de compétences « douleur chronique ».

Il en ressort que l'acte dénommé par le code C77 visant à être remplacé par les actes susvisés n'a plus lieu d'être et qu'il y a lieu de le supprimer.



### Texte coordonné<sup>1</sup>

## **Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et techniques des médecins pris en charge par l'assurance maladie**

[...]

### **Consultation et visite**

**Art. 5.** La consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique. La visite comporte un déplacement du médecin soit au domicile ou lieu de séjour du patient, soit à l'hôpital, à l'exclusion de son propre cabinet médical.

Un entretien téléphonique ne peut donner lieu à une quelconque facturation à charge de la caisse.

Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, frottis en dehors de l'interprétation), la prise de sang veineux, les analyses qualitatives des urines (albumine et glucose), les injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées et intradermiques, les petits pansements et l'établissement d'un certificat sommaire.

Les consultations et visites ne peuvent être mises en compte que si elles ont été sollicitées par la personne protégée ou par une personne de son entourage.

Le médecin ne peut mettre en compte qu'une seule consultation ou visite par personne et par jour, c'est-à-dire par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaire plusieurs séances au cours du même jour et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Le médecin mettra en compte exclusivement la consultation réservée à sa spécialité.

La consultation majorée du médecin généraliste et de certains médecins spécialistes doit avoir une durée sensiblement supérieure à celle de la consultation normale et suffisante pour permettre un examen exhaustif. Elle ne peut être mise en compte que tous les six mois pour la même personne. Toutefois cette périodicité ne s'applique pas aux médecins spécialistes en neurologie et en neuro-psychiatrie et, en ce qui concerne les médecins spécialistes en rhumatologie, à la consultation majorée mise en compte pour un examen

---

<sup>1</sup> Le texte coordonné reprend uniquement les actes qui ont été modifiés. Une version coordonnée au 19.05.2023 de la nomenclature des actes et services des médecins est publiée sur le site de la Caisse nationale de santé.



~~ostéodensitométrie (8D01) et, en ce qui concerne les médecins formés en algologie et exerçant en unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques, à la consultation majorée (C77).~~ Le médecin doit consigner le résultat de cet examen dans le dossier médical du patient. A la demande du contrôle médical de la sécurité sociale, le médecin doit fournir un rapport écrit, dont la cotation est comprise dans la consultation majorée.

La visite majorée du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie doit avoir une durée sensiblement supérieure à celle de la visite normale et suffisante pour permettre un examen exhaustif. Elle ne peut être mise en compte que tous les six mois pour la même personne. Le médecin doit consigner le résultat de cet examen dans le dossier médical du patient. A la demande du Contrôle médical de la sécurité sociale, le médecin doit fournir un rapport écrit, dont la cotation est comprise dans la visite majorée.

Est considérée comme consultation urgente celle sollicitée comme telle par la personne protégée ou par une personne de son entourage et reconnue comme telle par le médecin, à condition qu'elle se situe en dehors des heures de consultation et de visite normales affichées par le médecin ou que sa délivrance oblige le médecin à abandonner la suite programmée de ses occupations.

Est considérée comme visite urgente celle sollicitée comme telle par la personne protégée ou par une personne de son entourage et reconnue comme telle par le médecin, à condition qu'elle soit effectuée sans délai.

Le médecin ayant mis en compte une consultation ou une visite urgente doit, à la demande du contrôle médical de la sécurité sociale, en justifier par écrit le caractère urgent.

Si lors du même déplacement, le médecin examine plusieurs personnes faisant partie de la même communauté domestique ou du même établissement, le tarif de la visite est remplacé par celui de la consultation pour la deuxième personne et les suivantes.

Pour une consultation ou une visite prestée dans un établissement à une personne y résidante, le médecin complète le code de la consultation ou de la visite par la lettre C pour l'acte presté à une personne résidant dans une maison de soins et par la lettre K pour l'acte presté à une personne résidant dans un centre intégré pour personnes âgées, dans une maison de retraite ou dans une institution.

Pour une consultation ou une visite prestée dans le cadre des soins palliatifs autorisés par le Contrôle Médical de la Sécurité Sociale, le médecin complète le code de la consultation ou de la visite par la lettre Z.

[...]



### Traitement en milieu hospitalier

**Art. 7.** A l'exception des médecins spécialistes en radiologie, le médecin qui n'est pas présent à l'hôpital, mais doit s'y déplacer spécialement et d'urgence pour un traitement ambulatoire ou un patient hospitalisé par un autre médecin, met en compte le tarif de la visite et les actes techniques effectués. Sur le mémoire d'honoraires il marque, outre le code de la visite, l'heure à laquelle cette dernière a été effectuée.

Si la personne séjourne en milieu hospitalier soit à titre stationnaire, soit au titre d'un séjour inférieur à une journée dont les conditions sont à fixer par la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale, le médecin traitant applique les forfaits prévus au chapitre 4 de la première partie de l'annexe, à l'exclusion du tarif de la consultation ou de la visite. Toutefois, le médecin traitant peut mettre en compte le tarif de la visite de nuit entre 22 heures et 7 heures selon les modalités prévues à l'article 10 sous 10). Si le médecin traitant doit se déplacer spécialement et d'urgence à l'hôpital le samedi après 12 heures, le dimanche ou un jour férié légal pour examiner un patient avec hospitalisation subséquente, il peut remplacer le forfait hospitalier du 1er jour par la visite à l'hôpital.

Est considéré comme médecin-traitant au sens des présentes dispositions le médecin qui effectue le traitement de la personne protégée durant l'hospitalisation et en fait la déclaration à l'administration de l'hôpital conformément aux dispositions de la convention prévue à l'article 75 du Code de la sécurité sociale.

Si au cours d'une hospitalisation un autre médecin est appelé en consultation par le médecin traitant, cet autre médecin peut mettre en compte soit les tarifs prévus à la deuxième partie de l'annexe pour les actes prescrits par le médecin traitant soit les tarifs prévus au chapitre premier de la première partie de l'annexe, les tarifs prévus à la deuxième partie de l'annexe, en respectant les règles de cumul énoncées à l'article 10, ainsi que le rapport R1 prévu à la section 1 du chapitre 5 de la première partie de l'annexe, dans les conditions et limites prévues à l'article 18.

Si au cours d'une même hospitalisation dans le même établissement la personne protégée est traitée successivement par deux médecins relevant de la même discipline médicale, le deuxième médecin doit, pour la détermination du forfait, tenir compte de la période d'hospitalisation antérieure mise en compte par le premier médecin.

Si au cours d'une même hospitalisation la personne protégée est traitée successivement par deux médecins relevant de disciplines médicales différentes, le deuxième médecin met en compte le forfait correspondant comme s'il s'agissait d'une nouvelle hospitalisation, à condition que le changement de médecin ait été signalé endéans les vingt-quatre heures à l'administration de l'hôpital.

Si au cours d'une même hospitalisation la personne protégée est traitée simultanément par plusieurs médecins relevant de disciplines médicales différentes, le médecin traitant défini à





l'alinéa 3 du présent article émet une ordonnance médicale établie conformément aux dispositions de l'article 64 sous 1) du Code de la sécurité sociale sur laquelle il indique le nom et le code du médecin appelé à effectuer le traitement parallèle, la date de début ainsi que la durée approximative du traitement parallèle. Le deuxième médecin applique également les forfaits prévus au chapitre 4 de la première partie de l'annexe à l'exclusion du tarif de la consultation ou de la visite et joint l'ordonnance médicale émise pour le traitement parallèle à son mémoire d'honoraires. Toutefois, l'ordonnance médicale n'est pas requise pour le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation pendant le séjour au service de réanimation en phase postopératoire, pour autant que ce séjour ne dépasse pas douze jours. L'ordonnance médicale n'est pas requise pour le traitement parallèle par un médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles dans un service de rééducation en gériatrie.

N'est pas considéré comme traitement parallèle un traitement successif effectué le même jour.

Les actes des sections 5, 6 et 7 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte simultanément par plusieurs médecins dans le cadre d'un traitement parallèle.

Les jours d'hospitalisation sont comptés par période de vingt-quatre heures commençant à minuit; la fraction compte pour une journée entière, sans qu'un séjour inférieur à vingt-quatre heures puisse donner droit, pour un même médecin, à deux forfaits pour traitement en service de réanimation ou traitement avec soins intensifs spécifiques.

Les forfaits prévus à la section 2 du chapitre 4 de la 1ère partie ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, hématologie, immunologie, maladies contagieuses, néphrologie, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, pédiatrie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles, dermatologie, radiothérapie, gériatrie ainsi que par les médecins généralistes **et les médecins agréés auprès du réseau de compétences « douleur chronique » tel qu'il est défini par la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière**.. Par dérogation à la première phrase, les forfaits F282, F283, F284, F285 sont réservés aux médecins spécialistes en pédiatrie attachés au service national de pédiatrie spécialisée. Les forfaits F20, F201, F25, F251, F27, F271, F282 et F283 peuvent être mis en compte par un médecin, soit pour un malade transféré avec ordonnance de transfert, soit pour un malade que ce médecin n'a pas examiné depuis au moins six mois.

En cas de réintervention, le tarif postopératoire prévu à la section 3 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe peut de nouveau être mis en compte à partir du premier jour postopératoire à condition qu'il s'agisse d'une intervention faite sous anesthésie au sens de l'article 12, alinéa premier.

Les forfaits prévus à la section 5 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte qu'une fois par période d'hospitalisation. Ils ne peuvent être mis en compte que:



- par les médecins spécialistes en gériatrie, médecine interne, oncologie, néphrologie, immunologie, maladies contagieuses, cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, endocrinologie, hématologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, rhumatologie, pédiatrie et radiothérapie ;

- pour des personnes nécessitant des soins intensifs spécifiques en raison d'accidents cardio-vasculaires aigus, de troubles graves du rythme cardiaque, de comas, de syndromes infectieux graves, de troubles métaboliques graves, de syndromes hémorragiques graves, de détresses respiratoires graves, du syndrome éclamptique, d'affections neuropsychiatriques aiguës (telles que états psychotiques aigus, états confusionnels aigus, risque aigu de suicide ou d'agression, coma ou stupeur, accès de paniques réitératifs) ou, avec l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale, pour toute autre affection grave.

Les forfaits prévus à la section 6 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en anesthésie-réanimation chez des malades admis au service de réanimation (sauf pour les positions F69 et F691) et nécessitant la réanimation avec surveillance étroite en cas d'affection aiguë ou de traumatisme (sous-section 1) ou le traitement avec surveillance étroite après intervention sous anesthésie générale (sous-section 2) ou l'anesthésie continue d'un tronc ou plexus nerveux (sous-section 3) ou le traitement complexe de la douleur (sous-section 4). Le protocole d'hospitalisation est compris.

Les forfaits prévus à la section 7 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en anesthésie-réanimation pour des affections nécessitant la présence prolongée auprès du malade avec disponibilité permanente du médecin et nécessitant des manoeuvres complexes de réanimation pour décompensation cardio-vasculaire, pulmonaire ou cérébrale, hémorragies, coma et atteintes analogues, aussi après intervention sous anesthésie générale. Si des manoeuvres complexes ne sont plus requises la mise en compte est à continuer par la position correspondante de la section 6. Le protocole d'hospitalisation est compris.

Les forfaits prévus à la section 9 du chapitre 4 de la 1ère partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, néphrologie, immunologie, maladies contagieuses, cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, endocrinologie, hématologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, pédiatrie, gériatrie, anesthésiologie et médecin généraliste.

Les forfaits prévus à la section 10 du chapitre 4 de la 1ère partie ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en gériatrie, médecine interne, oncologie, hématologie, immunologie, maladies contagieuses, néphrologie, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, neurologie, neuropsychiatrie, pédiatrie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles et en dermatologie, **ainsi que par les médecins agréés auprès du réseau de compétences « douleur chronique » tel qu'il est défini par la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière**. Par dérogation à la disposition qui précède le forfait F92 est réservé aux médecins spécialistes en pédiatrie



attachés à un service de pédiatrie. Les forfaits F90 et F92 ne peuvent être mis en compte par un médecin que pour un malade transféré avec ordonnance de transfert ou pour un malade que ce médecin n'a pas examiné depuis au moins 6 mois.

Les forfaits prévus à la section 12 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que si le diagnostic du COVID-19 est établi. Pour les patients admis au départ avec une suspicion de COVID-19 non confirmée par la suite, les autres codes s'appliquent, suivant les règles de la nomenclature.

Les forfaits prévus à la sous-section 1 de la section 12 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que pour des patients hospitalisés dans les lits dédiés et autorisés selon le phasage mis en place par la Direction de la santé dans le cadre de la pandémie COVID-19, et selon les critères d'hospitalisation définis par le Conseil Scientifique.

Les forfaits prévus à la sous-section 2 de la section 12 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en anesthésiologie, et uniquement que pour des patients hospitalisés dans les lits de soins intensifs dédiés et autorisés selon le phasage mis en place par la Direction de la santé dans le cadre de la pandémie COVID-19, et selon les critères d'hospitalisation en soins intensifs définis par le Conseil Scientifique.

## Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1<sup>er</sup> du présent règlement grand-ducal

### PREMIÈRE PARTIE : ACTES GÉNÉRAUX

#### Chapitre 1<sup>er</sup> – Consultations

[...]

#### Section 2 – Consultations majorées

Position	Libellé	Code	Coefficient
1)	Consultation majorée du médecin spécialiste en - médecine interne - oncologie - endocrinologie - hématologie - immunologie - maladies contagieuses - néphrologie	C30	16,59
2)	Consultation majorée du médecin spécialiste en gastro-	C31	15,18



	entérologie		
3)	Consultation majorée du médecin spécialiste en neurologie	C32	16,31
4)	Consultation majorée du médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie	C33	15,18
5)	Consultation majorée du médecin spécialiste en rhumatologie	C34	17,06
6)	Consultation majorée du médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles	C35	15,18
7)	Consultation majorée du médecin spécialiste en neurochirurgie	C36	15,18
8)	) Consultation majorée faite au Luxembourg par un professeur d'université ne résidant pas au Luxembourg	C37	22,78
9)	Consultation majorée du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie	C38	17,83
10)	Consultation majorée du médecin spécialiste en radiothérapie	C39	16,59
11)	Consultation majorée du médecin spécialiste en dermatologie	C40	16,59
12)	Consultation majorée du médecin spécialiste en médecine génétique	C76	16,59
<del>13)</del>	<del>Consultation majorée du médecin formé en algologie et exerçant en unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques, maximum 6 consultations par an</del>	<del>C77</del>	<del>30,28</del>
134)	Consultation majorée du médecin spécialiste en psychiatrie infantile	C79	15,18

[...]

## **DEUXIÈME PARTIE : ACTES TECHNIQUES**

### **Chapitre 1<sup>er</sup> – Médecine générale – Spécialités non chirurgicales**

[...]

#### **Section 5 – Neurologie, et Psychiatrie et algologie**

[...]



*Sous-section 3 – Algologie*

Position	Libellé	Code	Coefficient
1)	Bloc anesthésique périphérique ou neuroaxial, diagnostique, pronostique et thérapeutique avec repérage par neurostimulation sensitive et/ou motrice, sous surveillance des fonctions vitales, avec repérage, guidage et contrôle par imagerie médicale	YVB11	38,87
2)	Perfusion intraveineuse de médicaments à visée antalgique, antineuropathique ou antihyperalgésique en milieu hospitalier ambulatoire sous surveillance des fonctions vitales	YZF11	29,73
3)	Traitement des douleurs neuropathiques focales par application cutanée de patch de capsaïcine - CAT	YVQ21	20,81
4)	Injection antalgique de toxine botulique dans le cadre de la prise en charge pour douleur neuropathique ou migraine chronique - CAT	YVB12	27,44
5)	Mise en place d'électrodes pour neurostimulation périphérique à visée antalgique à partir d'un boîtier externe	YVB13	38,87
6)	Séance de neuromodulation non invasive des douleurs par neurobiofeedback sous surveillance médicale	YZP11	13,72
7)	Neurolyse non chirurgicale ou neuromodulation de 1 ou plusieurs nerfs périphérique(s) ou neuraxial(s) par moyen physique ou chimique avec ou sans neurostimulation, avec repérage, guidage et contrôle par imagerie médicale, sous surveillance des fonctions vitales	YVP11	50,24
8)	Séance d'acupuncture à visée uniquement antalgique - CAT	YZB11	16,01
9)	Suivi de prise en charge holistique pour douleur chronique d'une durée de moins de 20 minutes	YMQ11	14,32
10)	Suivi de prise en charge holistique pour douleur chronique d'une durée de 20 minutes à 40 minutes	YMQ12	28,38
11)	Bilan d'évaluation holistique initial de prise en charge d'une douleur chronique d'une durée de 41 à 60 minutes	YMQ13	44,59
12)	Education thérapeutique de groupe dans le cadre d'une prise en charge pour douleur chronique par le médecin algologue d'une durée minimum de 60 minutes, maximum 6 patients, par patient, dans le chef du patient.	YZQ11	6,86



#### REMARQUES :

- 1) Les codes des actes de la sous-section 3 – Algologie ne peuvent être mis en compte que par les médecins agréés auprès du réseau de compétences douleur chronique.
- 2) Les codes YVB11 et YVP11 (positions 1 et 7) peuvent être mis en compte au maximum 6 fois par an pour un même patient.
- 3) Le Code YZF11 (position 2) peut être mis en compte au maximum 12 fois par an pour un même patient
- 4) Le code YZB11 (position 8) peut être mis en compte au maximum 8 fois par an pour un même patient.
- 5) Le code YVQ21 (position 3) peut être mis en compte au maximum 5 fois par an pour un même patient.
- 6) Le code YVB12 (position 4) peut être mis en compte au maximum 5 fois par an pour un même patient.
- 7) Le code YZP11 (position 6) peut être mis en compte au maximum 24 fois par an pour un même patient.
- 8) Les codes YVQ21, YVB12 et YZB11 (positions 3, 4 et 8) sont cumulables avec un acte technique de la sous-section 3 – Algologie de la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1 « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales » section 5 « Neurologie, psychiatrie et algologie »
- 9) Les codes YMQ11, YMQ12 et YMQ13 (positions 9, 10 et 11) ne sont pas cumulables entre eux.
- 10) Le code YMQ13 (position 11) ne peut être mise en compte qu'une seule fois par épisode de soin pour un patient pris en charge dans le cadre du réseau de compétences douleur chronique, l'épisode de soin étant défini comme l'ensemble des recours au système de soin pour un problème de santé, jusqu'à ce qu'il soit considéré comme résolu ou stabilisé, ou jusqu'à ce que le patient cesse de recourir au système de soins pour ce problème.