



Livre III Dispositions diverses et annexes CPAM

du 08 avril 2019 au 30 juin 2019

*Données extraites du livre III de la CPAM établie par
arrêté n° 45 CM du 18 janvier 2012 modifié par*

- *Arrêté n° 331 CM du 27 février 2014*
- *Arrêté n°1141CM du 02 juillet 2018*
- *Arrêté n°476 CM du 29 mars 2019*

Le présent document n'a qu'une valeur d'information

Livre III et annexes CPAM : Dispositions diverses

Article III-1

Par dérogation à l'article I^{er}-1 du Livre I^{er}, continuent à relever des dispositions mentionnées dans l'arrêté du 27 mars 1972 modifié relatif à la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux en vigueur en Polynésie française : les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques, les actes de prélèvement réalisés par les médecins biologistes, les actes de pratique thermale, les actes de chimiothérapie anti-cancéreuse, les actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux, les actes communs aux médecins et aux auxiliaires médicaux et les actes dentaires communs aux médecins et aux chirurgiens dentistes. Cette dérogation s'applique également aux médecins stomatologistes pour les actes communs aux dentistes et à d'autres spécialités, tels que les radiographies dentaires.

Article III-2

Les modificateurs et leurs codes sont les suivants :

- Urgence : Réalisation d'un acte non prévu 8 heures auparavant, entre 19 heures et 06 heures, le dimanche ou un jour férié, pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles.

(modifié, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 6) « Acte réalisé en urgence par les médecins et les médecins spécialistes, la nuit entre 19 heures et 06 heures ; le code est U.

Ce modificateur ne concerne pas les forfaits et surveillances par vingt-quatre heures. »

- Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié : le code est F.

(modifié, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 6) « Les codes U et F sont exclusifs l'un de l'autre et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par intervenant quel que soit le nombre d'actes qu'il réalise. » .

- Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient : le code est M.

- Age du patient :

- Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans : le code est A.

- Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans : le code est E.

Cette majoration ne s'applique pas aux actes de radiographie du squelette entier, de l'hémisquelette, de radiologie vasculaire et de radiologie interventionnelle.

- Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de 1 an : le code est G.

- Extraction d'un corps étranger oesophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans : le code est G.

- Réalisation d'un acte de médecine nucléaire chez un patient de moins de 3 ans : le code est G.

➤ Chirurgie itérative :

- Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un oeil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel : le code est 6.

- Intervention itérative sur les voies biliaires : le code est 6.

- Intervention itérative sur les voies urinaires : le code est 6.

- Anesthésie pour une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un oeil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel : le code est 8.

- Anesthésie pour intervention itérative sur les voies biliaires : le code est 8.

- Anesthésie pour intervention itérative sur les voies urinaires : le code est 8.

➤ Réalisation d'un acte de chirurgie plastique des téguments de la face, du cou, de la main et des doigts, ou d'un acte sur des plaies ou brûlures de la face ou des mains, ce modificateur s'applique également à l'acte d'anesthésie réanimation correspondant : le code est R.

➤ Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte, en supplément de l'acte de réduction ou d'ostéosynthèse, ce modificateur s'applique également à l'acte d'anesthésie réanimation correspondant : le code est L.

Cette majoration couvre le parage ou la suture de plaie qui ne peuvent donc pas être facturés avec l'acte de réduction ou d'ostéosynthèse.

➤ Majoration transitoire de chirurgie, applicable aux actes thérapeutiques sanglants non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourd ; le code est J. Cette majoration concerne les actes de chirurgie générale, digestive, orthopédique-traumatologique, vasculaire, cardio-thoracique et vasculaire, urologique, pédiatrique, gynécologique et de neurochirurgie. Sont également concernés les actes de chirurgie cervico-faciale, de chirurgie mammaire à visée thérapeutique ou réparatrice et de chirurgie réparatrice par lambeaux, communs à plusieurs spécialités ainsi que les actes de chirurgie otologique (y compris la plastie d'oreilles décollées), de méatotomie, d'amygdalectomie et d'adénoïdectomie.

➤ Majoration forfait modulable pour les actes d'accouchements et pour les actes ayant droit au modificateur J cité ci-dessus ; le code est K.

Cette majoration concerne :

- les chirurgiens conventionnés
- les gynécologues-obstétriciens conventionnés pour les actes d'accouchement.

➤ Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste, pour les actes pour lesquels le médecin anesthésiste peut surveiller simultanément deux patients anesthésiés, lorsque le médecin anesthésiste se consacre exclusivement à un seul patient : le code est 7.

➤ Réalisation d'une radiographie comparative : le code est C.

- Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide : le code est D.
- *(abrogé, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 6)*
- *(modifié, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 6) « Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un pneumologue, un rhumatologue ou un radiologue : le code est Y. »*
- Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité de réanimation ou au lit du patient intransportable : le code est B.

Ce modificateur ne peut pas être tarifé avec :

- un acte de radiologie vasculaire et interventionnelle,
 - une radioscopie de longue durée avec amplificateur de brillance,
 - un examen radiologique de la vésicule et des voies biliaires ou pancréatiques au cours d'un acte diagnostique ou thérapeutique.
- Modificateurs numériques pour radiothérapie : les codes sont H, Q, V, W. Pour les actes d'irradiation, ces modificateurs sont à mentionner face au code de l'acte pour approcher la dose d'irradiation en arrondissant à l'entier le plus proche.
 - *(abrogé, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 6)*

Les valeurs de ces modificateurs sont exprimées, soit en pourcentage du tarif de l'acte, soit en valeur monétaire qui s'ajoute au tarif de l'acte. Si plusieurs modificateurs exprimés en pourcentage sont facturés, chacun s'applique par rapport au tarif de l'acte indépendamment des autres. Ces montants et pourcentages figurent en annexe 1.

ARTICLE III-3

A) Quand des actes techniques sont effectués dans le même temps qu'une consultation ou une visite mentionnées dans l'arrêté du 27 mars 1972 modifié relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux en vigueur en Polynésie Française, les honoraires de celle-ci ne se cumulent pas avec ceux des actes techniques.

Par extension, les majorations prévues à la NGAP ne peuvent pas être appliquées à des actes techniques figurant à la CPAM et les modificateurs prévus au chapitre 19.03 de la CPAM ne peuvent pas être appliqués aux actes relevant de la NGAP

Par dérogation à cette disposition, sont autorisés :

1. le cumul des honoraires de la radiographie pulmonaire avec ceux de la consultation, pour les pneumologues ;
2. le cumul des honoraires de la consultation, donnée par un médecin qui examine un patient pour la première fois dans un établissement de soins avec ceux de l'intervention qu'il réalise et qui lui fait immédiatement suite, lorsque cette intervention est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du patient ;
3. le cumul des honoraires de l'électrocardiogramme avec ceux de la consultation ou de la visite : C ou CS, V ou VS ou, pour les patients hospitalisés, C x 0,80 ou CS x 0,80. Cependant, en cas d'actes multiples dans le même temps, les règles de cumul telles que prévues au paragraphe B ci-dessous s'appliquent sans cumul possible avec les honoraires de la consultation ou de la visite ;

4. le cumul des honoraires de l'ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] sur 2 sites, par méthode biphotonique avec ceux de la consultation pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation ;
5. *(modifié, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 6)* « le cumul des honoraires de la consultation avec ceux des actes de biopsie suivants :
 - QZHA001 : Biopsie dermoépidermique, par abord direct
 - QZHA005 : Biopsie des tissus souscutanés susfasciaux, par abord direct
 - BAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de paupière
 - CAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de la peau de l'oreille externe
 - CAHA002 : Biopsie unilatérale ou bilatérale du cartilage de l'oreille externe
 - GAHA001 : Biopsie de la peau du nez et/ou de la muqueuse nasale
 - HAHA002 : Biopsie de lèvre
 - QEHA001 : Biopsie de la plaque aréolomamelonnaire
 - JHHA001 : Biopsie du pénis
 - JMHA001 : Biopsie de la vulveDans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50%. ».
6. Le cumul des honoraires de l'acte de prélèvement cervico-vaginal (JKHD001) avec ceux de la consultation *(ajouté, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 6)* « à taux plein ». *(abrogé, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 6)*

B) Pour l'association d'actes techniques, le médecin code les actes réalisés et indique, pour chacun d'entre eux, le code correspondant à la règle d'association devant être appliquée. Ces règles sont précisées ci-dessous et leurs modalités de codage sont décrites à **l'annexe 2**.

1. Règle générale :

L'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50% de sa valeur.

Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein.

Les suppléments peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein.

2. Dérogations :

- a) Pour les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le moins élevé, est tarifé à 75 % de sa valeur.
- b) Pour les actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes, l'association de trois actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième est tarifé à 75% de sa valeur et le troisième à 50 % de sa valeur.
- c) Pour les actes de chirurgie carcinologique en ORL associant une exérèse, un curage et une reconstruction, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le deuxième et le troisième actes sont tarifés à 50 % de leur valeur.
- d) Pour les actes d'échographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas de l'examen d'organes

intra-abdominaux et/ou pelviens et d'un ou plusieurs des organes suivants : sein, thyroïde, testicules. L'acte de guidage échographique (*ajouté, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 6*) « YYYY028 » ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage échographique. Dans les cas où l'association est autorisée, la règle générale s'applique.

- e) Pour les actes de scanographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas où est effectué l'examen conjoint des régions anatomiques suivantes : membres et tête, membres et thorax, membres et abdomen, tête et abdomen, thorax et abdomen complet, tête et thorax, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste. Dans ce cas, deux actes au plus peuvent être tarifés et à taux plein. Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 85 % de son tarif. Quand un libellé décrit l'examen conjoint de plusieurs régions anatomiques, il ne peut être tarifé avec aucun autre acte de scanographie. Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 85 % de son tarif. L'acte de guidage scanographique ne peut être facturé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage scanographique. Dans ce cas, deux actes au plus peuvent être tarifés et à taux plein.
- f) Pour les actes de remnographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé. Un acte de remnographie, à l'exception du guidage remnographique, ne peut être associé à aucun autre acte. Le guidage remnographique ne peut être facturé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage remnographique. Dans ce cas, la règle générale s'applique.
- g) Dans les cas suivants, les actes associés sont tarifés à taux plein :
 - les actes du sous paragraphe 19.01.09.02 - Radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle - sont associés à taux plein, deux actes au plus peuvent être tarifés ;
 - les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques, y compris les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ;
 - les actes d'électromyographie, de mesures des vitesses de conduction, d'études des latences et des réflexes figurant aux sous-paragraphe 01. 01. 01. 01 - 01. 01. 01. 02 et 01. 01. 01. 03 de la CPAM au Livre II peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes ;
 - les actes d'irradiation en radiothérapie ainsi que les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein, quel que soit le nombre d'actes ;
 - les actes de médecine nucléaire sont associés à taux plein ; deux actes au plus peuvent être tarifés ;
 - les forfaits de cardiologie, de réanimation, les actes de surveillance post-opératoire d'un patient de chirurgie cardiaque avec CEC (figurant au chapitre 19 de la CPAM au Livre II) et les actes d'accouchement peuvent être associés à taux plein à un seul des actes introduits par la note « facturation : éventuellement en supplément ».
- h) Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs de cardiologie, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le

justifier dans le dossier médical du patient qui est tenu à la disposition du contrôle médical.

- i) Les actes de radiologie conventionnelle peuvent être associés entre eux, quel que soit leur nombre, et à d'autres actes :
- Quand plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, les autres sont tarifés à 50% de leur valeur.
 - Quand un ou plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés à d'autres actes, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les actes de radiologie conventionnelle ainsi que l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les autres actes sont tarifés à taux plein ; les actes restants sont tarifés selon les règles qui leur sont applicables.
 - Quand une mammographie est associée à un acte d'échographie du sein, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, l'autre est tarifé à 50% de sa valeur.

Le guidage radiologique est considéré comme un acte de radiologie conventionnelle.

Par actes de radiologie conventionnelle, on entend les actes diagnostiques de radiologie, en dehors de ceux portant sur l'appareil circulatoire du paragraphe 04.01.04, des actes par scanographie et des actes du sous paragraphe 19.01.09.02 - Radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle.

Les radiographies de l'appareil circulatoire du paragraphe 04.01.04 sont tarifées selon la règle générale.

(ajouté, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 6) « j) Pour les actes d'endoscopie, lorsque l'examen porte sur les régions anatomiques du nez, du cavum, du larynx ou du pharynx, un seul acte doit être tarifé, sauf dans les indications médicales prévues par la note de facturation de la subdivision «06.01.08 Endoscopie de l'appareil respiratoire» ».

Cas particulier

Quand un médecin réalise, dans le même temps des actes techniques de la CPAM définie au Livre II et des actes issus de la NGAP, deux actes au plus peuvent être tarifés hors actes de radiologie conventionnelle dont le nombre n'est pas limité.

L'acte dont le tarif est le plus élevé est tarifé à 100% de sa valeur et le second à 50% ; les actes de radiologie conventionnelle sont tarifés selon les règles du paragraphe i) ci-dessus.

Le nombre d'actes dentaires NGAP associés n'est pas limité et ces actes sont tarifés à taux plein dans les cas qui suivent :

- Acte(s) coté(s) en SCM, en ORT ou PRO ;
- Extraction(s) dentaire(s) faisant exception à l'application de l'article 11B des dispositions générales de la NGAP c'est à dire les extractions de dents permanentes, de dents lactéales, de dents de sagesse incluses, enclavées ou à l'état de germe.

Codes associations :

Le code 1 signifie que l'acte est tarifé à 100 %.

Le code 2 signifie que l'acte est tarifé à 50 %.

Le code 3 signifie que l'acte est tarifé à 75 %.

Le code 4 est utilisé pour des actes spécifiques cités aux paragraphes 2 e) et 2 g) ci-dessus. Il signifie que tous les actes de l'association sont tarifés à 100 %.

Le code 5 signifie que les actes sont tarifés à 100 %; ce code est utilisé dans le cas décrit au paragraphe 2 h) ci-dessus.

Quand un acte de la CPAM est associé à un acte de la NGAP, aucun code association ne doit être noté.

- C) Lorsqu'un gynécologue obstétricien ou un médecin généraliste, titulaire d'un (*modifié, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 6*) « Diplôme universitaire (DIU ou DU) ». d'échographie obstétricale assurant le suivi médical de grossesse, réalise un acte d'échographie biométrique et morphologique de la grossesse (JQQM010, JQQM015, JQQM016, JQQM017, JQQM018 ou JQQM019) et une consultation de suivi de la grossesse, il peut facturer les honoraires de ces actes d'échographie (dont les durées respectives établies par les experts lors de la hiérarchisation des actes ont été fixées à respectivement 23-38-33-56-40-60 mn) avec les honoraires correspondant à la consultation de suivi de la grossesse. Cette consultation doit être réalisée selon les recommandations de la HAS : examen clinique général et gynécologique, recherche des facteurs de risque, adaptation des traitements en cours, information générale sur la grossesse et l'accouchement, repérage des situations de vulnérabilité, prescription des examens de dépistage, orientation en fonction des situations à risque.

Il est rappelé que ces actes d'échographie biométrique et morphologique de la grossesse ne peuvent être facturés qu'une seule fois par trimestre.

Chacun de ces deux actes (acte d'échographie et consultation) est facturé à taux plein.

Annexe 1 du Livre III (Article III-2)
Valeur monétaire et pourcentage des modificateurs

Code	Libellé	Valeur
U	Acte réalisé en urgence par les médecins, autres que les médecins généralistes et les pédiatres, la nuit entre 19 h et 06 h <i>(abrogé, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 7)</i> <i>(abrogé, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 7)</i>	2400 F CFP
F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	1800 F CFP
M	Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient	3200 F CFP
A	Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans	2700 F CFP
E	Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans	+49%
G	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de 1 an ; Extraction d'un corps étranger oesophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans ; Réalisation d'un acte de médecine nucléaire chez un patient de moins de 3 ans .	+25%
6	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un oeil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; Intervention itérative sur les voies biliaires ; Intervention itérative sur les voies urinaires .	+25%
8	Anesthésie d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un oeil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; Anesthésie pour intervention itérative sur les voies biliaires ; Anesthésie pour intervention itérative sur les voies urinaires .	+20%
R	Réalisation d'un acte de chirurgie plastique des téguments de la face, du cou, de la main et des doigts, ou d'un acte sur des plaies ou brûlures de la face ou des mains	+50%
L	Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte	+20%
J	Majoration transitoire de chirurgie	+6,50%
K	Majoration forfait modulable pour les actes ayant droit au modificateur J	+11,50%
7	Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste durant toute l'intervention	<i>(modifié, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 7)</i> « +6% »
C	Réalisation d'une radiographie comparative	+49%
D	Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide <i>(abrogé, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 7)</i>	+24%
Y	<i>(modifié, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 7)</i> « Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un pneumologue, un rhumatologue ou un radiologue »	+15,80%
B	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité de réanimation ou au lit du patient intransportable	+49%
H	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 1	+100%
Q	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 2	+200%
V	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 3	+300%

W	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 4	+400%
	<i>(abrogé, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 7)</i>	
	<i>(abrogé, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 7)</i>	
	<i>(abrogé, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 7)</i>	
	<i>(abrogé, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 7)</i>	

Si plusieurs modificateurs en pourcentage sont facturés, chacun s'applique par rapport au tarif de l'acte, indépendamment des autres. Les codes U, et F sont exclusifs les uns des autres et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par intervenant, quel que soit le nombre d'actes qu'il réalise.

Annexe 2 Livre III (article III-3 B): Règles d'association

Pour chaque acte de l'association, le médecin indique le code association correspondant à la règle qui s'applique en conformité avec l'article III-3 B. A chaque code correspond un pourcentage qui s'applique au tarif de l'acte, majoré des modificateurs éventuels, quand ils sont en pourcentage.

1) Règle générale :

L'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50% de sa valeur.

Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein.

Les suppléments peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	2	50%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	1	100%

Dans le cas d'une association de **2 actes seulement**, dont l'un est soit :

- un geste complémentaire,
- un supplément,
- un acte d'imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle (Chapitre 19, sous-paragraphe 19.01.09.02),

il ne faut pas indiquer de code association.

Si un acte est associé à un geste complémentaire et à un supplément, le code association est 1 pour chacun des actes.

2) Dérogations :

- a) Pour les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre, l'acte dont le tarif, hors modificateurs est le moins élevé est tarifé à 75 % de sa valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	3	75%

- b) Pour les actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes, l'association de trois actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième est tarifé à 75 % de sa valeur et le troisième à 50 % de sa valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	3	75%
3 ^{ème} acte	2	50%

- c) Pour les actes de chirurgie carcinologique en ORL associant une exérèse, un curage et une reconstruction, l'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième et le troisième actes sont tarifés à 50 % de leur valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	2	50%
3 ^{ème} acte	2	50%

- d) Pour les actes d'échographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas de l'examen d'organes intra-abdominaux et/ou pelviens et d'un ou plusieurs des organes suivants : sein, thyroïde, testicules.
L'acte de guidage échographique (*ajouté, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 8*) « YYYY028 » ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage échographique. Dans les cas où l'association est autorisée, la règle générale s'applique.

- Associations d'échographies autorisées

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
échographie de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} échographie (cas autorisés)	2	50%

- Actes avec guidage échographique

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte avec guidage échographique	1' ou 2'' suivant tarif	100%' ou 50%''
Guidage échographique	2' ou 1'' suivant tarif	50%' ou 100%''

• cas où l'acte a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

** cas où le guidage a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

e) Pour les actes de scanographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas où est effectué l'examen conjoint des régions anatomiques suivantes : membres et tête, membres et thorax, membres et abdomen, tête et abdomen, thorax et abdomen complet, tête et thorax, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste. Dans ce cas, deux actes au plus peuvent être tarifés et à taux plein. Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 85 % de son tarif. Quand un libellé décrit l'examen conjoint de plusieurs régions anatomiques, il ne peut être tarifé avec aucun autre acte de scanographie. Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 85 % de son tarif. L'acte de guidage scanographique ne peut être facturé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage scanographique. Dans ce cas, deux actes au plus peuvent être tarifés et à taux plein.

- Associations d'actes de scanographie autorisées

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
1 ^{er} acte de scanographie	4	100%
2 ^{ème} acte de scanographie (cas autorisés)	4	100%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	4	100%

- Actes avec guidage scanographique

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte avec guidage scanographique	4	100%
Guidage scanographique	4	100%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	4	100%

f) Pour les actes de remnographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé. Un acte de remnographie, à l'exception du guidage remnographique, ne peut être associé à aucun autre acte. Le guidage remnographique ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage remnographique. Dans ce cas, la règle générale s'applique.

- Actes avec guidage remnographique

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte avec guidage remnographique	1* ou 2** suivant tarif	100%* ou 50%**
Guidage remnographique	2* ou 1** suivant tarif	50%* ou 100%**

• cas où l'acte a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

** cas où le guidage a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

g) Dans les cas suivants, plusieurs actes associés peuvent être tarifés à taux plein :

- les actes du sous paragraphe 19.01.09.02 - Radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle - sont associés à taux plein, deux actes au plus peuvent être tarifés, le code est 1 pour chacun des actes ;
- les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques, y compris les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ;
- Actes d'anatomie et de cytologie pathologiques associés entre eux ou à 1 seul autre acte : le code est 4 pour chacun des actes :

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte d'anatomie et de cytologie pathologiques	4	100%
Autre acte (1 seul)	4	100%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	4	100%

- Association d'actes d'anatomie et de cytologie pathologiques et de 2 actes relevant de la règle générale.

Pour les 2 actes suivant la règle générale, les codes association sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé, 2 pour l'autre acte; pour les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ou les suppléments, le code association est 1. En effet, le code 4 ne peut pas être employé avec un autre code association.

les actes d'électromyographie, de mesure des vitesses de conduction, d'étude des latences et des réflexes, figurant aux sous-paragraphe 01.01.01.01., 01.01.01.02 et 01.01.01.03 de la (*modifié, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 8*) « classification polynésienne des actes médicaux ».

- du Livre II peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes ;
- si ces actes sont associés entre eux ou à 1 seul autre acte, le code est 4 pour chacun des actes ;

- si ces actes sont associés à 2 actes relevant de la règle générale, pour ceux-ci les codes association sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé, 2 pour l'autre acte ; pour les actes cités ci-dessus ou les suppléments, le code association est 1 ;
 - les actes d'irradiation en radiothérapie, ainsi que les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein, quel que soit le nombre d'actes, le code est 4 pour chacun des actes ;
 - les actes de médecine nucléaire sont associés à taux plein, deux actes au plus peuvent être tarifés, le code est 4 pour chacun des actes. Il en est de même si un acte de médecine nucléaire est associé à un autre acte ;
 - les forfaits de cardiologie, de réanimation, les actes de surveillance post-opératoire d'un patient de chirurgie cardiaque avec CEC (chapitre 19) et les actes d'accouchements (chapitre 9) peuvent être associés à taux plein à un seul des actes introduits par la note « facturation : éventuellement en supplément ». Le code est 4 pour chacun des deux actes.
- h) Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs en cardiologie sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier médical.

Deux cas se présentent :

- Deux actes sont réalisés à des moments différents et discontinus de la même journée :
Le code association est « 1 » pour l'acte de tarif le plus élevé, hors modificateurs, et « 5 » pour l'autre acte, dont le tarif est à taux plein.
- Une association d'actes est réalisée dans un premier temps et une association d'actes est réalisée dans un deuxième temps, à un moment différent et discontinu de la même journée :
La première séquence d'actes comporte les codes association habituels, en application des règles définies à l'article III-3 du livre III et dans les paragraphes de cette annexe.
La deuxième séquence d'actes comporte le code association « 5 » au lieu de « 1 » pour l'acte de tarif le plus élevé, hors modificateurs, et les codes association habituels pour les autres actes de l'association.

2 actes réalisés à des moments discontinus de la même journée

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	5	100%

Exemple de plus de 2 actes réalisés à des moments discontinus de la même journée

(ex. : premier acte réalisé le matin, les 2^{ème} et 3^{ème} actes réalisés l'après-midi)

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Premier temps		
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
Deuxième temps		
Acte de tarif le plus élevé	5	100%
2 ^{ème} acte	2	50%

- i) Les actes de radiologie conventionnelle peuvent être associés entre eux, quel que soit leur nombre, et à d'autres actes.
- Quand plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, les autres sont tarifés à 50% de leur valeur.

Règle	Code	Taux à
appliquer au tarif		
Acte de radiologie conventionnelle de tarif le plus élevé	1	100%
Autre(s) acte(s) de radiologie conventionnelle	2	50%
Supplément(s) autorisé(s)	1	100%

- Quand un ou plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés à d'autres actes, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les actes de radiologie conventionnelle ainsi que l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les autres actes sont tarifés à taux plein ; les actes restants sont tarifés selon les règles qui leur sont applicables.

Acte de radiologie conventionnelle associé à un autre acte (hors association mammographie et échographie du sein)

Règle	Code	Taux à
appliquer au tarif		
Acte de radiologie conventionnelle	1	100%
Autre acte	1	100%
Supplément(s) autorisé(s)	1	100%

Actes de radiologie conventionnelle associés entre eux et autres actes relevant de la règle générale (2 au plus)

Règle	Code	Taux à
appliquer au tarif		
Acte de radiologie conventionnelle de tarif le plus élevé	1	100%
Autre(s) acte(s) de radiologie conventionnelle	2	50%
Autre acte de tarif le plus élevé	1	100%
Autre acte	2	50%
Supplément(s) autorisé(s)	1	100%

- Quand une mammographie est associée à un acte d'échographie du sein, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, l'autre est tarifé à 50% de sa valeur.

Règle appliquer au tarif	Code	Taux à
Mammographie (si tarif le plus élevé)	1	100%
Echographie du sein	2	50%

Annexe 3 livre III : Autres forfaits

Forfait Vidéo capsule.

Vidéocapsule : matériel à usage unique nécessaire à la réalisation de l'acte HGQD002 : exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéocapsule ingérée. Ce forfait est facturable soit par le praticien libéral qui réalise l'acte, soit par la structure de soins où est réalisé l'acte. Le montant du forfait rémunérant la vidéocapsule (VDC) est fixé à 60 000 FCP.

Forfait Sécurité Dermatologie (FSD): ce forfait s'applique à une liste d'actes d'exérèse de naevus cellulaires, de tumeurs malignes cutanées ou de lésions hypodermiques lorsqu'ils sont réalisés sous anesthésie locale.

Quand ces actes sont réalisés en établissement de santé, en dehors d'une hospitalisation, ce forfait ne peut être facturé que par le seul établissement de santé et il ne peut pas se cumuler avec une prestation d'hospitalisation telle que définie. Ce forfait ne peut être facturé, pour un même patient, plus d'une fois par 24 heures par une même structure de soins ou par un même praticien. Ce forfait est indiqué en regard des actes auxquels il s'applique dans le Livre II. Le tarif du FSD est fixé à 4500 FCP.

Annexe 4 livre III : Cahier des charges pour un système d'archivage et de gestion des images médicales numériques (Scanner et IRM) – Livre II chapitre 19.02.07

L'archivage des images médicales numériques nécessite l'acquisition préalable et la maintenance d'un système d'archivage et de gestion des images. Le supplément « archivage » pris en charge par l'Assurance Maladie est destiné à financer les coûts d'acquisition et de maintenance de ce système d'archivage supportés par son exploitant (personne juridique, physique ou morale, assumant au regard de la législation nationale la responsabilité juridique du système d'archivage numérique).

1. Techniques d'imagerie concernées

L'archivage numérique concerne exclusivement les examens d'imagerie en coupes (actes de scanographie et de remnographie).

2. Conditions administratives

Le supplément « archivage » est pris en charge par l'Assurance Maladie :

a) après l'enregistrement par un organisme d'assurance maladie des informations justifiées par les documents suivants :

1/ la déclaration d'engagement de l'exploitant sur les conditions de prise en charge, strictement tenue à jour ;

2/ un document de nature comptable attestant de la participation financière de l'exploitant à l'acquisition du système d'archivage (ex : une facture ou une attestation du commissaire aux comptes) ;

b) selon les mêmes indications que les actes qui autorisent ce supplément.

Le supplément « archivage » n'est pas pris en charge lorsque le médecin ou la structure gérant le système d'archivage pour le compte de ce médecin (exploitant) a bénéficié de subvention, totale ou partielle, pour le système d'archivage et de gestion des images, à l'exception des PACS (Picture Archiving and Communication Systems) territoriaux inter-sites ou inter-établissements agréés par une agence régionale de santé.

3. Conditions techniques relatives à l'archivage des images numériques de radiologie

3.1 Type et durée d'archivage

Au sein des établissements de santé, les images utiles au diagnostic de l'examen sont archivées pendant une durée de 20 ans à compter de la date de l'examen archivé pour le patient considéré.

Pour les médecins libéraux, en l'absence de norme juridique fixant la durée de conservation de leurs archives, et indépendamment des dispositions réglementaires relatives à la responsabilité civile des professionnels de santé, la durée doit être au minimum de 5 ans. Cette durée est susceptible d'être modifiée en fonction des évolutions législatives et réglementaires.

Dans tous les cas, ces images doivent être disponibles en accès immédiat sur le site pendant au moins trois ans à compter de la date de l'examen. Au-delà de trois ans, l'accès peut être différé.

3.2 Contraintes techniques

Contraintes et normes à respecter

Les images archivées sont les images traitées en format DICOM.

Les données en accès immédiat sont archivées en format DICOM sans compression ou avec compression sans perte (DICOM lossless). L'archivage en accès immédiat doit permettre une récupération immédiate des images (*soit, dans des conditions normales d'utilisation sur site, un temps d'affichage inférieur à 5 secondes pour la première image d'un examen scanner et, par exemple, à 1 minute pour une série complète de 600 images d'un scanner*). En ce qui concerne l'archivage en accès différé, une compression plus importante sera admise (DICOM lossy).

La communication entre le système d'information radiologique (SIR) du cabinet ou service de radiologie et le système d'archivage est directe si le SIR est doté des fonctionnalités logicielles requises. Si le SIR ne dispose pas de ces fonctionnalités, la communication doit utiliser une passerelle transformant les informations du SIR en format DICOM et HL7 qui seront utilisées directement par le système d'archivage (*le système d'archivage doit notamment pouvoir recevoir du SIR les identifiants des patients et des examens et réaliser les réconciliations d'identité entre le SIR et le système d'archivage*). L'utilisation de l'Identifiant National de Santé (INS), avec le référencement adéquat, est recommandée.

Le système d'archivage doit respecter les normes internationales DICOM, HL7 (*dans sa version la plus récente*) et les profils définis par IHE (*les profils Scheduled Workflow (SWF), Patient Administration Management (PAM) et ses transactions déclinées en HL7, Patient Demographic Query (PDQ) et Key Image Note (KIN) sont indispensables ; le profil Radiation Exposure Monitoring (REM) est recommandé*). La lecture des images archivées doit être réalisée sur des écrans adaptés de visualisation à visée diagnostique (*écrans de résolution d'au moins 2 MP pour les examens de coupe et d'au moins 3 MP pour ceux de projection*).

Confidentialité, sécurité

L'archivage des images doit faire l'objet d'une déclaration à la CNIL par l'exploitant et respecter les règles de confidentialité du dossier du patient, notamment en termes d'authentification des utilisateurs et de suivi de leurs accès. La preuve de déclaration CNIL doit être tenue à disposition en cas de contrôle.

Les images doivent être sauvegardées pour la durée prévue à l'article 3.1 à l'aide d'une solution de sauvegarde (base de données et données images) sous la forme d'un système local, d'un système partagé ou d'un système décentralisé.

Qualité

La qualité et l'efficacité de fonctionnement du système imposent une formation des médecins à l'utilisation du système et une organisation adaptée. Les besoins en disponibilité du système imposent la conclusion d'un contrat de maintenance.

Une procédure interne de contrôle qualité du système d'archivage doit être mise en place sous la responsabilité de l'exploitant de ce système.

Interopérabilité avec les PACS (Picture Archiving and Communication System) L

Le système d'archivage de l'exploitant doit être interopérable avec les PACS qui relèvent de la région dans laquelle est implanté le système, sous réserve de la conformité de ces derniers aux règles d'interopérabilité.

Les médecins nouvellement associés, collaborateurs, remplaçants ou de tout autre statut pourront sur demande conjointe du praticien concerné et du responsable du système, être inscrits sur la liste des médecins archivant sur le système agréé.

ANNEXE 5 (abrogé, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 9)