



Dossier suivi par: Service assurance
maladie-maternité

Tél. (+352) 247-86352

Référence : 848x14975

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 ;

Vu l'avis du Collège médical ;

Le Conseil d'État entendu ;

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

Arrêtons :

Art. 1^{er}. 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 est modifié comme suit :

1° À l'article 8, alinéa 1^{er}, première phrase, les termes « ou la remarque relative à l'acte » sont insérés entre les termes « sauf si le libellé de l'acte » et les termes « exclut expressément ».

2° À l'article 9, alinéa 5, la deuxième phrase est supprimée.

3° Après l'article 15 est inséré un nouvel article 15*bis*, libellé comme suit :

« Art. 15*bis*. Par dérogation à l'article 15, les forfaits pour frais d'utilisation d'appareil du Chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services ne peuvent être mis en compte que lorsqu'un acte du Chapitre 6 « Gynécologie »



de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services implique l'utilisation de cet appareil. La mise en compte des forfaits pour frais d'utilisation d'appareil n'est possible que pour les appareils installés en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question et déclarés à la Caisse nationale de santé par le médecin ou l'association.

Ces forfaits englobent les frais d'amortissement et les frais de fonctionnement de l'appareil installé, dont notamment l'équipement principal, la maintenance corrective et évolutive, les consommables et les frais liés à l'archivage des résultats délivrés par l'appareil.

Le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil varie en fonction de la classe à laquelle appartient l'appareil installé, de la date de la première prestation résultant de l'utilisation de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, du nombre d'actes effectués et d'un seuil d'activité de référence.

Les seuils d'activité de référence doivent être appliqués par tranche de 12 mois. Le seuil d'activité de référence ainsi que les montants plein ou réduit y relatifs, retenus par classe d'appareil, sont fixés au Chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services.

Afin de déterminer l'activité réelle annuelle, le décompte du nombre d'actes débute, pour une année X, le jour de la mise en compte du premier acte réalisé à l'aide de l'appareil installé et dont la prise en charge par l'assurance maladie est demandée, et s'achève au 31 décembre de la même année X.

Tant que l'appareil n'est pas amorti et que l'activité réelle annuelle est inférieure ou égale au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil est mis en compte.

Dès que l'activité réelle annuelle dépasse le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil doit être appliqué, que l'appareil soit amorti ou non.

Dès que l'appareil est considéré comme amorti, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil s'applique.

La durée de l'amortissement des appareils est calculée sur cinq ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie.

Par dérogation à l'alinéa précédent, la durée de l'amortissement des appareils peut être prolongée jusqu'à sept ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, tant que pour au moins cinq ans sur cette période maximale de sept ans révolus, l'activité annuelle réelle est inférieure au



seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé et à condition que le nombre de forfaits à montant plein pris en charge par l'assurance maladie reste inférieur à cinq fois le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé.

Le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil ne tient compte que des frais de fonctionnement de l'appareil de sorte que les frais d'amortissement de l'appareil ne puissent plus être mis en compte.

L'article 8, alinéa 1^{er} et l'article 9 ne s'appliquent pas au forfait pour frais d'utilisation d'appareil de sorte que le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil se cumule avec tout autre acte technique autorisé.

L'intégralité du présent article 15*bis* ne s'applique qu'au Chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services. »

4° L'article 17 est modifié comme suit :

a) Il est inséré un alinéa 5 nouveau prenant la teneur suivante :

« Les actes prévus aux sections 3 et 4 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent pas être mis en compte par les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique. »

b) L'actuel alinéa 5 devient l'alinéa 6 nouveau.

5° L'article 19 est modifié comme suit :

a) À l'alinéa 1^{er}, la première phrase est modifiée comme suit :

« Par forfaits d'accouchement on entend les actes prévus à la sous-section 5 intitulée « Actes obstétricaux pendant le travail et l'accouchement » de la section 1 intitulée « Obstétrique » du Chapitre 6 intitulé « Gynécologie » de la deuxième partie intitulée « Actes techniques », à l'exception de l'acte relatif à la tentative de déclenchement du travail par moyen médicamenteux ou mécanique. »

b) L'alinéa 2 prend la teneur suivante :

« Sont compris dans ces forfaits les actes nécessaires le jour de l'accouchement, sauf l'acte relatif à la tentative de déclenchement du travail par moyen médicamenteux ou mécanique et les actes énumérés à la sous-section 6 intitulée « Traitement des complications immédiates de l'accouchement », de la section 1 intitulée « Obstétrique » du Chapitre 6 intitulé « Gynécologie » de la deuxième partie intitulée « Actes techniques ». »



Art. 2. Au tableau des actes et services à la première partie « Actes généraux », chapitre 1^{er} « Consultations », à la section 1^{re} « Consultations normales », du même règlement, le coefficient de l'acte de la position 14 est modifié comme suit :

«

Position	Libellé	Code	Coeff.
14)	Consultation du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique	C14	13,26

»

Art. 3. Au tableau des actes et services à la première partie « Actes généraux », chapitre 1^{er} « Consultations », à la section 2 « Consultations majorées », du même règlement, est ajouté un nouvel acte prenant la teneur suivante :

«

Position	Libellé	Code	Coeff.
14)	Consultation majorée du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique	C43	17,40

»

Art. 4. Au tableau des actes et services à la première partie « Actes généraux », chapitre 4 « Traitement hospitalier », section 6 « Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs par le médecin anesthésiste-réanimateur », sous-section 4 « Traitement de la douleur aiguë post-opératoire d'un malade non hospitalisé au service de réanimation, par PCA avec pompe à morphine ou anesthésie continue d'un tronc ou plexus nerveux (mise en place comprise) », du même règlement, à la remarque, les codes « 6G83, 6G94 » sont remplacés par les codes « NNA21, NNA22, NNC21, NNC22, NLA26, NLA27, NLC28 et NLC29 ».

Art. 5. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 2 « Chirurgie », section 5 « Chirurgie du thorax et du cou », la sous-section 2 « Chirurgie des seins », du même règlement, prend la teneur suivante :

«

a) Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Biopsie mammaire, échographie comprise	SGQ11	25,01

b) Évacuation de collection du sein

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Incision du sein avec ou sans drain de collection, échographie comprise	SLA11	11,15



2)	Drainage d'une collection dans un sein, échographie comprise	SLQ11	25,01
3)	Ponction de kyste mammaire, échographie comprise	SLQ12	25,01

c) Exérèse partielle du sein

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Tumorectomie mammaire unilatérale, maligne ou bénigne	SMA11	110,23
2)	Tumorectomie mammaire bilatérale, maligne ou bénigne	SMA12	220,47
3)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle	SMA13	151,23
4)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SMA14	261,47
5)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle	SMA15	302,47
6)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec curage axillaire homolatéral	SMA16	178,11
7)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire unilatéral	SMA17	288,35
8)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire bilatéral	SMA18	356,22
9)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire unilatéral et exérèse du ganglion sentinelle controlatéral	SMA19	329,34
10)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec réexploration axillaire homolatérale	SMA21	178,11
11)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec réexploration axillaire bilatérale	SMA22	356,22
12)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle et curage axillaire homolatéral	SMA23	219,11
13)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle et curage axillaire bilatéral	SMA24	438,22
14)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA25	180,88
15)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA26	320,77
16)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA27	361,77
17)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec curage axillaire et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA28	207,76



18)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire unilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA29	334,65
19)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire bilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA31	415,52
20)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle, curage axillaire et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA32	248,76
21)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle, curage axillaire bilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA33	497,52
22)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle, curage axillaire unilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA34	388,64
23)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec réexploration axillaire et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA35	207,76
24)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec réexploration axillaire unilatérale et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA36	347,65
25)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec réexploration axillaire bilatérale et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA37	415,52
26)	Pyramidectomie unilatérale	SMA38	66,93
27)	Pyramidectomie bilatérale	SMA39	133,86
28)	Mastectomie sous-cutanée unilatérale	SMA41	122,70
29)	Mastectomie sous-cutanée bilatérale	SMA42	245,41
30)	Mastectomie sous cutanée unilatérale avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SMA43	130,73
31)	Mastectomie sous-cutanée bilatérale avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SMA44	261,47
32)	Mastectomie sous-cutanée bilatérale avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle	SMA45	302,43
33)	Reprise des berges d'exérèse par mastectomie partielle unilatérale	SMA46	66,93
34)	Reprise des berges d'exérèse par mastectomie partielle bilatérale	SMA47	133,86
35)	Réséction complémentaire avec extemporané des berges	SMA48	55,77



d) Mastectomie totale

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Mastectomie totale unilatérale	SNA11	110,23
2)	Mastectomie totale bilatérale	SNA12	220,47

e) Mastectomie totale élargie

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse du ganglion sentinelle homolatéral	SPA11	151,23
2)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SPA12	274,30
3)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle	SPA13	302,46
4)	Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec curage axillaire unilatéral	SPA14	178,11
5)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec curage axillaire bilatéral	SPA15	356,22
6)	Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse homolatérale du ganglion sentinelle et curage axillaire consécutif	SPA16	219,11
7)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse du ganglion sentinelle et curage axillaire consécutif	SPA17	438,22
8)	Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec réexploration axillaire unilatérale	SPA18	178,11
9)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec réexploration axillaire bilatérale	SPA19	356,22

f) Actes thérapeutiques sur la plaque aréolo-mamelonnaire

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Ablation unilatérale du complexe aréolo-mamelonnaire	SVA15	55,77
2)	Ablation bilatérale du complexe aréolo-mamelonnaire	SVA16	111,55

g) Autres actes thérapeutiques en sénologie

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Curage axillaire, par abord direct	SZA11	122,99
2)	Exérèse du ganglion sentinelle, par abord direct	SZA12	82,00
3)	Reprise des berges d'exérèse avec curage axillaire homolatéral, par abord direct	SZA13	178,11



4)	Drainage chirurgical d'un sein pour hématome, abcès ou autre, par abord direct	SZA14	26,77
5)	Drainage d'un lymphocèle axillaire, échographie comprise	SZQ11	25,01
6)	Drainage chirurgical d'un lymphocèle axillaire, par abord direct	SZA15	26,77

REMARQUES :

- 1) Les codes SZA11 et SZA12 (positions 1 et 2) ne sont ni cumulables entre eux, ni avec une autre position de la présente sous-section.
- 2) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes SMA13, SMA14, SMA15, SMA16, SMA17, SMA18, SMA19, SMA21, SMA22, SMA23, SMA24, SMA25, SMA26, SMA27, SMA28, SMA29, SMA31, SMA32, SMA33, SMA34, SMA35, SMA36, SMA37, SMA41, SMA42, SMA43, SMA44, SMA45, SNA11, SNA12, SPA11, SPA12, SPA13, SPA14, SPA15, SPA16, SPA17, SPA18, SPA19, SZA11 et SZA13 de la présente sous-section.

»

Art. 6. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques », le chapitre 6 « Gynécologie », du même règlement, est modifié comme suit :

1° Les sections 1^{re} et 2 prennent la teneur suivante :

« Section 1^{re} – Obstétrique

Sous-section 1^{re} : Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cardiotocogramme d'une durée de plus de 20 minutes	NAQ11	7,04
2)	Cardiotocogramme d'une durée de plus de 20 minutes accompagnant une consultation - CAC	NAQ12	3,52
3)	Etude en continu du segment ST de l'électrocardiogramme (ECG) fœtal par moniteur "ST Analysis" (STAN) - CAT	NUQ11	33,46
4)	Epreuve de tolérance fœtale à la contraction utérine induite par l'ocytocine (Stress test) - CAT	NAF11	16,73
5)	Echographie d'une grossesse uniembryonnaire au 1er trimestre	NCM11	17,85
6)	Echographie d'une grossesse multiembryonnaire au 1er trimestre	NCM12	33,46
7)	Echographie morphologique d'une grossesse unifoetale au 2ème trimestre	NCM13	55,77



8)	Echographie morphologique d'une grossesse multifoetale au 2ème trimestre	NCM14	93,70
9)	Echographie d'une grossesse unifoetale au 3ème trimestre	NCM15	17,85
10)	Echographie d'une grossesse multifoetale au 3ème trimestre	NCM16	33,46
11)	Examen échographique avec Doppler pulsé des vaisseaux utéro-placentaires, des vaisseaux ombilicaux, des grands vaisseaux foetaux ou du Ductus Venosus pour la surveillance d'une souffrance foetale, grossesse unique	NCM17	15,62
12)	Examen échographique avec Doppler pulsé des vaisseaux utéro-placentaires, des vaisseaux ombilicaux, des grands vaisseaux foetaux ou du Ductus Venosus pour la surveillance d'une souffrance foetale, grossesse multiple	NCM18	31,23
13)	Echographie pour surveillance d'une pathologie foetale ou d'une malformation sévère documentée, grossesse unique	NCM19	27,89
14)	Echographie pour surveillance d'une pathologie foetale ou d'une malformation sévère documentée, grossesse multiple	NCM21	55,77
15)	Echographie de second avis dans le cas d'une pathologie foetale ou malformation sévère diagnostiquée et documentée, grossesse unique	NCM22	55,77
16)	Echographie de second avis dans le cas d'une pathologie foetale ou malformation sévère diagnostiquée et documentée, grossesse multiple	NCM23	93,70
17)	Echographie en cas de dépassement du terme comprenant <i>fœtométrie</i> , doppler des vaisseaux ombilicaux, localisation du placenta, liquide placentaire et mesure du canal cervical du col de l'utérus, grossesse unique	NCM24	17,61
18)	Amniocentèse transabdominale ou transvaginale, frais de matériel et échographie comprise	NGQ11	25,66
19)	Biopsie transabdominale ou transvaginale du trophoblaste, frais de matériel et échographie comprise	NGQ12	25,66
20)	Cordocentèse diagnostique, échographie comprise	NGF11	35,70
21)	Ponction du fœtus, frais de matériel et échographie comprise	NGQ13	54,66
22)	Prélèvement de sang foetal au scalp - CAT	NGD11	14,50
23)	Bilan de prise en charge en hospitalisation d'une pathologie grave liée à la grossesse d'une parturiente entre la 20ème et la 37ème semaine d'aménorrhée incluse, y compris frottis vaginal, cardiotocogramme et échographie, avec ou sans transfert interhospitalier	NKQ11	44,62
24)	Bilan de prise en charge en hospitalisation d'une pathologie grave liée à la grossesse d'une parturiente entre la 20ème et 37ème semaine d'aménorrhée incluse, y compris frottis vaginal, cardiotocogramme et échographie, après transfert interhospitalier	NKQ12	22,31



REMARQUES :

- 1) Les codes NAQ11 et NAQ12 (positions 1 et 2) et NCM11 à NCM24 (positions 5 à 17) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique.
- 2) Par dérogation à l'article 10, alinéa 1^{er}, point 1), le code NAQ12 (position 2) ne peut être mis en compte qu'avec le code C14.
- 3) Les codes NCM17 et NCM18 (positions 11 et 12) ne peuvent être mis en compte qu'en présence d'une ou de plusieurs indications suivantes :
 - Retard de croissance intra-utérin
 - Hypertension artérielle, pré-éclampsie, éclampsie
 - Anomalie du rythme cardiaque fœtal
 - Malformation ou maladie fœtale
 - Grossesse multiple avec croissance discordante
 - Maladie maternelle préexistante (hypertonie, néphropathie, diabète, maladie auto-immune)
 - Anémie fœtale
 - Infection fœtale
 - Hydrops fetalis
 - Surveillance d'une grossesse multiple
 - Insertion vélamenteuse du cordon ombilical
 - Anomalies d'insertion placentaire
- 4) Les codes NCM22 et NCM23 (positions 15 et 16) excluent la mise en compte le même jour des codes NCM11, NCM12, NCM13, NCM14, NCM15 et NCM16 (positions 5 à 10).
- 5) Par dérogation à l'article 7, alinéa 2, les codes NKQ11 et NKQ12 (positions 23 et 24) peuvent être mis en compte 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 et sous condition qu'il s'agisse du 1^{er} jour d'hospitalisation.
- 6) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.



Sous-section 2 : Actes liés à une grossesse se terminant par un avortement

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Interruption de grossesse par moyen médicamenteux avant la fin de la 14ème semaine d'aménorrhée, échographie comprise	NTD11	22,31
2)	Interruption de grossesse par déclenchement médicamenteux ou curetage entre la fin de la 14ème semaine d'aménorrhée et la fin de la 22ème semaine d'aménorrhée, échographie comprise	NTQ11	47,97
3)	Foeticide, échographie comprise	NTQ12	66,93
4)	Administration d'un traitement médical de la grossesse extra-utérine ou de la môle hydatiforme	NTQ13	33,46
5)	Curetage évacuateur d'un utérus gravide avant la 14ème semaine d'aménorrhée, échographie comprise	NTD12	30,12
6)	Curetage de môle hydatiforme, échographie comprise	NTD13	33,46
7)	Réduction embryonnaire, échographie comprise	NTQ14	31,08

REMARQUES :

- 1) Les codes NTD11, NTQ11, NTD12, NTD13 et NTQ14 (positions 1, 2, 5, 6 et 7) ne sont pas cumulables avec le code NND16.
- 2) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 3 : Actes obstétricaux pendant la période prénatale

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cerclage de col, par voie vaginale	NUD11	27,89
2)	Cerclage de col, par laparotomie	NUA11	66,93
3)	Ablation de cerclage de col, par voie vaginale - CAT	NUD12	6,69
4)	Pose d'un pessaire obstétrical	NUD13	11,15
5)	Ablation d'un pessaire obstétrical	NUD14	4,46
6)	Ponction de décharge amniotique, échographie comprise	NUQ12	33,46
7)	Remplissage du liquide amniotique, échographie comprise	NUQ13	33,46
8)	Version par manœuvre externe, échographie et cardiocotogramme compris	NUQ14	44,62

REMARQUE :

- 1) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.



Sous-section 4 : Actes thérapeutiques sur le fœtus

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cordocentèse thérapeutique, échographie comprise	NYF11	78,08
2)	Mise en place sur le fœtus d'un cathéter, échographie comprise	NYQ11	55,77
3)	Mise en place sur le fœtus de deux cathéters, échographie comprise	NYQ12	89,24

REMARQUE :

- 1) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 5 : Actes obstétricaux pendant le travail et l'accouchement

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Tentative de déclenchement du travail par moyen médicamenteux ou mécanique, par période de 24 heures pour une durée maximale ne pouvant excéder 72 heures, soit 1 à 3 périodes maximum - CAT	NVQ11	17,85
2)	Accouchement monofoetal normal par voie basse en présentation céphalique, cardiocotogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD11	116,64
3)	Accouchement monofoetal assisté par ventouse ou forceps, par voie basse en présentation céphalique, cardiocotogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD12	125,34
4)	Accouchement monofoetal normal par voie basse en présentation du siège, cardiocotogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD13	129,69
5)	Accouchement multiple normal par voie basse, cardiocotogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD14	153,93
6)	Accouchement multiple assisté par ventouse, forceps ou manœuvre par voie basse, cardiocotogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD15	162,63
7)	Césarienne programmée, hors urgence, cardiocotogramme inclus, par laparotomie	NVA11	106,28
8)	Césarienne non programmée, en urgence en dehors du travail, cardiocotogramme inclus, par laparotomie	NVA12	127,41



9)	Césarienne non programmée, au cours du travail, cardiocotogramme inclus, par laparotomie	NVA13	122,23
----	--	-------	--------

REMARQUES :

- 1) Le code NVQ11 (position 1) ne se cumule pas avec le code NVA11 et NVA12 (positions 7 et 8).
- 2) Les codes NVD11, NVD12, NVD13, NVD14, NVD15, NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 2 à 9) de la présente sous-section ne sont pas cumulables entre eux et un acte de la présente sous-section est cumulable avec au maximum 2 codes de la sous-section 6, section 1 du chapitre 6.
- 3) Les codes NVD11, NVD12, NVD13, NVD14, NVD15, NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 2 à 9) excluent la mise en compte des codes V20 à V26.
- 4) Par dérogation à l'article 19, alinéa 2, les codes NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 7 à 9) sont cumulables avec le code NZC12.
- 5) Les majorations prévues à l'article 8, alinéa 1^{er} ne s'appliquent pas au code NVA11 (position 7) mais s'appliquent aux codes NVA12 et NVA13 (positions 8 et 9).
- 6) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes NVD14, NVD15, NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 5 à 9).

Sous-section 6 : Traitement des complications immédiates de l'accouchement

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Suture d'une déchirure obstétricale du col de l'utérus - CAT	NXD11	20,08
2)	Suture d'une déchirure obstétricale vaginale haute - CAT	NXD12	20,08
3)	Suture d'une déchirure obstétricale périnéale avec atteinte du sphincter externe de l'anus	NXD13	30,12
4)	Suture d'une déchirure obstétricale périnéale avec atteinte du sphincter externe de l'anus et rupture de la paroi ano-rectale antérieure	NXD14	66,93
5)	Mise à plat d'un hématome périnéal ou vaginal d'origine obstétricale, par abord direct	NXA11	33,46
6)	Décollement manuel du placenta	NXD15	22,31
7)	Révision utérine	NXD16	17,85
8)	Pose d'un ballon de Bakri, y compris la révision utérine ou le décollement manuel du placenta	NXD17	89,24
9)	Chirurgie conservatrice de l'hémorragie du post-partum, y compris la révision utérine ou le décollement manuel du placenta et l'éventuelle pose d'un ballon de Bakri	NXQ11	167,32



10)	Hystérectomie d'hémostase, y compris la révision utérine ou le décollement manuel du placenta et l'éventuelle pose d'un ballon de Bakri	NXQ12	200,79
11)	Traitement manuel d'une inversion utérine	NXD18	44,62
12)	Chirurgie d'une inversion utérine, par laparotomie	NXA12	100,39
13)	Chirurgie d'une rupture utérine, par laparotomie	NXA13	111,55

REMARQUES :

- 1) Le code NXD17 (position 8) n'est pas cumulable avec les codes NXD15 et NXD16 (position 6 et 7).
- 2) Le code NXQ11 (position 9) n'est pas cumulable avec les codes NXD15, NXD16 et NXD17 (positions 6, 7 et 8).
- 3) Le code NXQ12 (position 10) n'est pas cumulable avec les codes NXD15, NXD16, NXD17 et NXQ11 (positions 6, 7, 8 et 9).
- 4) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NXD15 et NXD16 (positions 5 et 6).
- 5) Par dérogation à l'article 9, alinéa 1^{er} et en présence de la mise en compte d'un forfait d'accouchement, les codes de la présente sous-section se cumulent entre eux à raison de 100% du tarif pour le premier acte cumulé et à raison de 50% du tarif pour le deuxième acte. Les actes suivants le deuxième acte de la présente sous-section ne donnent pas lieu à honoraires. Le médecin note le tarif réduit en application de la présente disposition sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre « R ». Par dérogation à ce qui précède, s'il s'agit d'un cumul avec un des codes NXD11 ou NXD12 (positions 1 et 2), le cumul se fait à plein tarif.

Section 2 - Gynécologie, actes non liés à la gestation ou à l'accouchement

Sous-section 1^{re} : Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Echographie gynécologique de régions ou d'organes non prévus aux positions suivantes	NCM25	12,20
2)	Echographie gynécologique du pelvis par voie transvaginale	NCM26	18,36
3)	Echographie gynécologique des organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens; non applicable pour échographie en rapport avec la grossesse	NCM27	18,36
4)	Examen échographique des glandes mammaires	NCM28	12,20
5)	Contrôle échographique accompagnant un acte diagnostique ou thérapeutique en gynécologie-obstétrique - CAT (non	NCM29	6,12



	applicable pour une position à libellé spécifié "échographie comprise")		
6)	Examen échographique de vaisseaux avec Doppler continu et pulsé des glandes mammaires ou du pelvis	NCM31	11,91
7)	Prélèvement cervico-vaginal bactériologique - CAC	NGD12	3,28
8)	Prélèvement cervico-vaginal cytologique, maximum un tous les 36 mois, dans le chef de la patiente- CAC	NGD13	3,28
9)	Biopsie vulvaire - CAC	NGA11	10,04
10)	Biopsie vaginale - CAC	NGD14	10,04
11)	Biopsie du col de l'utérus	NGD15	17,45
12)	Biopsie de l'endomètre - CAC	NGE11	9,91
13)	Biopsies profondes de l'endomètre et du myomètre, par hystéroscopie interventionnelle	NGE12	36,81
14)	Colposcopie, avec ou sans biopsie	NDE11	17,45
15)	Hystéroscopie diagnostique, avec ou sans biopsie	NDE12	16,73
16)	Hystéroscopie diagnostique, hydrolaparoscopie transvaginale avec épreuve de perméabilité tubaire et salpingoscopie	NDP11	73,62
17)	Coelioscopie diagnostique avec ou sans hystéroscopie diagnostique, avec ou sans épreuve de perméabilité tubaire	NDP12	68,05

REMARQUES :

- 1) Les codes NCM25, NCM26, NCM27, NCM28, NCM29 et NCM31 (positions 1 à 6) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique.
- 2) Le code NCM26 (position 2) ne peut pas être mis en compte dans le cadre de la datation d'une grossesse.
- 3) Le code NGD13 (position 8) ne peut être mis en compte que tous les 36 mois dans le chef de la patiente dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, sauf en cas de surveillance d'une lésion avérée selon les critères définis par le Conseil scientifique.
- 4) Le code NDE11 (position 14) ne peut être mis en compte qu'après la réalisation d'un prélèvement cervico-vaginal cytologique (position 2) dont le résultat présente une anomalie cytologique ou 2 cytologies sans lecture univoque ou en cas de surveillance d'une lésion avérée selon les critères définis par le Conseil scientifique.
- 5) Le code NDE11 (position 14) ne peut être mis en compte que pour une patiente âgée de 25 à 69 ans.
- 6) Le code NDE11 (position 14) n'est pas cumulable avec les codes NGD12, NGD13, NGD15, NGE11 et NQA22.



- 7) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes NDP11 et NDP12 (positions 16 et 17).

Sous-section 2 : Actes thérapeutiques sur les annexes de l'utérus

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Perforations multiples des ovaires, par coelioscopie	NLC11	90,36
2)	Transposition uni- ou bilatérale de l'ovaire, par coelioscopie	NLC12	123,82
3)	Kystectomie(s) ovarienne(s) unilatérale(s), par laparotomie	NLA11	93,70
4)	Kystectomie(s) ovarienne(s) unilatérale(s), par coelioscopie	NLC13	116,46
5)	Kystectomie(s) ovarienne(s) bilatérale(s), par laparotomie	NLA12	113,78
6)	Kystectomie(s) ovarienne(s) bilatérale(s), par coelioscopie	NLC14	140,55
7)	Ovariectomie unilatérale, par laparotomie	NLA13	87,01
8)	Ovariectomie unilatérale, par coelioscopie	NLC15	108,43
9)	Ovariectomie bilatérale, par laparotomie	NLA14	97,05
10)	Ovariectomie bilatérale, par coelioscopie	NLC16	120,47
11)	Salpingectomie unilatérale, par laparotomie	NLA15	83,66
12)	Salpingectomie unilatérale, par coelioscopie	NLC17	104,41
13)	Salpingectomie bilatérale, par laparotomie	NLA16	90,36
14)	Salpingectomie bilatérale, par coelioscopie	NLC18	114,45
15)	Salpingotomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie	NLA17	80,32
16)	Salpingotomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie	NLC19	100,39
17)	Salpingonéostomie ou fimbrioplastie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie	NLA18	125,16
18)	Salpingonéostomie ou fimbrioplastie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie	NLC21	165,76
19)	Ligature tubaire unilatérale ou bilatérale hors-césarienne, par toute voie d'abord	NZC11	95,93
20)	Ligature tubaire unilatérale ou bilatérale per-césarienne	NZC12	16,73
21)	Anastomose tubo-tubaire unilatérale, par laparotomie	NLA19	150,37
22)	Anastomose tubo-tubaire unilatérale, par coelioscopie	NLC22	232,02
23)	Anastomose tubo-tubaire bilatérale, par laparotomie	NLA21	190,30
24)	Anastomose tubo-tubaire bilatérale, par coelioscopie	NLC23	298,95
25)	Évacuation de collection de l'annexe ou du ligament large, unilatérale ou bilatérale, par laparotomie	NLA22	97,05
26)	Évacuation de collection de l'annexe ou du ligament large, unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie	NLC24	117,80
27)	Détorsion d'une annexe avec ou sans kystectomie, avec ou sans tumorectomie, avec ou sans ovariopexie, par laparotomie	NLA23	100,39



28)	Détorsion d'une annexe avec ou sans kystectomie, avec ou sans tumorectomie, avec ou sans ovariopexie, par coelioscopie	NLC25	123,15
29)	Annexectomie unilatérale, par laparotomie	NLA24	97,05
30)	Annexectomie unilatérale, par coelioscopie	NLC26	117,80
31)	Annexectomie bilatérale, par laparotomie	NLA25	113,78
32)	Annexectomie bilatérale, par coelioscopie	NLC27	137,88
33)	Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, exploration de la cavité abdominale, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par laparotomie	NLA26	319,93
34)	Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, exploration de la cavité abdominale, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par coelioscopie	NLC28	365,21
35)	Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, résection de greffes métastatiques péritonéales de la grande cavité abdominale y compris les coupoles diaphragmatiques, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par laparotomie	NLA27	450,66
36)	Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, résection de greffes métastatiques péritonéales de la grande cavité abdominale y compris les coupoles diaphragmatiques, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par coelioscopie	NLC29	506,21
37)	Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie bilatérale, omentectomie infragastrique et curage ganglionnaire du ligament de Cooper jusqu'au niveau infra rénal (pelvien et lombo-aortique), avec ou sans appendicectomie, par laparotomie	NLA28	450,66
38)	Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie bilatérale, omentectomie infragastrique et curage ganglionnaire du ligament de Cooper jusqu'au niveau infra rénal (pelvien et lombo-aortique), avec ou sans appendicectomie, par coelioscopie	NLC31	566,67

REMARQUES :

- 1) Les codes NZC11 et NZC12 (positions 19 et 20) ne peuvent être réalisés que dans le cadre du programme de médecine préventive et d'accès universel aux contraceptifs sur le plan national.



- 2) Les codes NZC11 et NZC12 (positions 19 et 20) ne peuvent être mis en compte qu'après la date de la mise en compte du code NZQ12, la patiente ayant fait état de son consentement préalable, libre et éclairé, donné à la suite d'une information adéquate.
- 3) Par dérogation à l'article 19, alinéa 2, le code NZC12 (position 20) est cumulable avec les codes NVA11, NVA12 et NVA13.
- 4) L'assistance opératoire peut être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 3 : Actes thérapeutiques sur l'utérus

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cerclage de l'isthme utérin en-dehors de la grossesse, par laparotomie	NNA11	68,05
2)	Cerclage de l'isthme utérin en-dehors de la grossesse, par coelioscopie	NNC11	98,61
3)	Cerclage de l'isthme utérin en-dehors de la grossesse, par voie vaginale	NND11	45,74
4)	Résection de la totalité du col de l'utérus, par laparotomie	NNA12	68,27
5)	Résection de la totalité du col de l'utérus, par coelioscopie	NNC12	99,28
6)	Résection de la totalité du col de l'utérus, par voie vaginale	NND12	46,85
7)	Trachélectomie élargie par voie vaginale avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par laparotomie	NNP11	336,88
8)	Trachélectomie élargie par voie vaginale avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par coelioscopie	NNP12	425,67
9)	Mise à plat d'un kyste adénomyosique intramural, par hystéroscopie interventionnelle	NNE11	53,54
10)	Curetage utérin sur utérus non gravide	NNE12	30,12
11)	Résection d'un myome, par hystéroscopie interventionnelle	NNE13	82,77
12)	Résection d'un myome pédiculé, par laparotomie	NNA13	60,68
13)	Resection d'un myome pédiculé, avec morcellement, par coelioscopie	NNC13	115,12
14)	Résection d'un myome unique intramural, par laparotomie	NNA14	89,46
15)	Résection d'un myome unique intramural, avec morcellement, par coelioscopie	NNC14	230,24
16)	Résection de myomes multiples, par laparotomie	NNA15	164,20
17)	Résection de myomes multiples, avec morcellement, par coelioscopie	NNC15	250,76
18)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris la destruction d'un ou de plusieurs endométriomes, par laparotomie	NZA14	150,59



19)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris la destruction d'un ou de plusieurs endométriomes, par coelioscopie	NZC13	214,18
20)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris l'exérèse de lésions de la cloison rectovaginale, par laparotomie	NZA15	243,18
21)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris l'exérèse de lésions de la cloison rectovaginale, par coelioscopie	NZC14	310,55
22)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s) superficielle du péritoine, avec ou sans adhésiolyse pelvienne, avec ou sans biopsie, par laparotomie	NZA16	100,39
23)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s) superficielle(s) du péritoine, avec ou sans adhésiolyse pelvienne, avec ou sans biopsie, par coelioscopie	NZC15	107,09
24)	Résection d'une corne utérine, par laparotomie	NNA16	100,39
25)	Résection d'une corne utérine, par coelioscopie	NNC16	123,15
26)	Unification du corps utérin d'un utérus bicorne, par laparotomie	NNA17	160,63
27)	Unification du corps utérin d'un utérus bicorne, par coelioscopie	NNC17	191,42
28)	Exérèse d'un héli-utérus malformé, par laparotomie	NYA11	153,94
29)	Exérèse d'un héli-utérus malformé, par coelioscopie	NYC11	184,73
30)	Hystérectomie avec ou sans conservation du col, avec ou sans annexectomie uni-ou bilatérale, par laparotomie	NNA18	146,80
31)	Hystérectomie avec ou sans conservation du col, avec ou sans annexectomie uni-ou bilatérale, par coelioscopie	NNC18	215,07
32)	Hystérectomie avec ou sans conservation du col, avec ou sans annexectomie uni-ou bilatérale, par voie vaginale	NND13	149,25
33)	Hystérectomie élargie, par laparotomie	NNA19	243,18
34)	Hystérectomie élargie, par coelioscopie	NNC19	313,90
35)	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par laparotomie	NNA21	389,31
36)	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par coelioscopie	NNC21	491,71
37)	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien et para-aortique, par laparotomie	NNA22	375,48
38)	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien et para-aortique, par coelioscopie	NNC22	528,08
39)	Cure d'une isthmocèle, par laparotomie	NNA23	100,39
40)	Cure d'une isthmocèle, par coelioscopie	NNC23	131,63
41)	Cure d'une isthmocèle, par voie vaginale	NND14	100,39



42)	Conisation du col par toutes techniques, avec curetage endocervical, par voie vaginale	NND15	36,81
43)	Dilatation du col, par voie vaginale	NND16	13,83
44)	Ablation d'un polype du col, par voie vaginale (avec analyse histologique) - CAC	NND17	8,92
45)	Ablation d'un polype du col, par hystérocopie interventionnelle	NNE14	50,20
46)	Résection d'un ou plusieurs polypes endométriaux, par hystérocopie interventionnelle	NNE15	44,17
47)	Destruction de la muqueuse utérine par thermocontact, y compris la biopsie endométriale, par voie vaginale	NND18	40,16
48)	Ablation endométriale par coagulation et/ou résection avec prétraitement de la muqueuse, par hystérocopie interventionnelle	NNE16	59,79
49)	Section d'une cloison intra-utérine, avec ou sans section de la partie dans l'endocol, par hystérocopie interventionnelle avec ou sans résection d'une cloison vaginale par voie vaginale	NNP13	73,62
50)	Ablation d'un dispositif intra-utérin, avec ou sans hystérocopie interventionnelle	NNE17	33,46
51)	Ablation d'un dispositif intra-utérin migré dans la cavité abdominale, par laparotomie	NZA17	46,85
52)	Ablation d'un dispositif intra-utérin migré dans la cavité abdominale, par coelioscopie	NZC16	63,36
53)	Cure de synéchies partielles, par hystérocopie interventionnelle	NNE18	53,54
54)	Cure de synéchies complètes, par hystérocopie interventionnelle	NNE19	113,78
55)	Dissection d'une cloison intra-utérine sans présence d'une cloison dans le col ou d'une cloison vaginale, par hystérocopie interventionnelle	NNE21	53,54

REMARQUES :

- 1) Le code NND16 (position 43) n'est pas cumulable avec les codes NTD11, NTQ11, NTD12, NTD13 et NTQ14.
- 2) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NNE11, NNE12, NNE13, NND15, NND16, NND17, NNE14, NNE15, NND18, NNE16, NNP13, NNE17 et NNE18 (positions 9 à 11, 42 à 50 et 53).



Sous-section 4 : Actes thérapeutiques sur le vagin

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Incision ou résection de l'hymen, par voie vaginale	NPA11	30,12
2)	Colpotomie d'élargissement	NPD11	30,12
3)	Ablation de corps étranger du vagin, par vaginoscopie	NPE11	19,86
4)	Résection d'une lésion vaginale par toutes techniques, par voie vaginale	NPD12	28,11
5)	Colpectomie totale ou subtotale par voie vaginale	NPD13	106,64
6)	Colpectomie totale ou subtotale assistée par coelioscopie ou laparotomie	NPQ11	136,31
7)	Colpopérinéorrhaphie antérieure (cure de cystocèle), par voie vaginale	NPD14	73,62
8)	Colpopérinéorrhaphie postérieure, par voie vaginale	NPD15	73,62
9)	Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure, par voie vaginale	NPD16	117,80
10)	Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure avec spinofixation du dôme vaginal selon Richter, par voie vaginale	NPD17	194,10
11)	Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure avec hystérectomie, par voie vaginale	NPD18	187,85
12)	Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure, avec hystérectomie et spinofixation du dôme vaginal selon Richter, par voie vaginale	NPD19	269,32
13)	Création d'un néovagin, par toute voie d'abord	NPQ12	218,19
14)	Evacuation de collection abdominale, par colpotomie	NPA12	33,46

REMARQUE :

- 1) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NPA11, NPD11 et NPE11 (positions 1 à 3).

Sous-section 5 : Actes thérapeutiques sur la vulve

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Incision ou ponction d'un abcès de la glande de Bartholin avec ou sans marsupialisation, avec ou sans échographie	NQA11	30,12
2)	Exérèse de la glande de Bartholin ou autre kyste vulvaire, par abord direct	NQA12	33,11
3)	Résection d'une lésion vulvaire par toutes techniques, par abord direct	NQA13	26,77
4)	Nymphoplastie unilatérale, par abord direct	NQA14	44,40
5)	Nymphoplastie bilatérale, par abord direct	NQA15	68,05



6)	Vulvectomie partielle ou héli-vulvectomie sans curage ganglionnaire, par abord direct	NQA16	74,96
7)	Vulvectomie partielle ou héli-vulvectomie avec curage ganglionnaire inguinal avec ou sans exérèse unilatérale du ganglion sentinelle, par abord direct	NQA17	196,33
8)	Vulvectomie partielle ou héli-vulvectomie avec curage ganglionnaire inguinal avec ou sans exérèse bilatérale du ganglion sentinelle, par abord direct	NQA18	266,60
9)	Vulvectomie totale avec curage ganglionnaire avec ou sans exérèse bilatérale du ganglion sentinelle, par abord direct	NQA19	310,11
10)	Vulvectomie totale sans curage ganglionnaire bilatéral, par abord direct	NQA21	128,28
11)	Suture de plaie de la vulve ou du vagin, en dehors de la grossesse	NQA22	30,12
12)	Incision de collection ou d'hématome vulvo-périnéal ou vaginal	NZQ15	27,89
13)	Hyménectomie, par voie vaginale	NZD14	30,12

REMARQUES :

- 1) Le code NQA22 (position 11) n'est pas cumulable avec les actes prévus à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 6 « Gynécologie », section 1 « Obstétrique ».
- 2) Le code NQA22 (position 11) n'est pas cumulable avec le code NDE11.
- 3) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NQA11, NQA13 et NZD14 (positions 1, 3 et 13).

Sous-section 6 : Autres actes thérapeutiques en gynécologie

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'à la bifurcation de l'artère iliaque interne et externe, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC17	271,96
2)	Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'au niveau iliaque commun, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC18	288,24
3)	Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'au niveau infra mésentérique, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC19	365,21
4)	Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'au niveau infra rénal, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC21	459,36



5)	Stadification avec analyse cytologique de l'ascite, biopsie ou résection des ovaires, et biopsies péritonéales multiples, par toute voie d'abord	NZQ16	87,01
6)	Curage ganglionnaire lombo-aortique dans le cadre d'un acte de chirurgie oncologique gynécologique	NZQ17	340,90
7)	Curage ganglionnaire pelvien dans le cadre d'un acte de chirurgie oncologique gynécologique	NZQ18	208,82
8)	Curage ganglionnaire sentinelle dans le cadre d'un acte de chirurgie oncologique gynécologique	NZQ19	190,75
9)	Omentectomie, par laparotomie	NZA18	124,04
10)	Omentectomie, par coelioscopie	NZC22	196,33
11)	Adhésiolyse, par laparotomie	NZA19	100,39
12)	Adhésiolyse, par coelioscopie	NZC23	121,81
13)	Destruction de lésions au niveau de la vulve, du vagin ou du col de l'utérus par toutes techniques, par voie vaginale	NZQ21	24,54

REMARQUE :

- 1) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour le code NZQ21 (position 13).

».

2° Il est ajoutée une nouvelle section 4 prenant la teneur suivante :

« Section 4 – Forfait pour frais d'utilisation d'appareil

Position	Libellé	Code	Coeff.	Tarif
1)	Echographe Classe I	NCJ11	Néant	45,00
2)	Montant réduit pour échographe Classe I	NCJ12	Néant	5,00
3)	Echographe Classe II	NCJ21	Néant	80,00
4)	Montant réduit pour échographe Classe II	NCJ22	Néant	5,00
5)	Echographe Classe III	NCJ31	Néant	105,00
6)	Montant réduit pour échographe Classe III	NCJ32	Néant	5,00
7)	Cardiotocographe	NCJ41	Néant	10,00
8)	Montant réduit pour cardiotocographe	NCJ42	Néant	2,00

REMARQUES :

- 1) L'échographe Classe I (positions 1 et 2) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe entre 20.000,00 euros et 59.999,99 euros.
- 2) L'échographe Classe II (positions 3 et 4) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe entre 60.000,00 euros et 89.999,99 euros.



- 3) L'échographe Classe III (positions 5 et 6) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 90.000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 110.000 euros.
- 4) Le seuil d'activité de référence pour tous les échographes est fixé à 200.
- 5) Le seuil d'activité de référence pour le cardiocytographe est fixé à 100.
- 6) Pour la mise en compte du montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 1, tel qu'il figure aux positions 1, 3, 5 et 7. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.
- 7) Pour la mise en compte du montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 2, tel qu'il figure aux positions 2, 4, 6 et 8. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.

»

Art. 7. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 8 « Imagerie médicale, radiologie interventionnelle, radiothérapie », la section 3 « Imagerie médicale utilisant les agents physiques sans radiations ionisantes », du même règlement, est modifiée comme suit :

1° La sous-section 1^{re} « Echographie (échotomographie, ultrasonographie) » est modifiée comme suit :

- a) Les positions 13) à 16) sont supprimées.
- b) Les actuelles positions 17) à 23) deviennent les positions 13) à 19) nouvelles.

2° À la sous-section 2 « Echo-Doppler des vaisseaux », les positions 11) à 14) sont supprimées.

Art. 8. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Art. 9. Le ministre ayant la Santé et la Sécurité sociale dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.



Exposé des motifs et commentaire d'articles

L'adaptation du chapitre 6 « Gynécologie » de la nomenclature des actes et services des médecins s'impose afin de mieux décrire la pratique médico-chirurgicale actuelle et de permettre une tarification qui reflète effectivement les prestations réalisées.

L'introduction de nouveaux actes doit accompagner l'évolution des techniques et des pratiques en mettant l'accent sur le respect des derniers standards et acquis scientifiques, la prise en compte des facteurs temps, difficulté intellectuelle et/ou technique, risque et pénibilité et des orientations en matière de services de santé publique, de permanence et de garde, et aussi dans l'optique de maintenir l'attractivité de l'exercice hospitalier et extrahospitalier de la médecine.

La nomenclature de Gynécologie-obstétrique n'a pas suivi les évolutions techniques et médicales des dernières années et ne reprend donc pas certains actes réalisés en pratique courante. Une révision intégrale s'avère donc nécessaire.

L'introduction d'un nouvel article 15bis au règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (ci-après « Nomenclature ») s'avère nécessaire afin de mettre en place une maîtrise médicalisée des dépenses de l'assurance maladie-maternité lorsqu'un acte, repris au tableau des actes et services de la Nomenclature, deuxième partie « Actes techniques », Chapitre 6 « Gynécologie », implique l'utilisation d'un appareil pour lequel une mise en compte de frais est prévue.

Pour l'utilisation d'un appareil dans le cadre décrit ci-dessus, l'article 65, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale prévoit la possibilité de fixer un forfait au niveau de la Nomenclature. Un tel forfait doit tenir compte des frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil.

Lors de la réunion de médiation du 27 novembre 2023 dans le cadre d'absence d'accord sur l'adaptation de la lettre-clé pour les exercices 2023 et 2024 pour les actes et services des médecins, la Caisse nationale de santé et l'Association des médecins et médecins-dentistes se sont engagées à procéder à la mise en place de forfaits adaptés aux frais directs et indirects résultant de l'utilisation d'appareils par les médecins spécialistes en gynécologie et obstétrique; et ceci conformément au protocole d'accord signé le 25 novembre 2020 en exécution de l'article 68 de la convention du 13 décembre 1993, telle qu'elle a été amendée, conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé, portant fixation de la valeur de la lettre-clé pour les exercices 2021 et 2022 pour les actes et services des médecins.

Cette forme de régulation des dépenses est un corollaire de l'article 23 du Code de la sécurité sociale étant donné que les médecins sont déjà tenus de veiller à ce que les prestations à charge de l'assurance maladie soient « faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité



du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale
».

La rémunération des médecins se décompose d'une part d'un tarif résultant d'un acte technique désigné par la lettre-clé et un coefficient, et d'autre part d'un forfait pour frais d'utilisation d'appareil à l'aide duquel l'acte a été réalisé.

Les modalités de calcul du forfait pour frais d'utilisation d'appareil prennent en compte les frais directs et les frais indirects. Par frais, on vise notamment les coûts de l'équipement principal de l'appareil, les coûts de maintenance correctrice et évolutive, les coûts des consommables et les frais liés à l'archivage des résultats délivrés par l'appareil.

Le forfait de frais d'utilisation d'appareil permet de tenir compte des progrès médicaux et techniques réels relatifs aux appareils existant sur le marché tout en respectant l'article 23 du Code de la sécurité sociale qui exclut tout effet de rente.

Au regard de l'article 65, alinéa 13 du Code de la sécurité sociale, l'entrée en vigueur est à prévoir pour le 1^{er} janvier 2025.

L'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2025 vise aussi à permettre une entrée en vigueur simultanée avec les modifications nécessaires au niveau de la convention du 13 décembre 1993, telle qu'elle a été amendée, conclue entre l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé et au niveau des statuts de la Caisse nationale de santé.



Texte coordonné¹

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

[...]

Majoration du tarif des actes techniques

Art. 8. Si l'acte technique est effectué d'urgence entre 20 et 7 heures ou un dimanche ou un jour férié légal, son tarif est majoré de cent pour cent, sauf si le libellé de l'acte **ou la remarque relative à l'acte** exclut expressément cette majoration ou si une visite à l'hôpital est mise en compte. Le médecin note le tarif majoré sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "N" (nuit), "D" (dimanche), ou "F" (jour férié).

Les actes d'endoscopie en urologie décrits au chapitre 5 de la deuxième partie de l'annexe et les actes d'endoscopie en pneumologie décrits à la sous-section 2 de la section 4 du chapitre 1er de la deuxième partie de l'annexe peuvent être majorés de dix pour cent, s'ils sont prestés sur des enfants de moins de 14 ans. Les actes d'endoscopie en gastro-entérologie décrits à la section 6 du chapitre 1er de la deuxième partie de l'annexe peuvent être majorés de dix pour cent, s'ils sont prestés sur des enfants de moins de 6 ans. Le médecin note le tarif majoré sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "E".

Cumul de plusieurs actes techniques

Art. 9. Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes techniques sont effectués sur une même personne par le même médecin, celui-ci a droit au tarif de l'acte dont le coefficient est le plus élevé ainsi qu'à cinquante pour cent du tarif du deuxième acte et le cas échéant, du troisième acte. Les actes suivant le troisième acte ne donnent pas lieu à honoraires. Le médecin note le tarif réduit en application du présent article sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "R".

Les actes auxquels la réduction de cinquante pour cent prévue à l'alinéa premier ne s'applique pas sont signalés par les lettres "CAT" (cumul à plein tarif avec autre acte technique autorisé).

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les actes de radiodiagnostic prévus à la section 1 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe peuvent être cumulés à plein tarif entre eux, à l'exception des restrictions inscrites dans ce même chapitre. Ces actes de radiodiagnostic sont

¹ Le texte coordonné reprend uniquement les actes qui ont été modifiés. Une version coordonnée au 01.03.2024 de la nomenclature des actes et services des médecins est publiée sur le site de la Caisse nationale de santé.



considérés dans leur ensemble comme un seul acte technique en vue de l'application de l'alinéa 1er du présent article. Le tarif des films prévus à la sous-section 1 s'ajoute à celui de l'acte de radiodiagnostic à condition que celui-ci soit effectué en milieu extra-hospitalier.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa 1 du présent article, les actes suivant le troisième acte peuvent donner lieu à honoraires à raison de cinquante pour cent pour les actes techniques effectués lors du traitement opératoire d'un malade polytraumatisé au cours de la première hospitalisation. Ces actes sont soumis à l'accord du contrôle médical sur présentation des rapports opératoires relatifs. Par un malade polytraumatisé, il est entendu : un patient qui a subi plusieurs traumatismes (plaie(s), fracture(s), brûlure(s)...) dont au moins un met en danger les fonctions vitales.

Aucune prestation ne peut être cumulée avec une prestation dont elle fait partie intégrante. ~~Par dérogation à ce qui précède, la coelioscopie (6G31) peut être cumulée avec l'acte opératoire auquel elle se rapporte.~~

Est à considérer comme opération bilatérale la même opération effectuée des deux côtés. Si elle est faite en une séance, le tarif de l'opération unilatérale est majoré de cinquante pour cent et le médecin note le tarif majoré sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "B".

Le médecin ne peut mettre en compte qu'une seule séance par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaires 11 plusieurs séances au cours du même jour et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

[...]

Frais d'appareil et frais de matériel

Art. 15bis. Par dérogation à l'article 15, les forfaits pour frais d'utilisation d'appareil du Chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services ne peuvent être mis en compte que lorsqu'un acte du Chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services implique l'utilisation de cet appareil. La mise en compte des forfaits pour frais d'utilisation d'appareil n'est possible que pour les appareils installés en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question et déclarés à la Caisse nationale de santé par le médecin ou l'association.

Ces forfaits englobent les frais d'amortissement et les frais de fonctionnement de l'appareil installé, dont notamment l'équipement principal, la maintenance corrective et évolutive, les consommables et les frais liés à l'archivage des résultats délivrés par l'appareil.



Le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil varie en fonction de la classe à laquelle appartient l'appareil installé, de la date de la première prestation résultant de l'utilisation de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, du nombre d'actes effectués et d'un seuil d'activité de référence.

Les seuils d'activité de référence doivent être appliqués par tranche de 12 mois. Le seuil d'activité de référence ainsi que les montants plein ou réduit y relatifs, retenus par classe d'appareil, sont fixés au Chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services.

Afin de déterminer l'activité réelle annuelle, le décompte du nombre d'actes débute, pour une année X, le jour de la mise en compte du premier acte réalisé à l'aide de l'appareil installé et dont la prise en charge par l'assurance maladie est demandée, et s'achève au 31 décembre de la même année X.

Tant que l'appareil n'est pas amorti et que l'activité réelle annuelle est inférieure ou égale au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil est mis en compte.

Dès que l'activité réelle annuelle dépasse le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil doit être appliqué, que l'appareil soit amorti ou non.

Dès que l'appareil est considéré comme amorti, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil s'applique.

La durée de l'amortissement des appareils est calculée sur cinq ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie.

Par dérogation à l'alinéa précédent, la durée de l'amortissement des appareils peut être prolongée jusqu'à sept ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, tant que pour au moins cinq ans sur cette période maximale de sept ans révolus, l'activité annuelle réelle est inférieure au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé et à condition que le nombre de forfaits à montant plein pris en charge par l'assurance maladie reste inférieur à cinq fois le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé.

Le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil ne tient compte que des frais de fonctionnement de l'appareil de sorte que les frais d'amortissement de l'appareil ne puissent plus être mis en compte.



L'article 8, alinéa 1^{er} et l'article 9 ne s'appliquent pas au forfait pour frais d'utilisation d'appareil de sorte que le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil se cumule avec tout autre acte technique autorisé.

L'intégralité du présent article 15bis ne s'applique qu'au Chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services.

[...]

Dispositions particulières aux actes d'imagerie médicale

Art. 17. Les actes de radiologie prévus aux sections 1, 2 (sous-section 1) et 5 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en radiologie, ainsi que par les médecins qui ont été autorisés à cet effet par le ministre ayant dans ses attributions la santé dans le cadre de la loi du 10 août 1983 concernant l'utilisation médicale des rayonnements ionisants. En vertu de la même loi, les actes de médecine nucléaire (section 4 du chapitre 8) ne peuvent être exécutés et mis en compte que par les médecins spécialistes en médecine nucléaire, ainsi que par les médecins qui sont autorisés à exécuter certains actes de médecine nucléaire.

Le tarif de l'acte comprend obligatoirement la rédaction d'un rapport. Ce rapport est adressé au médecin qui a demandé l'examen par ordonnance, et, sur demande, au contrôle médical de la sécurité sociale ainsi qu'à tout autre médecin.

Lorsque, lors d'une même séance, plusieurs procédés d'imagerie médicale sont mis en œuvre pour examiner le même organe, respectivement le même segment, ces procédés ne sont pas cumulables, sauf dérogations précisées dans la 2e partie de l'annexe ou accord du contrôle médical.

Les actes de la sous-section 1 (échographie), section 3, du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne sont pas cumulables entre eux.

Les actes prévus aux sections 3 et 4 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent pas être mis en compte par les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique.

La simple interprétation d'un film ne peut être mise en compte. Une radiographie de qualité défectueuse ne peut être mise en compte.

[...]

Dispositions particulières aux forfaits d'accouchement

Art. 19.- ~~Par Les forfaits d'accouchement on entend les actes comprennent l'assistance à l'accouchement et l'anesthésie péridurale pour accouchement prévus à la sous-section 5-1~~



intitulée « Actes obstétricaux pendant le travail et l'accouchement » de la section 1^{re} intitulée « Obstétrique » du Chapitre 6 intitulé « Gynécologie » ~~« Forfaits d'accouchement » de la section 1 intitulée « Obstétrique » du Chapitre 6 intitulé « Gynécologie » de la deuxième partie intitulée « Actes techniques » de l'annexe et à la section 5 intitulée « Anesthésie péridurale » du Chapitre 7 intitulé « Anesthésie-Réanimation » de la deuxième partie intitulée « Actes techniques » de l'annexe,~~ à l'exception de l'acte relatif à la tentative de déclenchement du travail par moyen médicamenteux ou mécanique. L'assistance à l'accouchement exige une présence obligatoire du médecin pendant la phase d'expulsion. Pendant la phase de dilatation le médecin assure une disponibilité permanente.

Sont compris dans ces forfaits ~~la surveillance médicale et les actes nécessaires le jour de l'accouchement, sauf ceux énumérés à la section 1 sous-section 3.~~ l'acte relatif à la tentative de déclenchement du travail par moyen médicamenteux ou mécanique et les actes énumérés à la sous-section 6 intitulée « Traitement des complications immédiates de l'accouchement », de la section 1^{re} intitulée « Obstétrique » du Chapitre 6 intitulé « Gynécologie » de la deuxième partie intitulée « Actes techniques ».

Sont compris en outre les consultations et visites pendant la durée du séjour de la mère à l'hôpital. Si la parturiente doit être hospitalisée plus de 10 jours par le médecin, celui-ci met en compte, à partir du 11^e jour, les forfaits d'hospitalisation «F12 ou F121» (maximum 4 jours) et suivants.

Sont compris aussi dans le forfait d'accouchement les consultations ambulatoires éventuelles des cinq premiers jours suivant l'accouchement.

En cas de césarienne ou en cas de l'évacuation de l'utérus gravide avant la date de viabilité légale du fœtus, les forfaits d'accouchement ne sont pas à mettre en compte par le médecin. 15 Le médecin qui n'est appelé qu'après l'expulsion de l'enfant, met en compte les actes techniques à faire et les tarifs du traitement postopératoire («F31 ou F311» et suivants).

[...]

Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1^{er} du présent règlement grand-ducal

PREMIÈRE PARTIE : ACTES GÉNÉRAUX

Chapitre 1^{er} – Consultations

Section 1^{re} – Consultations normales

Position	Libellé	Code	Coef.
1)	Consultation du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie	C1	11,95



2)	Consultation du médecin spécialiste en - médecine interne - oncologie - hématologie - immunologie - maladies contagieuses - néphrologie	C2	10,97
3)	Consultation du médecin spécialiste en cardiologie et angiologie	C3	9,97
4)	Consultation du médecin spécialiste en gastro-entérologie	C4	8,66
5)	Consultation du médecin spécialiste en pneumologie	C5	8,89
6)	Consultation du médecin spécialiste en pédiatrie pour un enfant jusqu'à l'âge de 18 ans	C6	13,09
7)	Consultation du médecin spécialiste en pédiatrie	C7	8,90
8)	Consultation du médecin spécialiste en dermato-vénéréologie	C8	12,24
9)	Consultation du médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie	C9	12,24
10)	Consultation du médecin spécialiste en neurologie	C10	13,32
11)	Consultation du médecin spécialiste en rhumatologie	C11	12,52
12)	Consultation du médecin spécialiste en rééducation et en réadaptation fonctionnelles	C12	9,13
13)	Consultation du médecin spécialiste en - chirurgie générale - orthopédie - chirurgie plastique - chirurgie thoracique - chirurgie vasculaire - neurochirurgie - chirurgie gastro-entérologique - chirurgie maxillo-faciale	C13	8,66
14)	Consultation du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique	C14	8,66 13,26
15)	Consultation du médecin spécialiste en urologie	C15	8,66
16)	Consultation du médecin spécialiste en ophtalmologie	C16	11,52
17)	Consultation du médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie	C17	8,66
18)	Consultation du médecin spécialiste en stomatologie	C18	8,66



19)	Consultation du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation (non en rapport avec un examen pré-anesthésique)	C19	7,13
20)	Consultation du médecin spécialiste en radiodiagnostic, en radiothérapie, en médecine nucléaire	C20	8,66
21)	Consultation du chirurgien rattaché au service national de chirurgie infantile pour un enfant de moins de 18 ans	C21	11,65
23)	Consultation du médecin spécialiste en endocrinologie	C23	13,32
24)	Consultation du médecin spécialiste en chirurgie pédiatrique	C24	11,65
29)	Consultation faite au Luxembourg par un professeur d'université ne résidant pas au Luxembourg	C29	8,66
30)	Consultation du médecin spécialiste en médecine génétique	C75	13,32
31)	Consultation du médecin spécialiste en psychiatrie infantile	C78	12,24

Section 2 – Consultations majorées

Position	Libellé	Code	Coeff.
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-entérologie	C31	15,18
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
13)	Consultation majorée du médecin spécialiste en psychiatrie infantile	C79	15,18
14)	Consultation majorée du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique	C43	17,40

[...]

Chapitre 4 – Traitement hospitalier

[...]

Section 6 – Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs par le médecin anesthésiste-réanimateur

[...]

Sous-section 4 - Traitement de la douleur aiguë post-opératoire d'un malade non hospitalisé au service de réanimation, par PCA avec pompe à morphine ou anesthésie continue d'un tronc ou plexus nerveux (mise en place comprise)

[...]

REMARQUE :

Les positions F69 et F691 ne peuvent être mises en compte que pour les actes opératoires suivants :

- 2F13, 2F14, 2F46, 2F47;
- 2K52, 2K65;
- 2E41, 2E62, 2E94, 2E95, et 2J01 à 2J45;
- 2T21 à 2T23, 2T42, 2T51 à 2T53, 2T61, 2T73, 2T74, 2T81, 2T82 ;
- 2W44 à 2W49, 2X18 à 2X69, 2Y07, 2Y08, 2Y83 à 2Y90, 2Z07 à 2Z21, 2Z24 à 2Z29, 2Z64 et 2Z65;
- YVQ11 à YVQ13, 2V35, 2V65, 2V73, 2V75, 2V82 à 2V85, 2V92, 2V94 à 2V96 ;
- 3L72 à 3L77, 3L91 ;
- MQA12 à MQR15, MLA22 à MLR24, MLQ17 et MZA15 à MZR15 ;
- ~~6G83, 6G94~~ **NNA21, NNA22, NNC21, NNC22, NLA26, NLA27, NLC28 et NLC29.**



DEUXIÈME PARTIE : ACTES TECHNIQUES

[...]

Chapitre 2 – Chirurgie

[...]

Section 5 – Chirurgie du thorax et du cou

[...]

Sous-section 2 – Chirurgie des seins

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Incision et drainage d'un abcès du sein	2S11	8,50
2)	Biopsie du sein	2S21	10,50
3)	Ponction biopsie du sein – CAC	2S22	2,75
4)	Ablation d'une tumeur bénigne du sein	2S31	10,50
5)	Excision locale d'une tumeur maligne du sein	2S32	107,55
6)	Mastectomie pour lésion bénigne	2S41	107,55
7)	Mastectomie pour lésion maligne	2S42	107,55
8)	Mastectomie pour gynécomastie de l'homme	2S43	107,55

a) Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Biopsie mammaire, échographie comprise	SGQ11	25,01

b) Évacuation de collection du sein

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Incision du sein avec ou sans drain de collection, échographie comprise	SLA11	11,15
2)	Drainage d'une collection dans un sein, échographie comprise	SLQ11	25,01
3)	Ponction de kyste mammaire, échographie comprise	SLQ12	25,01

c) Exérèse partielle du sein



Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Tumorectomie mammaire unilatérale, maligne ou bénigne	SMA11	110,23
2)	Tumorectomie mammaire bilatérale, maligne ou bénigne	SMA12	220,47
3)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle	SMA13	151,23
4)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SMA14	261,47
5)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle	SMA15	302,47
6)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec curage axillaire homolatéral	SMA16	178,11
7)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire unilatéral	SMA17	288,35
8)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire bilatéral	SMA18	356,22
9)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire unilatéral et exérèse du ganglion sentinelle controlatéral	SMA19	329,34
10)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec réexploration axillaire homolatérale	SMA21	178,11
11)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec réexploration axillaire bilatérale	SMA22	356,22
12)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle et curage axillaire homolatéral	SMA23	219,11
13)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle et curage axillaire bilatéral	SMA24	438,22
14)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA25	180,88
15)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA26	320,77
16)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA27	361,77
17)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec curage axillaire et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA28	207,76
18)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire unilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA29	334,65



19)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire bilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA31	415,52
20)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle, curage axillaire et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA32	248,76
21)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle, curage axillaire bilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA33	497,52
22)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle, curage axillaire unilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA34	388,64
23)	Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec réexploration axillaire et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA35	207,76
24)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec réexploration axillaire unilatérale et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA36	347,65
25)	Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec réexploration axillaire bilatérale et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA37	415,52
26)	Pyramidectomie unilatérale	SMA38	66,93
27)	Pyramidectomie bilatérale	SMA39	133,86
28)	Mastectomie sous-cutanée unilatérale	SMA41	122,70
29)	Mastectomie sous-cutanée bilatérale	SMA42	245,41
30)	Mastectomie sous cutanée unilatérale avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SMA43	130,73
31)	Mastectomie sous-cutanée bilatérale avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SMA44	261,47
32)	Mastectomie sous-cutanée bilatérale avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle	SMA45	302,43
33)	Reprise des berges d'exérèse par mastectomie partielle unilatérale	SMA46	66,93
34)	Reprise des berges d'exérèse par mastectomie partielle bilatérale	SMA47	133,86
35)	Résection complémentaire avec extemporané des berges	SMA48	55,77

d) Mastectomie totale

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Mastectomie totale unilatérale	SNA11	110,23



2)	Mastectomie totale bilatérale	SNA12	220,47
----	-------------------------------	-------	--------

e) Mastectomie totale élargie

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse du ganglion sentinelle homolatéral	SPA11	151,23
2)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SPA12	274,30
3)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle	SPA13	302,46
4)	Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec curage axillaire unilatéral	SPA14	178,11
5)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec curage axillaire bilatéral	SPA15	356,22
6)	Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse homolatérale du ganglion sentinelle et curage axillaire consécutif	SPA16	219,11
7)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse du ganglion sentinelle et curage axillaire consécutif	SPA17	438,22
8)	Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec réexploration axillaire unilatérale	SPA18	178,11
9)	Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec réexploration axillaire bilatérale	SPA19	356,22

f) Actes thérapeutiques sur la plaque aréolo-mamelonnaire

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Ablation unilatérale du complexe aréolo-mamelonnaire	SVA15	55,77
2)	Ablation bilatérale du complexe aréolo-mamelonnaire	SVA16	111,55

g) Autres actes thérapeutiques en sénologie

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Curage axillaire, par abord direct	SZA11	122,99
2)	Exérèse du ganglion sentinelle, par abord direct	SZA12	82,00
3)	Reprise des berges d'exérèse avec curage axillaire homolatéral, par abord direct	SZA13	178,11
4)	Drainage chirurgical d'un sein pour hématome, abcès ou autre, par abord direct	SZA14	26,77
5)	Drainage d'un lymphocèle axillaire, échographie comprise	SZQ11	25,01



6)	Drainage chirurgical d'un lymphocèle axillaire, par abord direct	SZA15	26,77
----	--	-------	-------

REMARQUES :

- 1) Les codes SZA11 et SZA12 (positions 1 et 2) ne sont ni cumulables entre eux, ni avec une autre position de la présente sous-section.
- 2) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes SMA13, SMA14, SMA15, SMA16, SMA17, SMA18, SMA19, SMA21, SMA22, SMA23, SMA24, SMA25, SMA26, SMA27, SMA28, SMA29, SMA31, SMA32, SMA33, SMA34, SMA35, SMA36, SMA37, SMA41, SMA42, SMA43, SMA44, SMA45, SNA11, SNA12, SPA11, SPA12, SPA13, SPA14, SPA15, SPA16, SPA17, SPA18, SPA19, SZA11 et SZA13 de la présente sous-section.

[...]

Chapitre 6 – Gynécologie

Section 1^{re} – Obstétrique

Sous-section 1^{re} – Forfaits d'accouchement

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Assistance à un accouchement de jour	6A11	90,00
2)	Assistance à un accouchement gémellaire de jour	6A12	114,00
3)	Assistance à un accouchement multiple de jour (triple et plus)	6A13	138,00
4)	Anesthésie péridurale pour accouchement de jour	6A14	66,80
5)	Anesthésie péridurale pour accouchement de nuit, de dimanche, de jour férié légal	6A15	116,90
6)	Assistance à un accouchement de nuit, de dimanche, de jour férié légal	6A21	157,50
7)	Assistance à un accouchement gémellaire de nuit, de dimanche, de jour férié légal	6A22	199,50
8)	Assistance à un accouchement multiple de nuit, de dimanche, de jour férié légal	6A23	241,50

REMARQUES:

- 1) Les dispositions de l'article 9, alinéa 1er, relatif au cumul de plusieurs actes techniques, ne sont pas applicables.



- 2) ~~Les positions 6A11 à 6A15 et 6A21 à 6A23 ne peuvent pas être majorées en vertu de l'article 8 relatif à la majoration du tarif des actes techniques.~~
- 3) ~~Par accouchement de nuit des positions 6A15, 6A21, 6A22 et 6A23, il y a lieu d'entendre l'acte presté entre 20 heures et 7 heures.~~
- 4) ~~Les positions 6A11, 6A12, 6A13, 6A14, 6A15, 6A21, 6A22, 6A23 excluent la mise en compte des positions V20 à V26.~~

Sous-section 2 — Actes effectués isolément, non cumulables avec le forfait d'accouchement

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Révision utérine	6A31	13,35
2)	Extraction manuelle du placenta adhérent, tamponnement éventuel compris	6A32	19,80
3)	Tamponnement utérin	6A33	14,85
4)	Suture d'une épisiotomie ou d'une déchirure du périnée n'intéressant pas le rectum	6A34	8,55
5)	Suture d'une déchirure du col utérin	6A35	13,55

Sous-section 3 — Actes non compris dans le forfait d'accouchement cumulables avec le forfait d'accouchement

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cardiotocogramme	6A41	6,60
2)	Location d'appareil	6A41X	6,86
3)	Prélèvement de sang fœtal in utero pendant l'accouchement	6A42	15,50
4)	Provocation de l'accouchement prématuré ou après terme	6A43	18,60
5)	Suture d'une déchirure complète du périnée étendue au rectum	6A44	24,75
6)	Réparation chirurgicale d'une inversion utérine	6A45	79,30
7)	Extraction par le siège	6A51	18,60
8)	Version par manoeuvres internes	6A52	18,60
9)	Extraction instrumentale (forceps, ventouse)	6A53	18,60
10)	Incision du col et suture	6A54	18,60
11)	Embryotomie, basiotripsie	6A55	18,60

REMARQUE:



- 1) Le cumul se fait à raison de 100% du tarif pour le premier acte cumulé et à raison de 50% du tarif pour les deux actes suivants
- 2) Les positions 6A51 à 6A55 ne sont pas cumulables entre elles

Sous-section 4 – Césarienne

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Opération césarienne, voie abdominale ou vaginale	6A61	110,05

Sous-section 5 – Evacuation chirurgicale d'un utérus gravide (avant la date de viabilité légale du fœtus)

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Evacuation d'un utérus gravide par curetage ou aspiration, avant 14 semaines de grossesse	6A71	24,75
2)	Evacuation d'un utérus gravide par hystérotomie ou par procédé médicamenteux, après 14 semaines de grossesse	6A72	49,50

Sous-section 6 – Actes en relation avec la grossesse

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Amnioscopie	6A81	7,00
2)	Amniocentèse avec prélèvement ou injection, jusqu'à la 20 ^e semaine de la gestation incluse	6A82	15,50
3)	Frais de matériel	6A82M	7,50
4)	Amniocentèse avec prélèvement ou injection, à partir de la 21 ^e semaine de la gestation	6A83	15,50
5)	Frais de matériel	6A83M	7,50
6)	Perfusion ou transfusion fœtale in utero (amniocentèse)	6A85	20,65
7)	Cerclage du col utérin	6A86	16,50
8)	Choriocentèse-biopsie de trophoblaste	6A87	17,55
9)	Frais de matériel	6A87M	7,50
10)	Ponction de collection liquidienne fœtale	6A88	36,76
11)	Frais de matériel	6A88M	7,50



12)	Pose de cathéter foetal en vue de drainage sous contrôle échographique, par pose	6A89	91,23
13)	Pose d'un pessaire cervical obstétrical	6A90	3,85

Sous-section 1 : Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cardiotocogramme d'une durée de plus de 20 minutes	NAQ11	7,04
2)	Cardiotocogramme d'une durée de plus de 20 minutes accompagnant une consultation - CAC	NAQ12	3,52
3)	Etude en continu du segment ST de l'électrocardiogramme (ECG) foetal par moniteur "ST Analysis" (STAN) - CAT	NUQ11	33,46
4)	Epreuve de tolérance foetale à la contraction utérine induite par l'ocytocine (Stress test) - CAT	NAF11	16,73
5)	Echographie d'une grossesse uniembryonnaire au 1er trimestre	NCM11	17,85
6)	Echographie d'une grossesse multiembryonnaire au 1er trimestre	NCM12	33,46
7)	Echographie morphologique d'une grossesse unifoetale au 2ème trimestre	NCM13	55,77
8)	Echographie morphologique d'une grossesse multifoetale au 2ème trimestre	NCM14	93,70
9)	Echographie d'une grossesse unifoetale au 3ème trimestre	NCM15	17,85
10)	Echographie d'une grossesse multifoetale au 3ème trimestre	NCM16	33,46
11)	Examen échographique avec Doppler pulsé des vaisseaux utéro-placentaires, des vaisseaux ombilicaux, des grands vaisseaux foetaux ou du Ductus Venosus pour la surveillance d'une souffrance foetale, grossesse unique	NCM17	15,62
12)	Examen échographique avec Doppler pulsé des vaisseaux utéro-placentaires, des vaisseaux ombilicaux, des grands vaisseaux foetaux ou du Ductus Venosus pour la surveillance d'une souffrance foetale, grossesse multiple	NCM18	31,23
13)	Echographie pour surveillance d'une pathologie foetale ou d'une malformation sévère documentée, grossesse unique	NCM19	27,89
14)	Echographie pour surveillance d'une pathologie foetale ou d'une malformation sévère documentée, grossesse multiple	NCM21	55,77
15)	Echographie de second avis dans le cas d'une pathologie foetale ou malformation sévère diagnostiquée et documentée, grossesse unique	NCM22	55,77



16)	Echographie de second avis dans le cas d'une pathologie fœtale ou malformation sévère diagnostiquée et documentée, grossesse multiple	NCM23	93,70
17)	Echographie en cas de dépassement du terme comprenant <i>fœtométrie</i> , doppler des vaisseaux ombilicaux, localisation du placenta, liquide placentaire et mesure du canal cervical du col de l'utérus, grossesse unique	NCM24	17,61
18)	Amniocentèse transabdominale ou transvaginale, frais de matériel et échographie comprise	NGQ11	25,66
19)	Biopsie transabdominale ou transvaginale du trophoblaste, frais de matériel et échographie comprise	NGQ12	25,66
20)	Cordocentèse diagnostique, échographie comprise	NGF11	35,70
21)	Ponction du fœtus, frais de matériel et échographie comprise	NGQ13	54,66
22)	Prélèvement de sang foetal au scalp - CAT	NGD11	14,50
23)	Bilan de prise en charge en hospitalisation d'une pathologie grave liée à la grossesse d'une parturiente entre la 20ème et la 37ème semaine d'aménorrhée incluse, y compris frottis vaginal, cardiotocogramme et échographie, avec ou sans transfert interhospitalier	NKQ11	44,62
24)	Bilan de prise en charge en hospitalisation d'une pathologie grave liée à la grossesse d'une parturiente entre la 20ème et 37ème semaine d'aménorrhée incluse, y compris frottis vaginal, cardiotocogramme et échographie, après transfert interhospitalier	NKQ12	22,31

REMARQUES :

- 1) Les codes NAQ11 et NAQ12 (positions 1 et 2) et NCM11 à NCM24 (positions 5 à 17) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique.
- 2) Par dérogation à l'article 10, alinéa 1^{er}, point 1), le code NAQ12 (position 2) ne peut être mis en compte qu'avec le code C14.
- 3) Les codes NCM17 et NCM18 (positions 11 et 12) ne peuvent être mis en compte qu'en présence d'une ou de plusieurs indications suivantes :
 - Retard de croissance intra-utérin
 - Hypertension artérielle, pré-éclampsie, éclampsie
 - Anomalie du rythme cardiaque fœtal
 - Malformation ou maladie fœtale
 - Grossesse multiple avec croissance discordante



- Maladie maternelle préexistante (hypertonie, néphropathie, diabète, maladie auto-immune)
 - Anémie foétale
 - Infection foétale
 - Hydrops fetalis
 - Surveillance d'une grossesse multiple
 - Insertion vélamenteuse du cordon ombilical
 - Anomalies d'insertion placentaire
- 4) Les codes NCM22 et NCM23 (positions 15 et 16) excluent la mise en compte le même jour des codes NCM11, NCM12, NCM13, NCM14, NCM15 et NCM16 (positions 5 à 10).
- 5) Par dérogation à l'article 7, alinéa 2, les codes NKQ11 et NKQ12 (positions 23 et 24) peuvent être mis en compte 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 et sous condition qu'il s'agisse du 1^{er} jour d'hospitalisation.
- 6) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 2 : Actes liés à une grossesse se terminant par un avortement

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Interruption de grossesse par moyen médicamenteux avant la fin de la 14 ^{ème} semaine d'aménorrhée, échographie comprise	NTD11	22,31
2)	Interruption de grossesse par déclenchement médicamenteux ou curetage entre la fin de la 14 ^{ème} semaine d'aménorrhée et la fin de la 22 ^{ème} semaine d'aménorrhée, échographie comprise	NTQ11	47,97
3)	Foeticide, échographie comprise	NTQ12	66,93
4)	Administration d'un traitement médical de la grossesse extra-utérine ou de la môle hydatiforme	NTQ13	33,46
5)	Curetage évacuateur d'un utérus gravide avant la 14 ^{ème} semaine d'aménorrhée, échographie comprise	NTD12	30,12
6)	Curetage de môle hydatiforme, échographie comprise	NTD13	33,46
7)	Réduction embryonnaire, échographie comprise	NTQ14	31,08

REMARQUES :



- 1) Les codes NTD11, NTQ11, NTD12, NTD13 et NTQ14 (positions 1, 2, 5, 6 et 7) ne sont pas cumulables avec le code NND16.
- 2) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 3 : Actes obstétricaux pendant la période prénatale

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cerclage de col, par voie vaginale	NUD11	27,89
2)	Cerclage de col, par laparotomie	NUA11	66,93
3)	Ablation de cerclage de col, par voie vaginale - CAT	NUD12	6,69
4)	Pose d'un pessaire obstétrical	NUD13	11,15
5)	Ablation d'un pessaire obstétrical	NUD14	4,46
6)	Ponction de décharge amniotique, échographie comprise	NUQ12	33,46
7)	Remplissage du liquide amniotique, échographie comprise	NUQ13	33,46
8)	Version par manœuvre externe, échographie et cardiocotogramme compris	NUQ14	44,62

REMARQUE :

- 1) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 4 : Actes thérapeutiques sur le fœtus

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cordocentèse thérapeutique, échographie comprise	NYF11	78,08
2)	Mise en place sur le fœtus d'un cathéter, échographie comprise	NYQ11	55,77
3)	Mise en place sur le fœtus de deux cathéters, échographie comprise	NYQ12	89,24

REMARQUE :

- 1) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 5 : Actes obstétricaux pendant le travail et l'accouchement

Position	Libellé	Code	Coeff.
----------	---------	------	--------



1)	Tentative de déclenchement du travail par moyen médicamenteux ou mécanique, par période de 24 heures pour une durée maximale ne pouvant excéder 72 heures, soit 1 à 3 périodes maximum - CAT	NVQ11	17,85
2)	Accouchement monofoetal normal par voie basse en présentation céphalique, cardiocogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD11	116,64
3)	Accouchement monofoetal assisté par ventouse ou forceps, par voie basse en présentation céphalique, cardiocogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD12	125,34
4)	Accouchement monofoetal normal par voie basse en présentation du siège, cardiocogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD13	129,69
5)	Accouchement multiple normal par voie basse, cardiocogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD14	153,93
6)	Accouchement multiple assisté par ventouse, forceps ou manœuvre par voie basse, cardiocogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus	NVD15	162,63
7)	Césarienne programmée, hors urgence, cardiocogramme inclus, par laparotomie	NVA11	106,28
8)	Césarienne non programmée, en urgence en dehors du travail, cardiocogramme inclus, par laparotomie	NVA12	127,41
9)	Césarienne non programmée, au cours du travail, cardiocogramme inclus, par laparotomie	NVA13	122,23

REMARQUES :

- 1) Le code NVQ11 (position 1) ne se cumule pas avec le code NVA11 et NVA12 (positions 7 et 8).
- 2) Les codes NVD11, NVD12, NVD13, NVD14, NVD15, NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 2 à 9) de la présente sous-section ne sont pas cumulables entre eux et un acte de la présente sous-section est cumulable avec au maximum 2 codes de la sous-section 6, section 1 du chapitre 6.
- 3) Les codes NVD11, NVD12, NVD13, NVD14, NVD15, NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 2 à 9) excluent la mise en compte des codes V20 à V26.
- 4) Par dérogation à l'article 19, alinéa 2, les codes NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 7 à 9) sont cumulables avec le code NZC12.
- 5) Les majorations prévues à l'article 8, alinéa 1^{er} ne s'appliquent pas au code NVA11 (position 7) mais s'appliquent aux codes NVA12 et NVA13 (positions 8 et 9).



- 6) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes NVD14, NVD15, NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 5 à 9).

Sous-section 6 : Traitement des complications immédiates de l'accouchement

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Suture d'une déchirure obstétricale du col de l'utérus - CAT	NXD11	20,08
2)	Suture d'une déchirure obstétricale vaginale haute - CAT	NXD12	20,08
3)	Suture d'une déchirure obstétricale périnéale avec atteinte du sphincter externe de l'anus	NXD13	30,12
4)	Suture d'une déchirure obstétricale périnéale avec atteinte du sphincter externe de l'anus et rupture de la paroi ano-rectale antérieure	NXD14	66,93
5)	Mise à plat d'un hématome périnéal ou vaginal d'origine obstétricale, par abord direct	NXA11	33,46
6)	Décollement manuel du placenta	NXD15	22,31
7)	Révision utérine	NXD16	17,85
8)	Pose d'un ballon de Bakri, y compris la révision utérine ou le décollement manuel du placenta	NXD17	89,24
9)	Chirurgie conservatrice de l'hémorragie du post-partum, y compris la révision utérine ou le décollement manuel du placenta et l'éventuelle pose d'un ballon de Bakri	NXQ11	167,32
10)	Hystérectomie d'hémostase, y compris la révision utérine ou le décollement manuel du placenta et l'éventuelle pose d'un ballon de Bakri	NXQ12	200,79
11)	Traitement manuel d'une inversion utérine	NXD18	44,62
12)	Chirurgie d'une inversion utérine, par laparotomie	NXA12	100,39
13)	Chirurgie d'une rupture utérine, par laparotomie	NXA13	111,55

REMARQUES :

- 1) Le code NXD17 (position 8) n'est pas cumulable avec les codes NXD15 et NXD16 (position 6 et 7).
- 2) Le code NXQ11 (position 9) n'est pas cumulable avec les codes NXD15, NXD16 et NXD17 (positions 6, 7 et 8).
- 3) Le code NXQ12 (position 10) n'est pas cumulable avec les codes NXD15, NXD16, NXD17 et NXQ11 (positions 6, 7, 8 et 9).
- 4) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NXD15 et NXD16 (positions 5 et 6).
- 5) Par dérogation à l'article 9, alinéa 1^{er} et en présence de la mise en compte d'un forfait d'accouchement, les codes de la présente sous-section se cumulent entre



eux à raison de 100% du tarif pour le premier acte cumulé et à raison de 50% du tarif pour le deuxième acte. Les actes suivants le deuxième acte de la présente sous-section ne donnent pas lieu à honoraires. Le médecin note le tarif réduit en application de la présente disposition sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre « R ». Par dérogation à ce qui précède, s'il s'agit d'un cumul avec un des codes NXD11 ou NXD12 (positions 1 et 2), le cumul se fait à plein tarif.

Section 2 - Gynécologie, actes non liés à la gestation ou à l'accouchement

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Colposcopie – CAC	6G11	3,85
2)	Prélèvement cervico-vaginal avec examen microscopique qualitatif direct – CAC	6G12	2,00
3)	Biopsie du col	6G13	7,05
4)	Prélèvement ou biopsie de l'endomètre	6G14	9,55
5)	Insufflation tubo-utérine avec enregistrement ou injection	6G15	9,55
6)	Ponction du cul-de-sac de Douglas – CAC	6G21	3,85
7)	Ponction de la glande de Bartholin	6G22	4,45
8)	Incision d'un abcès de la glande de Bartholin – CAC	6G23	4,20
9)	Coelioscopie, culdoscopie	6G31	35,28
10)	Coelioscopie avec biopsie ou geste thérapeutique simple (sauf intervention sur les trompes pour stérilisation)	6G32	44,86
11)	Microhystérocopie exploratrice avec ou sans biopsie	6G33	19,16
12)	Location d'appareil	6G33X	5,35
13)	Microhystérocopie avec traitement préalable de la muqueuse	6G34	26,60
14)	Location d'appareil	6G34X	8,06
15)	Microhystérocopie opérationnelle	6G35	38,38
16)	Location d'appareil	6G35X	10,71
17)	Extirpation de la glande de Bartholin	6G41	18,92



18)	Ablation d'une tumeur bénigne de la région vulvo-vaginale	6G42	14,28
19)	Vulvectomie simple	6G43	73,66
20)	Ablation d'un cancer de la vulve ou du vagin	6G44	117,81
21)	Colpotomie	6G51	13,63
22)	Opération de l'imperforation vulvaire	6G52	14,28
23)	Opération de l'imperforation vaginale	6G53	28,44
24)	Création d'un néovagin sans laparotomie	6G54	117,81
25)	Création d'un néovagin par voie haute et basse	6G55	147,32
26)	Dilatation non sanglante du col, acte isolé	6G61	7,02
27)	Dilatation sanglante du col, acte isolé	6G62	11,84
28)	Ablation d'un polype du col	6G63	8,39
29)	Electrocoagulation du col, première séance	6G64	8,39
30)	Electrocoagulation du col, à partir de la 2e séance pour une période de 4 semaines	6G65	5,71
31)	Conisation du col ou opération analogue	6G66	19,64
32)	Amputation du col	6G67	29,45
33)	Colpopérinéorrhaphie postérieure	6G71	29,45
34)	Colporraphie antérieure	6G72	38,38
35)	Colporraphie antérieure et postérieure	6G73	63,67
36)	Colporraphie antérieure et postérieure avec fixation utérine (Doléris, Kocher)	6G74	82,53
37)	Hystéropexie simple par voie haute	6G81	94,61
38)	Hystérectomie	6G82	145,54
39)	Hystérectomie totale élargie pour cancer	6G83	191,47
40)	Autre intervention sur l'utérus par voie abdominale, acte isolé	6G84	97,22
41)	Extirpation de tumeurs intra-utérines par voie vaginale	6G85	47,18
42)	Curetage de la cavité utérine, dilatation et tamponnement compris	6G86	26,66
43)	Ligature tubaire unilatérale ou bilatérale hors-césarienne, par toute voie d'abord	NZC11	95,93
44)	Ligature tubaire unilatérale ou bilatérale per-césarienne	NZC12	16,73



45)	Intervention sur les annexes, sauf la stérilisation ou la recanalisation après ligature antérieure des trompes, non cumulable avec une intervention intra-abdominale	6G93	97,22
46)	Ovariectomie pour cancer après hystérectomie	6G94	145,45

Sous-section 1 : Examens diagnostiques

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Echographie gynécologique de régions ou d'organes non prévus aux positions suivantes	NCM25	12,20
2)	Echographie gynécologique du pelvis par voie transvaginale	NCM26	18,36
3)	Echographie gynécologique des organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens; non applicable pour échographie en rapport avec la grossesse	NCM27	18,36
4)	Examen échographique des glandes mammaires	NCM28	12,20
5)	Contrôle échographique accompagnant un acte diagnostique ou thérapeutique en gynécologie-obstétrique - CAT (non applicable pour une position à libellé spécifié "échographie comprise")	NCM29	6,12
6)	Examen échographique de vaisseaux avec Doppler continu et pulsé des glandes mammaires ou du pelvis	NCM31	11,91
7)	Prélèvement cervico-vaginal bactériologique - CAC	NGD12	3,28
8)	Prélèvement cervico-vaginal cytologique, maximum un tous les 36 mois, dans le chef de la patiente- CAC	NGD13	3,28
9)	Biopsie vulvaire - CAC	NGA11	10,04
10)	Biopsie vaginale - CAC	NGD14	10,04
11)	Biopsie du col de l'utérus	NGD15	17,45
12)	Biopsie de l'endomètre - CAC	NGE11	9,91
13)	Biopsies profondes de l'endomètre et du myomètre, par hystéroscopie interventionnelle	NGE12	36,81
14)	Colposcopie, avec ou sans biopsie	NDE11	17,45
15)	Hystéroscopie diagnostique, avec ou sans biopsie	NDE12	16,73
16)	Hystéroscopie diagnostique, hydrolaparoscopie transvaginale avec épreuve de perméabilité tubaire et salpingoscopie	NDP11	73,62
17)	Coelioscopie diagnostique avec ou sans hystéroscopie diagnostique, avec ou sans épreuve de perméabilité tubaire	NDP12	68,05



REMARQUES :

- 1) Les codes NCM25, NCM26, NCM27, NCM28, NCM29 et NCM31 (positions 1 à 6) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique.
- 2) Le code NCM26 (position 2) ne peut pas être mis en compte dans le cadre de la datation d'une grossesse.
- 3) Le code NGD13 (position 8) ne peut être mis en compte que tous les 36 mois dans le chef de la patiente dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, sauf en cas de surveillance d'une lésion avérée selon les critères définis par le Conseil scientifique.
- 4) Le code NDE11 (position 14) ne peut être mis en compte qu'après la réalisation d'un prélèvement cervico-vaginal cytologique (position 2) dont le résultat présente une anomalie cytologique ou 2 cytologies sans lecture univoque ou en cas de surveillance d'une lésion avérée selon les critères définis par le Conseil scientifique.
- 5) Le code NDE11 (position 14) ne peut être mis en compte que pour une patiente âgée de 25 à 69 ans.
- 6) Le code NDE11 (position 14) n'est pas cumulable avec les codes NGD12, NGD13, NGD15, NGE11 et NQA22.
- 7) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes NDP11 et NDP12 (positions 16 et 17).

Sous-section 2 : Actes thérapeutiques sur les annexes de l'utérus

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Perforations multiples des ovaires, par coelioscopie	NLC11	90,36
2)	Transposition uni- ou bilatérale de l'ovaire, par coelioscopie	NLC12	123,82
3)	Kystectomie(s) ovarienne(s) unilatérale(s), par laparotomie	NLA11	93,70
4)	Kystectomie(s) ovarienne(s) unilatérale(s), par coelioscopie	NLC13	116,46
5)	Kystectomie(s) ovarienne(s) bilatérale(s), par laparotomie	NLA12	113,78
6)	Kystectomie(s) ovarienne(s) bilatérale(s), par coelioscopie	NLC14	140,55
7)	Ovariectomie unilatérale, par laparotomie	NLA13	87,01
8)	Ovariectomie unilatérale, par coelioscopie	NLC15	108,43
9)	Ovariectomie bilatérale, par laparotomie	NLA14	97,05
10)	Ovariectomie bilatérale, par coelioscopie	NLC16	120,47
11)	Salpingectomie unilatérale, par laparotomie	NLA15	83,66
12)	Salpingectomie unilatérale, par coelioscopie	NLC17	104,41
13)	Salpingectomie bilatérale, par laparotomie	NLA16	90,36
14)	Salpingectomie bilatérale, par coelioscopie	NLC18	114,45



15)	Salpingotomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie	NLA17	80,32
16)	Salpingotomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie	NLC19	100,39
17)	Salpingonéostomie ou fimbrioplastie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie	NLA18	125,16
18)	Salpingonéostomie ou fimbrioplastie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie	NLC21	165,76
19)	Ligature tubaire unilatérale ou bilatérale hors-césarienne, par toute voie d'abord	NZC11	95,93
20)	Ligature tubaire unilatérale ou bilatérale per-césarienne	NZC12	16,73
21)	Anastomose tubo-tubaire unilatérale, par laparotomie	NLA19	150,37
22)	Anastomose tubo-tubaire unilatérale, par coelioscopie	NLC22	232,02
23)	Anastomose tubo-tubaire bilatérale, par laparotomie	NLA21	190,30
24)	Anastomose tubo-tubaire bilatérale, par coelioscopie	NLC23	298,95
25)	Évacuation de collection de l'annexe ou du ligament large, unilatérale ou bilatérale, par laparotomie	NLA22	97,05
26)	Évacuation de collection de l'annexe ou du ligament large, unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie	NLC24	117,80
27)	Détorsion d'une annexe avec ou sans kystectomie, avec ou sans tumorectomie, avec ou sans ovariopexie, par laparotomie	NLA23	100,39
28)	Détorsion d'une annexe avec ou sans kystectomie, avec ou sans tumorectomie, avec ou sans ovariopexie, par coelioscopie	NLC25	123,15
29)	Annexectomie unilatérale, par laparotomie	NLA24	97,05
30)	Annexectomie unilatérale, par coelioscopie	NLC26	117,80
31)	Annexectomie bilatérale, par laparotomie	NLA25	113,78
32)	Annexectomie bilatérale, par coelioscopie	NLC27	137,88
33)	Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, exploration de la cavité abdominale, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par laparotomie	NLA26	319,93
34)	Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, exploration de la cavité abdominale, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par coelioscopie	NLC28	365,21
35)	Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, résection de greffes métastatiques péritonéales de la grande cavité abdominale y compris les coupes diaphragmatiques, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par laparotomie	NLA27	450,66



36)	Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, résection de greffes métastatiques péritonéales de la grande cavité abdominale y compris les coupoles diaphragmatiques, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par coelioscopie	NLC29	506,21
37)	Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie bilatérale, omentectomie infragastrique et curage ganglionnaire du ligament de Cooper jusqu'au niveau infra rénal (pelvien et lombo-aortique), avec ou sans appendicectomie, par laparotomie	NLA28	450,66
38)	Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie bilatérale, omentectomie infragastrique et curage ganglionnaire du ligament de Cooper jusqu'au niveau infra rénal (pelvien et lombo-aortique), avec ou sans appendicectomie, par coelioscopie	NLC31	566,67

REMARQUES :

- 1) Les codes NZC11 et NZC12 (positions 19 et 20) ne peuvent être réalisés que dans le cadre du programme de médecine préventive et d'accès universel aux contraceptifs sur le plan national.
- 2) Les codes NZC11 et NZC12 (positions 19 et 20) ne peuvent être mis en compte qu'après la date de la mise en compte du code NZQ12, la patiente ayant fait état de son consentement préalable, libre et éclairé, donné à la suite d'une information adéquate.
- 3) Par dérogation à l'article 19, alinéa 2, le code NZC12 (position 20) est cumulable avec les codes NVA11, NVA12 et NVA13.
- 4) L'assistance opératoire peut être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 3 : Actes thérapeutiques sur l'utérus

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Cerclage de l'isthme utérin en-dehors de la grossesse, par laparotomie	NNA11	68,05
2)	Cerclage de l'isthme utérin en-dehors de la grossesse, par coelioscopie	NNC11	98,61
3)	Cerclage de l'isthme utérin en-dehors de la grossesse, par voie vaginale	NND11	45,74
4)	Résection de la totalité du col de l'utérus, par laparotomie	NNA12	68,27



5)	Résection de la totalité du col de l'utérus, par coelioscopie	NNC12	99,28
6)	Résection de la totalité du col de l'utérus, par voie vaginale	NND12	46,85
7)	Trachélectomie élargie par voie vaginale avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par laparotomie	NNP11	336,88
8)	Trachélectomie élargie par voie vaginale avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par coelioscopie	NNP12	425,67
9)	Mise à plat d'un kyste adénomyosique intramural, par hystéroscopie interventionnelle	NNE11	53,54
10)	Curetage utérin sur utérus non gravide	NNE12	30,12
11)	Résection d'un myome, par hystéroscopie interventionnelle	NNE13	82,77
12)	Résection d'un myome pédiculé, par laparotomie	NNA13	60,68
13)	Résection d'un myome pédiculé, avec morcellement, par coelioscopie	NNC13	115,12
14)	Résection d'un myome unique intramural, par laparotomie	NNA14	89,46
15)	Résection d'un myome unique intramural, avec morcellement, par coelioscopie	NNC14	230,24
16)	Résection de myomes multiples, par laparotomie	NNA15	164,20
17)	Résection de myomes multiples, avec morcellement, par coelioscopie	NNC15	250,76
18)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris la destruction d'un ou de plusieurs endométriomes, par laparotomie	NZA14	150,59
19)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris la destruction d'un ou de plusieurs endométriomes, par coelioscopie	NZC13	214,18
20)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris l'exérèse de lésions de la cloison rectovaginale, par laparotomie	NZA15	243,18
21)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris l'exérèse de lésions de la cloison rectovaginale, par coelioscopie	NZC14	310,55
22)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s) superficielle du péritoine, avec ou sans adhésiolyse pelvienne, avec ou sans biopsie, par laparotomie	NZA16	100,39
23)	Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s) superficielle(s) du péritoine, avec ou sans adhésiolyse pelvienne, avec ou sans biopsie, par coelioscopie	NZC15	107,09
24)	Résection d'une corne utérine, par laparotomie	NNA16	100,39
25)	Résection d'une corne utérine, par coelioscopie	NNC16	123,15
26)	Unification du corps utérin d'un utérus bicorne, par laparotomie	NNA17	160,63



27)	Unification du corps utérin d'un utérus bicorne, par coelioscopie	NNC17	191,42
28)	Exérèse d'un héli-utérus malformé, par laparotomie	NYA11	153,94
29)	Exérèse d'un héli-utérus malformé, par coelioscopie	NYC11	184,73
30)	Hystérectomie avec ou sans conservation du col, avec ou sans annexectomie uni-ou bilatérale, par laparotomie	NNA18	146,80
31)	Hystérectomie avec ou sans conservation du col, avec ou sans annexectomie uni-ou bilatérale, par coelioscopie	NNC18	215,07
32)	Hystérectomie avec ou sans conservation du col, avec ou sans annexectomie uni-ou bilatérale, par voie vaginale	NND13	149,25
33)	Hystérectomie élargie, par laparotomie	NNA19	243,18
34)	Hystérectomie élargie, par coelioscopie	NNC19	313,90
35)	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par laparotomie	NNA21	389,31
36)	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par coelioscopie	NNC21	491,71
37)	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien et para-aortique, par laparotomie	NNA22	375,48
38)	Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien et para-aortique, par coelioscopie	NNC22	528,08
39)	Cure d'une isthmocèle, par laparotomie	NNA23	100,39
40)	Cure d'une isthmocèle, par coelioscopie	NNC23	131,63
41)	Cure d'une isthmocèle, par voie vaginale	NND14	100,39
42)	Conisation du col par toutes techniques, avec curetage endocervical, par voie vaginale	NND15	36,81
43)	Dilatation du col, par voie vaginale	NND16	13,83
44)	Ablation d'un polype du col, par voie vaginale (avec analyse histologique) - CAC	NND17	8,92
45)	Ablation d'un polype du col, par hystéroscopie interventionnelle	NNE14	50,20
46)	Résection d'un ou plusieurs polypes endométriaux, par hystéroscopie interventionnelle	NNE15	44,17
47)	Destruction de la muqueuse utérine par thermocontact, y compris la biopsie endométriale, par voie vaginale	NND18	40,16
48)	Ablation endométriale par coagulation et/ou résection avec prétraitement de la muqueuse, par hystéroscopie interventionnelle	NNE16	59,79
49)	Section d'une cloison intra-utérine, avec ou sans section de la partie dans l'endocol, par hystéroscopie interventionnelle avec ou sans résection d'une cloison vaginale par voie vaginale	NNP13	73,62



50)	Ablation d'un dispositif intra-utérin, avec ou sans hystéroscopie interventionnelle	NNE17	33,46
51)	Ablation d'un dispositif intra-utérin migré dans la cavité abdominale, par laparotomie	NZA17	46,85
52)	Ablation d'un dispositif intra-utérin migré dans la cavité abdominale, par coelioscopie	NZC16	63,36
53)	Cure de synéchies partielles, par hystéroscopie interventionnelle	NNE18	53,54
54)	Cure de synéchies complètes, par hystéroscopie interventionnelle	NNE19	113,78
55)	Dissection d'une cloison intra-utérine sans présence d'une cloison dans le col ou d'une cloison vaginale, par hystéroscopie interventionnelle	NNE21	53,54

REMARQUES :

- 1) Le code NND16 (position 43) n'est pas cumulable avec les codes NTD11, NTQ11, NTD12, NTD13 et NTQ14.
- 2) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NNE11, NNE12, NNE13, NND15, NND16, NND17, NNE14, NNE15, NND18, NNE16, NNP13, NNE17 et NNE18 (positions 9 à 11, 42 à 50 et 53).

Sous-section 4 : Actes thérapeutiques sur le vagin

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Incision ou résection de l'hymen, par voie vaginale	NPA11	30,12
2)	Colpotomie d'élargissement	NPD11	30,12
3)	Ablation de corps étranger du vagin, par vaginoscopie	NPE11	19,86
4)	Résection d'une lésion vaginale par toutes techniques, par voie vaginale	NPD12	28,11
5)	Colpectomie totale ou subtotale par voie vaginale	NPD13	106,64
6)	Colpectomie totale ou subtotale assistée par coelioscopie ou laparotomie	NPQ11	136,31
7)	Colpopérinéorrhaphie antérieure (cure de cystocèle), par voie vaginale	NPD14	73,62
8)	Colpopérinéorrhaphie postérieure, par voie vaginale	NPD15	73,62
9)	Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure, par voie vaginale	NPD16	117,80
10)	Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure avec spinofixation du dôme vaginal selon Richter, par voie vaginale	NPD17	194,10



11)	Colpopériméorrhaphie antérieure et postérieure avec hystérectomie, par voie vaginale	NPD18	187,85
12)	Colpopériméorrhaphie antérieure et postérieure, avec hystérectomie et spinofixation du dôme vaginal selon Richter, par voie vaginale	NPD19	269,32
13)	Création d'un néovagin, par toute voie d'abord	NPQ12	218,19
14)	Evacuation de collection abdominale, par colpotomie	NPA12	33,46

REMARQUE :

- 1) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NPA11, NPD11 et NPE11 (positions 1 à 3).

Sous-section 5 : Actes thérapeutiques sur la vulve

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Incision ou ponction d'un abcès de la glande de Bartholin avec ou sans marsupialisation, avec ou sans échographie	NQA11	30,12
2)	Exérèse de la glande de Bartholin ou autre kyste vulvaire, par abord direct	NQA12	33,11
3)	Résection d'une lésion vulvaire par toutes techniques, par abord direct	NQA13	26,77
4)	Nymphoplastie unilatérale, par abord direct	NQA14	44,40
5)	Nymphoplastie bilatérale, par abord direct	NQA15	68,05
6)	Vulvectomie partielle ou hémi-vulvectomie sans curage ganglionnaire, par abord direct	NQA16	74,96
7)	Vulvectomie partielle ou hémi-vulvectomie avec curage ganglionnaire inguinal avec ou sans exérèse unilatérale du ganglion sentinelle, par abord direct	NQA17	196,33
8)	Vulvectomie partielle ou hémi-vulvectomie avec curage ganglionnaire inguinal avec ou sans exérèse bilatérale du ganglion sentinelle, par abord direct	NQA18	266,60
9)	Vulvectomie totale avec curage ganglionnaire avec ou sans exérèse bilatérale du ganglion sentinelle, par abord direct	NQA19	310,11
10)	Vulvectomie totale sans curage ganglionnaire bilatéral, par abord direct	NQA21	128,28
11)	Suture de plaie de la vulve ou du vagin, en dehors de la grossesse	NQA22	30,12
12)	Incision de collection ou d'hématome vulvo-périnéal ou vaginal	NZQ15	27,89
13)	Hyménectomie, par voie vaginale	NZD14	30,12



REMARQUES :

- 1) Le code NQA22 (position 11) n'est pas cumulable avec les actes prévus à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 6 « Gynécologie », section 1 « Obstétrique ».
- 2) Le code NQA22 (position 11) n'est pas cumulable avec le code NDE11.
- 3) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NQA11, NQA13 et NZD14 (positions 1, 3 et 13).

Sous-section 6 : Autres actes thérapeutiques en gynécologie

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'à la bifurcation de l'artère iliaque interne et externe, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC17	271,96
2)	Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'au niveau iliaque commun, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC18	288,24
3)	Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'au niveau infra mésentérique, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC19	365,21
4)	Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'au niveau infra rénal, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC21	459,36
5)	Stadification avec analyse cytologique de l'ascite, biopsie ou résection des ovaires, et biopsies péritonéales multiples, par toute voie d'abord	NZQ16	87,01
6)	Curage ganglionnaire lombo-aortique dans le cadre d'un acte de chirurgie oncologique gynécologique	NZQ17	340,90
7)	Curage ganglionnaire pelvien dans le cadre d'un acte de chirurgie oncologique gynécologique	NZQ18	208,82
8)	Curage ganglionnaire sentinelle dans le cadre d'un acte de chirurgie oncologique gynécologique	NZQ19	190,75
9)	Omentectomie, par laparotomie	NZA18	124,04
10)	Omentectomie, par coelioscopie	NZC22	196,33
11)	Adhésiolyse, par laparotomie	NZA19	100,39
12)	Adhésiolyse, par coelioscopie	NZC23	121,81



13)	Destruction de lésions au niveau de la vulve, du vagin ou du col de l'utérus par toutes techniques, par voie vaginale	NZQ21	24,54
-----	---	-------	-------

REMARQUE :

- 1) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour le code NZQ21 (position 13).

[...]

Section 4 – Forfait pour frais d'utilisation d'appareil

Position	Libellé	Code	Coeff.	Tarif
1)	Echographe Classe I	NCJ11	Néant	45,00
2)	Montant réduit pour échographe Classe I	NCJ12	Néant	5,00
3)	Echographe Classe II	NCJ21	Néant	80,00
4)	Montant réduit pour échographe Classe II	NCJ22	Néant	5,00
5)	Echographe Classe III	NCJ31	Néant	105,00
6)	Montant réduit pour échographe Classe III	NCJ32	Néant	5,00
7)	Cardiotocographe	NCJ41	Néant	10,00
8)	Montant réduit pour cardiotocographe	NCJ42	Néant	2,00

REMARQUES :

- 1) L'échographe Classe I (positions 1 et 2) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe entre 20.000,00 euros et 59.999,99 euros.
- 2) L'échographe Classe II (positions 3 et 4) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe entre 60.000,00 euros et 89.999,99 euros.
- 3) L'échographe Classe III (positions 5 et 6) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 90.000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 110.000 euros.
- 4) Le seuil d'activité de référence pour tous les échographes est fixé à 200.
- 5) Le seuil d'activité de référence pour le cardiotocographe est fixé à 100.
- 6) Pour la mise en compte du montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 1, tel qu'il figure aux positions 1, 3, 5 et 7. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.
- 7) Pour la mise en compte du montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 2, tel qu'il figure aux



positions 2, 4, 6 et 8. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.

[...]

Chapitre 8 – Imagerie médicale, radiologie interventionnelle, radiothérapie

[...]

Section 3 - Imagerie médicale utilisant les agents physiques sans radiations ionisantes

Sous-section 1^{re} - Echographie (échotomographie, ultrasonographie)

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Examen échographique de régions ou d'organes non prévus aux positions suivantes	8E01	12,20
2)	Location d'appareil	8E01X	5,04
3)	Examen échographique de la glande thyroïde (région du cou comprise)	8E02	12,20
4)	Location d'appareil	8E02X	5,04
5)	Examen échographique du crâne et/ou des hanches chez un enfant de moins de deux ans	8E03	12,20
6)	Location d'appareil	8E03X	5,04
7)	Echographie du pelvis par voie transrectale ou transvaginale	8E09	18,36
8)	Location d'appareil	8E09X	5,04
9)	Examen échographique des organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens ; non applicable pour échographie en rapport avec la grossesse	8E13	18,36
10)	Location d'appareil	8E13X	5,04
11)	Examen échographique des seins	8E14	12,20
12)	Location d'appareil	8E14X	5,04
13)	Echographie obstétricale, 1er ou 3e trimestre (y compris le 1er diagnostic de la grossesse)	8E21	12,20
14)	Location d'appareil	8E21X	5,04
15)	Echographie obstétricale du 2e trimestre	8E22	18,36
16)	Location d'appareil	8E22X	5,04



17) 13)	Contrôle échographique accompagnant un acte diagnostique ou thérapeutique - CAT (non applicable pour une position à libellé spécifié "sous contrôle échographique")	8E25	6,12
18) 14)	Location d'appareil	8E25X	5,04
19) 15)	Echoendoscopie de l'oesophage et du cardia	8E31	33,48
20) 16)	Echoendoscopie de l'estomac	8E32	28,70
21) 17)	Echoendoscopie des voies pancréatico-biliaires	8E33	37,93
22) 18)	Echoendoscopie du côlon	8E34	28,55
23) 19)	Echoendoscopie du rectum et du sigmoïde	8E35	12,64

[...]

Sous-section 2 - Echo-Doppler des vaisseaux

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Examen des vaisseaux par Doppler continu avec enregistrement	8E41	10,71
2)	Location d'appareil	8E41X	4,91
3)	Examen échographique de vaisseaux avec Doppler pulsé, non applicable pour l'examen des veines du pelvis et des membres inférieurs, la première séance	8E42	23,82
4)	Location d'appareil	8E42X	13,63
5)	Examen échographique de vaisseaux avec Doppler pulsé, non applicable pour l'examen des veines du pelvis et des membres inférieurs, séance suivante pour une période de six mois	8E43	11,91
6)	Location d'appareil	8E43X	13,63
7)	Examen échographique avec Doppler pulsé des veines des membres inférieurs et du pelvis, bilan complet pour affection des veines profondes ou bilan avant intervention pour varices, la première séance	8E45	23,82
8)	Location d'appareil	8E45X	13,63
9)	Examen échographique avec Doppler pulsé des veines des membres inférieurs et du pelvis, bilan complet pour affection des veines profondes ou bilan avant intervention pour varices, séance suivante pour une période de six mois	8E46	11,91
10)	Location d'appareil	8E46X	13,63



11)	Examen échographique avec Doppler pulsé des vaisseaux utéro-placentaires, des vaisseaux ombilicaux et des grands vaisseaux fœtaux pour la recherche ou la surveillance d'une souffrance fœtale, la première séance	8E47	23,82
12)	Location d'appareil	8E47X	13,63
13)	Examen échographique avec Doppler pulsé des vaisseaux utéro-placentaires, des vaisseaux ombilicaux et des grands vaisseaux fœtaux pour la recherche ou la surveillance d'une souffrance fœtale, séance suivante pour une même grossesse	8E48	11,91
14)	Location d'appareil	8E48X	13,63



Référence : 848x1c971

**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**

Fiche financière

La proposition d'adaptation de la section 1 « Examens prénatals de la femme et examens des enfants jusqu'à l'âge de deux ans, tels que prévus par les articles 277 à 293 du chapitre III intitulé « Allocation de naissance » du livre IV intitulé « Prestations familiales » du Code de la sécurité sociale » du chapitre 6 « Examens à visée préventive et de dépistage » à la première partie des « Actes généraux » de la nomenclature des actes et services des médecins résulte en une augmentation prévisionnelle des dépenses de 2 790 014,98 €.

Pour information, les dépenses actuelles correspondantes s'élèvent à 1 205 393,02 €*.

La proposition d'adaptation des sections 1 et 2 du chapitre 1 « Consultations » à la première partie « Actes généraux », de la sous-section 2 « Chirurgie des seins » de la section 5 « Chirurgie du thorax et du cou » du chapitre 2 « Chirurgie » à la deuxième partie « Actes techniques » et des sections 1 et 2 du chapitre 6 « Gynécologie » à la deuxième partie « Actes techniques » de la nomenclature des actes et services des médecins résulte en une augmentation prévisionnelle des dépenses de 179 217 € et de 151 907 € pour les actes nouveaux.

Pour information, les dépenses actuelles correspondantes s'élèvent à 26 874 167 €*.

La proposition d'ajout de l'article 15bis à l'article 15 au règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie et l'ajout de la section 4 « Forfait pour frais d'utilisation d'appareil » du chapitre 6 « Gynécologie » à la deuxième partie « Actes techniques » de la nomenclature des actes et services des médecins résultent en une diminution prévisionnelle des dépenses de -2.964.526,05 €.

Pour information, les dépenses actuelles liées aux frais d'appareils en gynécologie-obstétrique s'élèvent à 5.002.043,05 €*.

* Valeur de la lettre clé = 4,8269 €, en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2023.



Nota bène :

Les propositions de refonte de l'ensemble des actes correspondant à :

- section 1 « Examens prénatals de la femme et examens des enfants jusqu'à l'âge de deux ans, tels que prévus par les articles 277 à 293 du chapitre III intitulé « Allocation de naissance » du livre IV intitulé « Prestations familiales » du Code de la sécurité sociale » du chapitre 6 « Examens à visée préventive et de dépistage » à la première partie des « Actes généraux »,
- section 1 et 2 du chapitre 1 « Consultations » à la première partie « Actes généraux », de la sous-section 2 « Chirurgie des seins » de la section 5 « Chirurgie du thorax et du cou » du chapitre 2 « Chirurgie » à la deuxième partie « Actes techniques » et des sections 1 et 2 du chapitre 6 « Gynécologie » à la deuxième partie « Actes techniques » de la nomenclature des actes et services des médecins,
- l'introduction d'un article 15 bis à la suite de l'article 15 dans les « Dispositions générales » de la nomenclature des actes et services des médecins, retrouvent une enveloppe finale pour un montant de 33 086 309,18*

Pour information, les dépenses actuelles de l'ensemble des remboursements des actes correspondants s'élèvent à 33.081.603,25 €*.



FICHE D'ÉVALUATION D'IMPACT MESURES LÉGISLATIVES, RÉGLEMENTAIRES ET AUTRES

Coordonnées du projet

Intitulé du projet :	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 (actes gynéco)
Ministère initiateur :	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale
Auteur(s) :	Nathalie WEBER / Chiara GIANNONE
Téléphone :	247-86352
Courriel :	nathalie.weber@mss.etat.lu / chiara.giannone@mss.etat.lu
Objectif(s) du projet :	Adaptation de la nomenclature des médecins avec adaptation et ajout de nouveaux actes en Gynécologie-obstétrique y compris l'ajout d'un acte en relation avec l'utilisation d'un appareil
Autre(s) Ministère(s) / Organisme(s) / Commune(s) impliqué(e)(s)	/
Date :	08/05/2024



Mieux légiférer

1 Partie(s) prenante(s) (organismes divers, citoyens,...) consultée(s) : Oui Non

Si oui, laquelle / lesquelles : Commission de nomenclature prévue à l'article 65 du Code de la sécurité sociale

Remarques / Observations : accord unanime

2 Destinataires du projet :

- Entreprises / Professions libérales : Oui Non
- Citoyens : Oui Non
- Administrations : Oui Non

3 Le principe « Think small first » est-il respecté ? Oui Non N.a. ¹
(c.-à-d. des exemptions ou dérogations sont-elles prévues suivant la taille de l'entreprise et/ou son secteur d'activité ?)

Remarques / Observations :

¹ N.a. : non applicable.

4 Le projet est-il lisible et compréhensible pour le destinataire ? Oui Non

Existe-t-il un texte coordonné ou un guide pratique, mis à jour et publié d'une façon régulière ? Oui Non

Remarques / Observations : La nomenclature mise à jour est disponible sur le site internet de la Caisse nationale de santé et publiée à intervalles réguliers

5 Le projet a-t-il saisi l'opportunité pour supprimer ou simplifier des régimes d'autorisation et de déclaration existants, ou pour améliorer la qualité des procédures ? Oui Non

Remarques / Observations :



6

Le projet contient-il une charge administrative² pour le(s) destinataire(s) ? (un coût imposé pour satisfaire à une obligation d'information émanant du projet ?)

Oui Non

Si oui, quel est le coût administratif³ approximatif total ?
(nombre de destinataires x
coût administratif par destinataire)

² Il s'agit d'obligations et de formalités administratives imposées aux entreprises et aux citoyens, liées à l'exécution, l'application ou la mise en œuvre d'une loi, d'un règlement grand-ducal, d'une application administrative, d'un règlement ministériel, d'une circulaire, d'une directive, d'un règlement UE ou d'un accord international prévoyant un droit, une interdiction ou une obligation.

³ Coût auquel un destinataire est confronté lorsqu'il répond à une obligation d'information inscrite dans une loi ou un texte d'application de celle-ci (exemple : taxe, coût de salaire, perte de temps ou de congé, coût de déplacement physique, achat de matériel, etc.).

7

a) Le projet prend-il recours à un échange de données inter-administratif (national ou international) plutôt que de demander l'information au destinataire ?

Oui Non N.a.

Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?

b) Le projet en question contient-il des dispositions spécifiques concernant la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel⁴ ?

Oui Non N.a.

Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?

⁴ Loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel (www.cnpd.lu)

8

Le projet prévoit-il :

- une autorisation tacite en cas de non réponse de l'administration ? Oui Non N.a.
- des délais de réponse à respecter par l'administration ? Oui Non N.a.
- le principe que l'administration ne pourra demander des informations supplémentaires qu'une seule fois ? Oui Non N.a.

9

Y a-t-il une possibilité de regroupement de formalités et/ou de procédures (p.ex. prévues le cas échéant par un autre texte) ?

Oui Non N.a.

Si oui, laquelle :

10

En cas de transposition de directives communautaires, le principe « la directive, rien que la directive » est-il respecté ?

Oui Non N.a.



Sinon, pourquoi ?

11

Le projet contribue-t-il en général à une :

a) simplification administrative, et/ou à une

Oui Non

b) amélioration de la qualité réglementaire ?

Oui Non

Remarques / Observations :

12

Des heures d'ouverture de guichet, favorables et adaptées aux besoins du/des destinataire(s), seront-elles introduites ?

Oui Non N.a.

13

Y a-t-il une nécessité d'adapter un système informatique auprès de l'Etat (e-Government ou application back-office)

Oui Non

Si oui, quel est le délai pour disposer du nouveau système ?

14

Y a-t-il un besoin en formation du personnel de l'administration concernée ?

Oui Non N.a.

Si oui, lequel ?

Remarques / Observations :



Egalité des chances

15

Le projet est-il :

- principalement centré sur l'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non
- positif en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non

Si oui, expliquez
de quelle manière :

- neutre en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non

Si oui, expliquez pourquoi :

- négatif en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non

Si oui, expliquez
de quelle manière :

16

Y a-t-il un impact financier différent sur les femmes et les hommes ? Oui Non N.a.

Si oui, expliquez
de quelle manière :

Directive « services »

17

Le projet introduit-il une exigence relative à la liberté d'établissement soumise à évaluation⁵ ? Oui Non N.a.

Si oui, veuillez annexer le formulaire A, disponible au site Internet du
Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur :

www.eco.public.lu/attributions/dg2/d_consommation/d_march_int_rieur/Services/index.html

⁵ Article 15 paragraphe 2 de la directive « services » (cf. Note explicative, p.10-11)

18

Le projet introduit-il une exigence relative à la libre prestation de services transfrontaliers⁶ ? Oui Non N.a.

Si oui, veuillez annexer le formulaire B, disponible au site Internet du
Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur :

www.eco.public.lu/attributions/dg2/d_consommation/d_march_int_rieur/Services/index.html

⁶ Article 16, paragraphe 1, troisième alinéa et paragraphe 3, première phrase de la directive « services » (cf. Note explicative, p.10-11)