

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décision du 2 octobre 2012 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

NOR : AFSU1200237S

Le collège des directeurs,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-1-7 et R. 162-52 ;

Vu les avis de la Haute Autorité de santé en date des 20 juin 2012, 10 septembre 2012 et 20 septembre 2012 ;

Vu les avis de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie en date du 16 juillet 2012, du 12 septembre 2012 et du 25 septembre 2012 ;

Vu les commissions de hiérarchisation des actes et des prestations en date des 11 avril 2012, 15 juin 2012, 20 juin 2012, 21 juin 2012, 21 juillet 2012 et 26 septembre 2012,

Décide :

De modifier les livres I^{er}, II et III de la liste des actes et prestations, adoptée par décision de l'UNCAM du 11 mars 2005 modifiée, comme suit :

Art. 1^{er}. – Le livre I^{er} est ainsi modifié :

A l'article I-4 « Prise en charge », le 1 et le 2 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« 1. Quand l'acte est soumis à cette formalité, le praticien qui dispense cet acte (médecin, sage-femme, auxiliaire médical) est tenu, préalablement à son exécution, d'adresser au contrôle médical une demande d'accord préalable remplie et signée. Les demandes d'accord préalable sont établies sur des imprimés conformes aux modèles arrêtés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

2. Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la date de réception de la demande d'accord préalable.

La réponse de la caisse d'assurance maladie doit être adressée au malade et en copie au praticien, au plus tard le quinzième jour à compter de la date de réception de la demande par le service du contrôle médical, la caisse ou la mutuelle. »

Art. 2. – Le livre II est ainsi modifié :

I. – Ajout et modification de notes :

1° A la subdivision « 04.01.10. Autres actes diagnostiques sur l'appareil circulatoire », la note de facturation suivante :

L'acte de rétinographie en couleur ou en lumière monochromatique sans injection (BGQP007) ne peut pas être facturé en sus de l'acte d'angiographie du segment postérieur de l'œil.

est introduite sous chacun des libellés suivants :

EBQF004	Angiographie du segment postérieur de l'œil, par injection intraveineuse transcutanée de fluorescéine
EBQF002	Angiographie du segment postérieur de l'œil, par injection intraveineuse transcutanée de fluorescéine, avec superposition d'images
EBQF001	Angiographie du segment postérieur de l'œil, par injection intraveineuse transcutanée de fluorescéine, avec examen à l'ophtalmoscope à balayage laser
EBQF005	Angiographie du segment postérieur de l'œil, par injection intraveineuse transcutanée de vert d'indocyanine

EBQF006	Angiographie du segment postérieur de l'œil, par injection intraveineuse transcutanée de vert d'indocyanine, avec examen à l'ophtalmoscope à balayage laser
---------	---

2° A la subdivision « 08.04.01.02. Ligature et section de la trompe utérine », la note d'indication de l'acte JJPE001 : interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines par insertion de dispositif intratubaire, par hystérocopie, est modifiée comme suit :

Indication : femmes majeures en âge de procréer souhaitant une stérilisation tubaire permanente comme moyen de contraception définitive et irréversible.

3° A la subdivision « 15.03.01. Injection dans les tissus mous, sans précision topographique », les notes d'indication des actes suivants :

PCLB002	<p>Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés par voie transcutanée, sans examen électromyographique de détection</p> <p>A l'exclusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - séance d'injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique au niveau des paupières (BALB001) ; - injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique dans les muscles oculomoteurs (BJLB901) ; - injection de toxine botulique au niveau de la face (LCLB001) <p>Indication : torticolis spasmodique (dystonie cervicale), déformation dynamique du pied en varus équin</p> <p>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</p> <p>Facturation : enfant de plus de 12 ans et adulte ; médecin spécialiste autorisé</p>
PCLB003	<p>Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés par voie transcutanée, avec examen électromyographique de détection</p> <p>Indication : torticolis spasmodique (dystonie cervicale), déformation dynamique du pied en varus équin</p> <p>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</p>

sont modifiées comme suit :

PCLB002	<p>Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés par voie transcutanée, sans examen électromyographique de détection</p> <p>A l'exclusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - séance d'injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique au niveau des paupières (BALB001) ; - injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique dans les muscles oculomoteurs (BJLB901) ; - injection de toxine botulique au niveau de la face (LCLB001) <p>Indication : torticolis spasmodique (dystonie cervicale), traitement symptomatique local de la spasticité des membres</p> <p>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</p> <p>Facturation : enfant de plus de 12 ans et adulte ; médecin spécialiste autorisé</p>
PCLB003	<p>Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés par voie transcutanée, avec examen électromyographique de détection</p> <p>Indication : torticolis spasmodique (dystonie cervicale), traitement symptomatique local de la spasticité des membres</p> <p>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</p>

4° A la subdivision « 11.02.05.02. Pose d'implants osseux sur le crâne et la face », la note d'exclusion de l'acte :

LBLD019 : Pose de moyen de liaison sur implants intrabuccaux.

A l'exclusion de : pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf. 07.02.03.01).

est modifiée comme suit :

LBLD019 : Pose de moyen de liaison sur implants intrabuccaux.

A l'exclusion de :

Pose de barre de jonction entre 2 implants intrabuccaux (LBLD034).

Pose de barre de jonction entre 3 implants intrabuccaux ou plus (LBLD057).

Pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf. 07.02.03.01).

II. – Modification de libellé d'actes :

1° A la subdivision « 11.02.05.02. Pose d'implants osseux sur le crâne et la face », le libellé des actes :

LBLD034 : Pose de moyens de liaison entre 2 implants intrabuccaux.

Pose de barre de conjonction entre 2 implants intrabucaux.

LBLD057 : Pose de moyen de liaison entre 3 implants intrabucaux ou plus.

Pose de barre de conjonction entre 3 implants intrabucaux ou plus.

est modifié comme suit :

LBLD034 : Pose de barre de conjonction entre 2 implants intrabucaux.

LBLD057 : Pose de barre de conjonction entre 3 implants intrabucaux ou plus.

2° A la subdivision « 11.05.02. Autres appareillages sur le crâne et la face », le libellé des actes suivants :

HBLD057 : Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire pour une arcade.

HBLD078 : Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire pour deux arcades.

HBLD056 : Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire pour une arcade.

HBLD084 : Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire pour deux arcades.

est modifié comme suit :

HBLD057 : Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire pour 1 arcade.

HBLD078 : Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire pour 2 arcades.

HBLD056 : Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire pour 1 arcade.

HBLD084 : Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire pour 2 arcades.

3° A la subdivision « 19.03.01. Urgence » :

– le libellé du modificateur U est modifié comme suit :

U	Acte réalisé en urgence par les médecins, la nuit entre 20 heures et 8 heures A l'exclusion de : acte réalisé par le pédiatre ou par le médecin généraliste ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, de 0 heure à 6 heures
---	--

– le libellé du modificateur P est modifié comme suit :

P	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généralistes de 20 heures à 0 heure et de 6 heures à 8 heures
---	---

Art. 3. – Le livre III est ainsi modifié :

1° A l'article III-2, annexe I, le libellé du modificateur U est modifié comme suit :

U	Acte réalisé en urgence par les médecins, la nuit entre 20 heures et 8 heures A l'exclusion de : acte réalisé par le pédiatre ou par le médecin généraliste ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, de 0 heure à 6 heures
---	--

2° A l'article III-4-V, l'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les médecins et les chirurgiens-dentistes :

Au titre III « Actes portant sur la tête », chapitre VII « Dents, gencives », section V « Agénésies dentaires multiples chez l'adulte », article 4 « Etape implantaire chez l'adulte » :

a) Les mots : « pose de moyen de liaison entre implants intrabucaux (barre de conjonction entre 2 implants) » sont remplacés par les mots : « pose de barre de conjonction entre 2 implants intrabucaux ».

b) Les mots : « pose de moyen de liaison entre implants intrabucaux (barre de conjonction entre 3 implants ou plus) » sont remplacés par les mots : « pose de barre de conjonction entre 3 implants intrabucaux ou plus ».

3° A l'article III-4-I, l'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les médecins :

A la première partie des dispositions générales, l'article 18 B est remplacé par :

« **Article 18 B. – Avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins.**

« Principes

« L'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant (1) ou, par dérogation pour le stomatologiste, à la demande explicite du chirurgien-dentiste.

« Le médecin correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant ou au chirurgien-dentiste ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au médecin traitant ou au chirurgien-dentiste la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

« Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les six mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les six mois suivants.

« Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués dans le même temps, à l'exception :

« – de la radiographie pulmonaire pour le pneumologue ;

« – de l'ostéodensitométrie sur deux sites par méthode biphotonique pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation ;

« – de l'électrocardiogramme ;

« – de la biopsie dermoépidermique par abord direct (QZHA001) et de la biopsie des tissus sous-cutanés susfasciaux par abord direct (QZHA005) pour les dermatologues : dans ce cas, l'acte technique est tarifé à 50 % de sa valeur ;

« – du prélèvement cervicovaginal (JKHD001) : dans ce cas, l'acte technique est tarifé à 50 % de sa valeur. Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les trois ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de deux frottis cervico-utérins annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans, selon les recommandations de la HAS de juillet 2010.

« Le médecin traitant ou le chirurgien-dentiste s'engage par ailleurs à ne pas solliciter, pour un patient donné, un avis ponctuel de consultant de même spécialité et pour la même pathologie plus d'une fois par semestre ; dans le cas où il juge nécessaire de solliciter un nouvel avis ponctuel dans ce délai, il en informe dans le même temps le service du contrôle médical.

« La cotation d'un avis ponctuel de consultant ne s'applique pas aux consultations réalisées dans le cadre de prises en charge protocolisées (soins itératifs) ou de séquences de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant.

«

« (1) Le médecin traitant (tel que défini dans la convention approuvée par arrêté le 22 septembre 2011) est le médecin déclaré comme tel par l'assuré de plus de 16 ans à sa caisse d'assurance maladie. Pour un patient de moins de 16 ans, titulaire de l'AME, le médecin traitant sera celui qui demande l'avis du consultant.

« Dérogations

« a) Lorsqu'un médecin spécialiste a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient lors d'une nouvelle consultation. Dans ce cas, la première consultation est cotée C2 et la seconde est valorisée par une CS. Ce médecin ne facture jamais d'actes techniques dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant, autres que ceux autorisés, comme le précisent les principes ci-dessus. Cette disposition ne s'applique pas à la consultation pré-anesthésique.

« b) Lorsque le médecin spécialiste a besoin d'actes techniques complémentaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic. Dans ce cas, la première consultation est cotée C2 et les actes techniques sont facturés selon les règles de facturation en vigueur. Ce médecin ne facture jamais de CS dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant.

« Dans ces deux cas, les résultats du bilan complémentaire ou des actes techniques devront obligatoirement éclairer l'avis ponctuel du consultant qui devra y faire référence dans ses conclusions transmises au médecin traitant.

« c) Le psychiatre ou le neuropsychiatre, en cas de séquence de soins nécessaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, peut revoir le patient une ou deux fois dans les semaines suivant son avis ponctuel de consultant. Dans ce cas, la première consultation sera cotée C2,5 et les suivantes, dans la limite de deux consultations, seront cotées CNPSY.

« Champ et honoraires

« a) Médecins spécialistes :

« L'avis ponctuel de consultant est accessible aux spécialistes suivants : médecins anciens internes d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier universitaire, médecins titulaires d'un certificat d'études spécialisées ou d'un diplôme d'études spécialisées et ayant obtenu à ce titre la qualification de spécialiste dans la discipline où ils sont consultés, médecins spécialistes qualifiés en médecine générale par l'ordre des médecins, agissant à titre de consultants, à la demande explicite du médecin traitant.

« b) Honoraires :

« L'avis ponctuel de consultant peut être facturé s'il répond aux conditions rappelées au paragraphe ci-dessus intitulé "Principe" :

- « C2 : consultation au cabinet du médecin spécialiste ;
- « V2 : visite au domicile du malade ;
- « C2,5 : consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre ou d'un neurologue ;
- « V2,5 : visite au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre ou par un neurologue.

« Cas particuliers

« C2 des chirurgiens :

« Les chirurgiens agissant à titre de consultants, à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant, peuvent coter une C2, y compris quand ils pratiquent eux-mêmes l'intervention, sous condition de l'envoi d'un compte rendu écrit au médecin traitant et, le cas échéant, également au spécialiste correspondant. Cette cotation C2 s'applique aussi lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

« C2 des anesthésistes :

« Par dérogation à l'article 22 des dispositions générales de la NGAP et dans le cadre du parcours de soins coordonnés défini dans le titre 2 de la convention médicale, la consultation pré-anesthésique définie aux articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du code de la santé publique peut donner lieu à une cotation C2 pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification de l'American Society of Anesthesiologists (classification ASA).

« Cette consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant.

« Le dossier d'anesthésie comporte les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient.

« C3 des professeurs des universités-praticiens hospitaliers :

« Les professeurs des universités-praticiens hospitaliers en activité dans ces fonctions, agissant à titre de consultants à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant, cotent leur avis ponctuel de consultant C3. »

4° A l'article III-4-X, l'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour toutes les professions :

Les mots : « entente préalable » sont remplacés par les mots : « accord préalable » dans la Nomenclature générale des actes professionnels.

Quand les actes sont soumis à la procédure de l'accord préalable, les lettres « AP » remplacent la lettre « E » indiquée en regard de l'acte.

5° A l'article III-4-X, l'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour toutes les professions :

A la première partie des dispositions générales, l'article 7 est remplacé par :

« Article 7. – Accord préalable.

« La caisse d'assurance maladie ne participe aux frais résultant de certains actes que si, après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

« A. – Indépendamment des cas visés dans d'autres textes réglementaires, sont soumis à la formalité de l'accord préalable :

« 1. Les actes ne figurant pas à la nomenclature et remboursés par assimilation, conformément aux dispositions de l'article 4 ;

« 2. Les actes ou traitements pour lesquels cette obligation d'accord préalable est indiquée par une mention particulière ou par la lettre AP.

« B. – Lorsque l'acte est soumis à cette formalité, le praticien qui dispense cet acte (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, auxiliaire médical est tenu, préalablement à son exécution, d'adresser au contrôle médical une demande d'accord préalable remplie et signée.

« Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical, la demande d'accord préalable doit être accompagnée de l'ordonnance médicale qui a prescrit l'acte ou de la copie de cette ordonnance.

« Les demandes d'accord préalable sont établies sur des imprimés conformes aux modèles arrêtés par le ministre des affaires sociales et de la santé.

« C. – Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la date de réception de la demande d'accord préalable.

« La réponse de la caisse d'assurance maladie doit être adressée au malade et en copie au praticien au plus tard le quinzième jour à compter de la date de réception de la demande par le service du contrôle médical, la caisse ou la mutuelle.

« Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent article, préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par un organisme de sécurité sociale, le silence gardé pendant plus de quinze jours par cet organisme sur la demande de prise en charge vaut décision d'acceptation.

« Faute de réponse dans ce délai, son assentiment est réputé acquis. Dans ce dernier cas, le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à la caisse d'assurance maladie sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.

« Lorsque la demande est incomplète, la caisse indique au demandeur les pièces manquantes dont la production est indispensable à l'instruction de la demande.

« Elle fixe un délai pour la réception de ces pièces.

« Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la réception des pièces requises.

« Lorsqu'il y a urgence manifeste, le praticien dispense l'acte mais remplit néanmoins la formalité ci-dessus indiquée en portant la mention : "acte d'urgence".

« D. – Lorsque la demande d'accord préalable porte sur la réalisation d'appareils de prothèse dentaire ou sur des actes d'orthopédie dento-faciale, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de quinze jours vaut accord de la demande. »

6° A l'article III-4-IV, l'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les orthophonistes :

Au titre IV « Actes portant sur le cou », chapitre II « Larynx », article 2 « Rééducation de la voix, du langage et de la parole pour les orthophonistes », 2. Rééducation individuelle, les coefficients des quatre actes suivants sont modifiés comme suit :

DÉSIGNATION DE L'ACTE	COEFFICIENT	LETTRE CLÉ	AP
Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, par séance	11,4	AMO	AP
Rééducation des anomalies des fonctions orofaciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole, par séance	10,3	AMO	AP
Rééducation du mouvement paradoxal d'adduction des cordes vocales à l'inspiration, par séance	11,3	AMO	AP
Rééducation du langage dans les aphasies, par séance	15,6	AMO	AP

7° A l'article III-4-VI, l'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les sages-femmes :

7.1. A l'article 11 des dispositions générales « Actes multiples au cours de la même séance », le A. – Actes effectués dans la même séance qu'une consultation est remplacé par :

« A. – Actes effectués dans la même séance qu'une consultation.

« Les honoraires de la consultation et de la visite ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes exécutés au cours de la même séance, sauf exception prévue ci-dessous. Seul l'acte dont les honoraires sont les plus élevés est noté sur la feuille de maladie.

« *Exceptions :*

« – la consultation donnée par un chirurgien ou un spécialiste qui examine un malade pour la première fois dans un établissement de soins peut être notée sur la feuille de maladie en sus de l'intervention chirurgicale qui lui fait immédiatement suite lorsque cette intervention est pratiquée d'urgence et entraîne l'hospitalisation du malade ;

« – le cumul des honoraires de l'acte de prélèvement cervicovaginal du titre XI, chapitre I^{er}, article 2, avec ceux de la consultation. Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50 % de sa valeur. Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les trois ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de deux frottis cervico-utérins annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans, selon les recommandations de la HAS de juillet 2010. »

7.2. Au titre XI « Actes portant sur l'appareil génital féminin »

Au chapitre I^{er} « En dehors de la gestation » est créé un article 2 « Suivi gynécologique réalisé par la sage-femme » :

DÉSIGNATION DE L'ACTE	COEFFICIENT	LETTRE CLÉ
Prélèvement cervicovaginal <i>Prélèvement cervicovaginal pour frottis cytologique</i>	3,4	SF
Pose d'un dispositif intra-utérin	13,7	SF

DÉSIGNATION DE L'ACTE	COEFFICIENT	LETTRE CLÉ
Changement d'un dispositif intra-utérin L'ablation seule d'un dispositif intra-utérin, par voie vaginale n'est pas facturable	13,7	SF

Au chapitre II « Actes liés à la gestation et à l'accouchement », section 2 « actes réalisés par les sages-femmes » :

– au 2^o Notations propres à la sage-femme, les mots : « au troisième trimestre » sont remplacés par les mots : « à partir de la 24^e semaine d'aménorrhée » ;

– le 4^o Accouchements et actes complémentaires est remplacé comme suit :

« 4^o Accouchements et actes complémentaires :

« La cotation de l'accouchement comporte les visites normales consécutives à l'accouchement (surveillance de la mère et de l'enfant en dehors de problèmes pathologiques) pendant le séjour en maternité, du jour de l'accouchement J 1 à J 7 inclus.

« Accouchement simple : 112 SF.

« Accouchement gémellaire : 136 SF.

« Lorsque l'accouchement est pratiqué par une sage-femme, la cotation comprend tous les actes complémentaires nécessités par l'accouchement, notamment la surveillance avec monitoring, comportant la surveillance cardiotocographique du travail avec tracés et, éventuellement, prélèvement(s) pour mesure du PH fœtal quel qu'en soit le nombre, la délivrance artificielle ou la révision utérine isolée, la périnéorraphie simple ou suture d'épisiotomie présentant un caractère d'urgence exécutée au cours de l'accouchement. Cette cotation est la même quel que soit le mode de présentation du nouveau-né.

« Surveillance d'un accouchement par une sage-femme avec monitoring d'au moins deux heures, comportant notamment la surveillance cardiotocographique du travail avec tracés et, éventuellement, prélèvement(s) pour mesure du PH fœtal quel qu'en soit le nombre : 40 SF.

« Lorsque la surveillance et l'accouchement sont réalisés par des professionnels différents (soit deux sages-femmes différentes, soit une sage-femme et un médecin), la cotation de la surveillance est cumulable avec celle de l'accouchement.

« Surveillance d'un enfant dont l'état nécessite un placement en incubateur ou des soins de courte durée (décret n° 98-900 du 9 octobre 1998), par vingt-quatre heures : 9 SF. »

Au 6^o Forfait journalier de surveillance, l'intitulé est modifié comme suit :

« Forfait journalier de surveillance en cas de sortie de l'établissement de santé, pour la mère et l' (les) enfant(s), à domicile, du jour de sortie à J7. »

8^o **A l'annexe 4 du livre III « Autres forfaits, » le forfait sécurité dermatologie est modifié comme suit :**

« **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 à l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale.

« Ce forfait ne peut être facturé, pour un même patient, plus d'une fois par vingt-quatre 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 40 €. »

Art. 4. – Les mesures contenues au 6^o et au 7^o de l'article 3 de la présente décision prennent effet le lendemain de la publication de la présente décision au *Journal officiel*.

Les autres mesures prennent effet à compter du trentième jour suivant la date de la publication de la présente décision au *Journal officiel*.

Fait le 2 octobre 2012.

Le collège des directeurs :

*Le directeur général de l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie,*
F. VAN ROEKEGHEM

*Le directeur de la Caisse centrale
de la mutualité sociale agricole,*
M. BRAULT

*Le directeur de la Caisse nationale
du régime social des indépendants,*
S. SEILLER