

République Islamique de Mauritanie

Honneur- Fraternité - justice



Ministère de la Santé

**Tarification harmonisée des
actes médico-chirurgicaux,
biologiques et radiologiques**

Décembre 2018

Sommaire

Première partie : Tarification des actes médicaux et chirurgicaux.....	9
TITRE I : ACTES GENERAUX.....	10
Article 1 : Actes de consultation.....	10
Article 2. Tarif de la journée d'hospitalisation :.....	10
Article 3. Tarification forfaitaire des actes en hospitalisation médicale.....	10
Article 4. Tarification forfaitaire des groupes de maladies en urgence médicale.....	11
Article 4. Tarif forfaitaire Hospitalisation en réanimation.....	11
Article 5. Tarif forfaitaire Accouchement.....	12
TITRE II. TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES DE CHIRURGIE : ELEMENTS DU FORFAIT.....	13
TITRE III. ACTES DE TRAITEMENT DES LESIONS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.....	13
CHAPITRE I : FRACTURES.....	13
Article 1 : Traitement orthopédique avec ou sans immobilisation d'une fracture fermée simple ne nécessitant pas de réduction.....	13
Article 2 : Traitement orthopédique, quelle que soit sa technique, d'une fracture fermée nécessitant une réduction avec ou sans anesthésie.....	14
Article 3 : Traitement sanglant complet d'une fracture fermée récente, avec ou sans ostéosynthèse et quelle qu'en soit la technique.....	14
Article 4 : Traitement sanglant d'une fracture ouverte récente.....	15
Article 5 : Traitement sanglant des pseudarthroses ou des cals vicieux nécessitant ostéotomie avec interruption de la continuité osseuse.....	16
Article 6 : Répétition d'un plâtre ou d'un appareil d'immobilisation.....	16
CHAPITRE II : LUXATIONS.....	16
Article 1 : Réduction et contention d'une luxation récente par méthode non sanglante.....	16
Article 2 : Réduction et contention d'une luxation récente par méthode sanglante.....	16
Article 3 : Réduction et contention d'une luxation ancienne par la méthode sanglante.....	17
Article 4 : Traitement opératoire d'une luxation récidivante quelle qu'en soit la technique.....	17
Article 5 : Lésion associant la luxation et la fracture d'une épiphyse.....	17
Article 6 : Luxation ouverte :.....	17

CHAPITRE III : ACTES PORTANT SUR LES OS, MUSCLES, TENDONS, SYNOVIALES ET ARTICULATIONS.....	17
Article 1 :.....	17
Article 2 : Muscles, tendons, synoviales (à l'exclusion de la main).....	18
Article 3 : Articulations.....	19
CHAPITRE IV: MAIN.....	21
CHAPITRE V : ACTES PORTANT SUR LE MEMBRE INFÉRIEUR.....	22
Article 1 : Cuisse et jambe.....	22
Article 2 : Pied.....	24
TITRE IV. ACTES PORTANT SUR LES TISSUS EN GÉNÉRAL.....	25
CHAPITRE I : PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ.....	25
Article 1 : Allergologie.....	25
Article 2 : Actes Opératoires.....	25
Article 3 : Plaies récentes ou anciennes.....	27
CHAPITRE II : NERFS.....	28
Article 1 : Infiltrations percutanées.....	28
TITRE IV : ACTES PORTANT SUR LA TÊTE.....	28
CHAPITRE I : CRÂNE ET ENCEPHALE.....	28
Article 1 : Investigation neurologique centrale et périphérique.....	28
Article 2 : Explorations chirurgicales.....	30
Article 3: Actes thérapeutiques.....	30
CHAPITRE II : ŒIL ET ORBITE.....	32
Article 1 : Actes d'exploration clinique.....	32
Article 2 : Opérations sur les paupières, les sourcils et la région orbito-faciale.....	33
Article 3 : Opérations sur l'appareil lacrymal.....	34
Article 4 : Chirurgie de la conjonctive et du segment antérieur du globe.....	34
Article 5 : Chirurgie du segment postérieur du globe.....	35
Article 6 : Photocoagulation du segment postérieur.....	36
Article 7 : Traitement de la cataracte.....	36

Article 8 : Ablation des corps étrangers intra-oculaires (du globe oculaire).....	37
Article 9 : Traitement du glaucome.....	37
Article 10 : Opérations sur les muscles de l'œil.....	37
Article 11 : Chirurgie Réfractive (correction des troubles réfractifs).....	38
CHAPITRE III : OREILLES.....	38
Article 1 : Investigations.....	38
Article 2 : Opérations sur l'oreille externe.....	38
Article 3 : Opérations sur l'oreille moyenne.....	39
Article 4 : Nerf facial.....	39
CHAPITRE IV : FACE.....	39
Article 1 : nez.....	39
Article 2 : Sinus.....	40
Article 3 : Chirurgie endonasale avec optique.....	40
Article 4 : Traitement des diverses lésions de la face.....	41
CHAPITRE V : BOUCHE ET PHARYNX.....	41
Article 1 : Lèvres.....	41
Article 2 : Langue.....	41
Article 3 : Plancher de la bouche.....	42
Article 4 : Pharynx.....	42
Article 5 : Glandes salivaires.....	42
Article 6 : Traitement des tumeurs diverses.....	43
CHAPITRE VI : MAXILIAIRES.....	43
Article 1 : Fractures.....	43
Article 2 : Lésions infectieuses.....	44
Article 3 : Malformations maxillo-mandibulaires et tumeurs.....	44
Article 4 : Articulation temporo-mandibulaire.....	45
Article 5 : Intervention crano-faciale.....	45
CHAPITRE VII : DENTS ET GENCIVE.....	45

SECTION I : SOINS CONSERVATEUR, OBTURATIONS DENTAIRES DEFINITIVES.....	45
SECTION II : SOINS CHIRURGICAUX.....	46
Article 1 : Extraction et traitement des lésions osseuses et gingivales.....	46
Article 2 : Chirurgie Pré-prothétique.....	47
SECTION III : HYGIENE BUCCO-DENTAIRE ET TRAITEMENT DES PARODONTOPATHIES.....	47
SECTION IV : PERIODONTIE - PREVENTION.....	48
SECTION V : ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE.....	48
SECTION VI : PROTHESE DENTAIRE.....	49
CHAPITRE VIII : PROTHESE RESTAURATRICE MAXILLO-FACIALE.....	50
TITRE V. ACTES PORTANT SUR LE COU.....	50
CHAPITRE I : TISSU CELLULAIRE, MUSCLES.....	50
CHAPITRE II : LARYNX.....	51
CHAPITRE III : CORPS THYROIDE.....	51
CHAPITRE IV : TRACHEE - OESOPHAGE.....	52
TITRE VI : ACTES PORTANT SUR LE RACHIS OU LA MOELLE EPINIERE.....	53
TITRE VII : ACTES PORTANT SUR LE THORAX.....	54
CHAPITRE I: SEIN.....	54
TITRE VIII. ACTES PORTANT SUR L'ABDOMEN.....	55
CHAPITRE I : ACTES DIAGNOSTICS.....	55
CHAPITRE II : PAROI ABDOMINALE, GRANDE CAVITE PERITONEALE.....	56
CHAPITRE III : ESTOMAC ET INTESTINS.....	57
CHAPITRE IV : FOIE VOIE BILIAIRE PANCREAS.....	58
CHAPITRE V : RATE SURRENALE.....	59
CHAPITRE VI : RECTUM ET ANUS.....	59
TITRE IX : APPAREIL URINAIRE.....	60
CHAPITRE I : ENDOSCOPIE.....	60
CHAPITRE II : ACTES EN RAPPORT AVEC L'HEMODIALYSE.....	62
CHAPITRE III : REINS.....	62

CHAPITRE IV : URETERE.....	62
CHAPITRE V : VESSIE.....	63
CHAPITRE VI: URETRE.....	64
TITRE X : ACTES PORTANT SUR L'APPAREIL GENITAL MASCULIN.....	64
CHAPITRE I : VERGE.....	64
CHAPITRE II : PROSTATE ET VESICULES SEMINALES.....	65
CHAPITRE III : BOURSES.....	65
TITRE XI : ACTES PORTANT SUR L'APPAREIL GENITAL FEMININ.....	66
CHAPITRE I : EN DEHORS DE LA GROSSESSE.....	66
Article 1 : Intervention par voie basse.....	66
Article 2 : Intervention par voie haute.....	66
Article 3 : Interventions par voies haute et basse combinées.....	67
Article 4 : Hystéroskopie.....	67
CHAPITRE II : ACTES LIES A LA GESTATION ET A L'ACCOUCHEMENT.....	67
Article 1 : Investigations, actes effectués pendant la grossesse.....	67
Article 2 : Interruption de la grossesse.....	68
Article 3 : Accouchement et actes complémentaires.....	68
Article 4 : Actes de néonatalogie :.....	68
CHAPITRE III : ACTES DE DIAGNOSTIC ANTENATAL.....	69
Deuxième partie : Tarification des actes spécialisés de Cardiologie et d'Oncologie.....	70
TITRE I : ACTES GENERAUX.....	71
TITRE II : EXPLORATIONS.....	72
TITRE III : ACTES INTERVENTIONS.....	73
TITRE III. TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES DE CHIRURGIE.....	74
TITRE IV. DRG d'hospitalisation médicale :Forfait global par groupe de maladies.....	78
TITRE IV. ACTES EN MEDECINE NUCLEAIRE (Oncologie).....	79
Article 1. Forfait Examen et traitement.....	79
Article 2. Forfait Radiothérapie.....	80

Article 3. Divers (kits et actes) en oncologie.....	81
Troisième partie : Tarification des actes de biologie et d'anatomopathologie.....	82
Chapitre 1. Anatomopathologie et Cytologie.....	83
Chapitre 2 : Biologie médicale.....	84
A. HEMATOLOGIE.....	84
A.1. CYTOLOGIE.....	84
A.2. Immuno-hématologie.....	84
A.3. Hémostase.....	85
B. BIOCHIMIE.....	85
B.1. EXAMENS SANGUINS COURANTS.....	85
B.2. EXAMENS SANGUINS : HORMONOLOGIE.....	86
B.3. EXAMENS URINAIRES COURANTS.....	87
B.4. EXAMENS URINAIRES : HORMONOLOGIE.....	87
B.5. EXAMENS DES AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES (LCR, ASCITE, LIQUIDES PLEURAUX).....	88
B.6. EPREUVES FONCTIONNELLES.....	88
C. BACTERIOLOGIE, PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE.....	88
C.1. EXAMENS CYTOBACTERIOLOGIQUES (Urinaire, Vaginal. Uréthral Nasal, Pleural).....	88
C.2. HEMOCULTURE.....	88
C.3. EXAMEN DES SELLES.....	89
C.4. Mycobactériologie.....	89
D. SERO-DIAGNOSTIC.....	89
D.1. Sérologie Bactérienne B.....	89
D.2. Sérologie Parasitaire B.....	90
D.3. Sérologie Virale.....	91
D.4. Immunologie.....	92
E. DIVERS.....	93

Quatrième partie : Tarification des actes de radiologie.....	95
CHAPITRE I : ACTES DE RADIODIAGNOSTIC PORTANT SUR LE SQUELETTE.....	96
Article 1 : Membre supérieur.....	96
Article 2 : Membre inférieur.....	96
Article 3 : Tête.....	97
Article 4 : Thorax.....	97
Article 5 : Rachis.....	97
ARTICLE 6 : Divers.....	98
CHAPITRE II : ACTES DE RADIODIAGNOSTIC PORTANT SUR LES VISCERES.....	98
ARTICLE 1 : Larynx, parties molles du cou.....	98
ARTICLE 2 : Poumons, cœur.....	98
Article 3 : Tube digestif.....	99
Article 4 : Système urinaire.....	99
ARTICLE 5 : Gynécologie.....	99
Article 6 : Système nerveux.....	100
Article 7 : Angiographie numérisée.....	100
CHAPITRE III : ACTES DIVERS.....	100
CHAPITRE IV : EXAMENS UTILISANT DES APPAREILLAGES SPECIAUX.....	101
Article 1 : Acte d'Echographie.....	101
Article 2 : Acte de scanographie TDM.....	101
Article 3 : Acte d'Imagerie par résonance Magnétique (IRM).....	101
Cinquième partie :Tarification des actes pour les structures primaires.....	102
NOUVELLE TARIFICATION AU NIVEAU PRIMAIRE.....	103

**Première partie : Tarification
des actes médicaux et
chirurgicaux.**

TITRE I : ACTES GENERAUX

Article 1 : Actes de consultation

Code	Actes	Forfait proposé MRU
	Consultation de médecin généraliste	100
	Consultation de médecin spécialiste	150
	Consultation de psychiatrie et neuropsychiatrie	150
	Consultation des paramédicaux (TSS, SF, IDE, IMS)	50

Article 2. Tarif de la journée d'hospitalisation :

Code	Actes	Forfait proposé MRU
	Chambre VIP	1500
	Chambre individuelle	1000
	Chambre de 2 lits	600
	Chambre de plus de 2 lits	400

Article 3. Tarification forfaitaire des actes en hospitalisation médicale

Code	Actes	Tarif MRU
	Forfait journalier Hospitalisation en médecine	1800
	Eléments du forfait : <ul style="list-style-type: none">- Séjour : Lit dans une chambre à 2 lits si disponible, incluant éclairage, blanchissement du linge et nourriture ;- Honoraires des médecins ;- Soins infirmiers ;- Majoration de nuit, jours fériés et weekend ;- Consommable médical- Actes de biologie médicale ne dépassant pas 400MRU ;- Actes de radiologie dans la limite de 900MRU ;- Pharmacie	
	Observations : <ul style="list-style-type: none">- Forfait journalier ;- Seront facturés en sus :<ul style="list-style-type: none">• Les Actes de biologie au-delà de 400 MRU en moyenne par jour,• Les actes de radiologie au-delà de 900 MRU en moyenne par jour,• Sang et dérivés sanguins• Actes médicaux d'exploration ou de spécialité	
	-	
	Forfait journalier Couveuse	1000 MRU

Article 4. Tarification forfaitaire des groupes de maladies en urgence médicale

Code	Actes	Tarif MRU
	Pied diabétique+hyperglycémie avec cétose+autres plaies diabétiques : comprenant les médicaments, consommables et examens biologiques (NFS, Glycémie, Urée, créatinine, ionogramme et glycosurie)	2000
	Hyperthermie isolée – accès palustre : comprend médicaments, consommables et examens biologiques (NFS, TDR)	900
	Crise d'asthme + AAG : comprend médicaments et consommables, radio thorax	900
	Diarrhées – déshydratation – vomissements : médicaments et consommables, ionogramme, glycémie	700
	Coma+Troubles conscience+ HTA sévère : comprend les médicaments, consommables, bilan biologique (ponction lombaire, NFS, urée et créatinine, glycémie) et TDM cérébral	4000
	Méningite : comprend les médicaments, consommables, Ponction lombaire, NFS, glycémie, créatinine et TDM cérébral	4000

Article 4. Tarif forfaitaire Hospitalisation en réanimation

Surveillance par 24 heures dans une unité de réanimation, de soins intensifs, de surveillance continue, pour 1 malade nécessitant des manœuvres de réanimation complexes éventuellement associées.

Le forfait de 24 heures en réanimation est fixé comme suit selon la durée du séjour :

Code	Actes	Forfait proposé MRU
	Forfait journalier Hospitalisation en Réanimation.	4000
	<p>Éléments du forfait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Séjour : incluant le chauffage, l'éclairage, le blanchissement du linge et la nourriture - Boxe en salle de réanimation : - Honoraires de l'anesthésiste réanimateur ; - Honoraires des médecins réanimateurs ; - Surveillance des médecins et/ou visite quelque soit leur nombre ; - Actes médicaux nécessaires ; - Soins infirmiers - Majorations de nuit, jours fériés et week-end ; - Consommable médical - Actes de biologie médicale dans la limite de 400MRU ; - Actes de radiologie dans la limite de 900 MRU ; - Pharmacie. <p>Observations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forfait journalier 	

- Seront facturés en sus :
 - Les actes de biologie au-delà de 400 MRU en moyenne par jour,
 - Les actes de radiologie au-delà de 900 MRU en moyenne par jour,
 - Sang et dérivés sanguins
 - Actes médicaux d'exploration ou de spécialité
- En cas de réanimation pédiatrique ces tarifs sont majorés de 10%.

Article 5. Tarif forfaitaire Accouchement

Code	Actes	Forfait proposé MRU
	Accouchement par voie basse avec ou sans épisotomie, avec ou sans manoeuvre.	3000
	<p>Eléments du forfait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Séjour : incluant le chauffage, l'éclairage, le blanchissement du linge et la nourriture - Salle d'accouchement : - Honoraires de l'obstétricien ; - Honoraires de la sage femme ; - Pharmacie - Consultation du pédiatre - Majorations de nuit, jours fériés et week-end ; - Consommable médical <p>Observations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forfait global pour toute la durée du séjour journalier - Seront facturés en sus : <ul style="list-style-type: none"> • Sang et dérivés sanguins • Actes médicaux d'exploration ou de spécialité • Actes médicaux d'exploration ou de spécialité ; • Analgésie péridurale si indication médicale. 	
	Analgésie péridurale pour accouchement	1500
	Sur demande de prise en charge et après accord Indication médicale s'impose	

TITRE II. TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES DE CHIRURGIE : ELEMENTS DU FORFAIT

Eléments du forfait :

- Séjour : Lit dans une chambre à 2 lits si disponible, incluant éclairage, blanchissement du linge et nourriture ;
- Honoraires des médecins et la surveillance post opératoire;
- Actes médicaux nécessaires ;
- Soins infirmiers ;
- Honoraires du chirurgien
- Honoraire de l'anesthésiste ;
- Frais du bloc opératoire
- Majoration de nuit, jours fériés et weekend ;
- Consommable médical
- Actes de biologie médicale ne dépassant pas 1000MRU ;
- Actes de radiologie dans la limite de 1800MRU ;
- Pharmacie

Observations :

- Forfait global pour toute la durée du séjour (quelque soit le nombre de jours d'hospitalisation);
- Seront facturés en sus :
 - Dépassement rapport aux actes de biologie au-delà de 1000MRU et aux actes de radiologie au-delà de 1800MRU,
 - Sang et dérivés sanguins
 - Séjours en réanimation ou soins intensifs
 - Implants, prothèses, endoprothèses.

TITRE III. ACTES DE TRAITEMENT DES LESIONS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

CHAPITRE I : FRACTURES

Les cotations comprennent l'immobilisation ou l'appareillage post-opératoire éventuels : La réduction orthopédique d'une fracture inclut la contention par confection d'un appareillage rigide externe. Elle comprend la réduction orthopédique itérative et/ou la gypsotomie de réaxation. L'ostéosynthèse d'une fracture inclut sa réduction simultanée et sa contention éventuelle par un appareillage externe

Article 1 : Traitement orthopédique avec ou sans immobilisation d'une fracture fermée simple ne nécessitant pas de réduction

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Clavicule, main, cheville, pied	1500
	- Épaule, bras, coude, avant-bras, poignet, genou, jambe	2800
	- Rachis, hanche, cuisse	4300

Article 2 : Traitement orthopédique, quelle que soit sa technique, d'une fracture fermée nécessitant une réduction avec ou sans anesthésie.

a) Membres supérieurs

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Main, styloïdes radiale ou cubitale	2800
	- Un os de l'avant-bras : extrémité inférieure (avec ou sans fracture associée de l'autre styloïde)	5600
	- Fracture des deux os de l'avant-bras, ou fracture de l'un et luxation de l'autre	7200
	- Humérus	7200
	- Clavicule, Omoplate	1500

b) Membres inférieurs

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Avant-pied, tarse antérieur	2800
	- Astragale calcanéum	5600
	- Une malléole	5600
	- Deux malléoles	7200
	- Jambe	7200
	- Rotule	2800
	- Fémur	11000

c) Cou, Tronc

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Rachis	7200
	- Fractures articulaires de la hanche	5600
	- Fractures à grand déplacement du cotyle ou du bassin avec réduction sous anesthésie générale	7200
	- Autres fractures du bassin	2800

Article 3 : Traitement sanglant complet d'une fracture fermée récente, avec ou sans ostéosynthèse et quelle qu'en soit la technique.

a) Membres supérieurs

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Une phalange ou un métacarpien	4300
	- Deux phalanges ou deux métacarpiens	5600
	- Trois phalanges ou trois métacarpiens	7200
	- Scaphoïde-radius	8000
	- Os du carpe, ou un os de l'avant-bras	7200
	- Fracture des deux os de l'avant bras	14000
	- Humérus :	
	* Fracture parcellaire extra-articulaire	5600

* Diaphyse, extrémité supérieure ou supracondylienne de l'extrémité inférieure	11000
Fracture articulaire de l'extrémité supérieure ou inférieure	
** Unifragmentaire	14000
** Multifragmentaire	16000
- Clavicule	2800
- Omoplate	7200

b) Membres inférieurs

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Phalange	1500
	- Avant-pied (métatarsien), tarse antérieur, une malléole	7200
	- Astragale, calcaneum, fracture bi-malléolaire, tibia ou tibia et péroné	11000
	* Unifragmentaire	11000
	* Multifragmentaire	14000
	. Rotule	7200
	. Fémur:	
	* Fracture parcellaire extra-articulaire / grand trochanter	11000
	* Fracture diaphysaire	17000
	** Unifragmentaire	18000
	** Multifragmentaire	20000
	* Fractures parcellaires	5600
	* Fracture du rebord cotyloïdien	16000
	** 1 pilier	18000
	** 2 piliers avec deux voies d'abord différentes	24000

Article 4 : Traitement sanglant d'une fracture ouverte récente

Code	Actes	Forfait acte MRU	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Parage de la plaie + traitement orthopédique		Supplément de 20% en plus du coût de la même fracture fermée traitée orthopédiquement
	- Parage de la plaie + ostéosynthèse		Supplément de 20% en plus du coût de la même fracture fermée traitée par voie sanglante

Article 5 : Traitement sanglant des pseudarthroses ou des cals vicieux nécessitant ostéotomie avec interruption de la continuité osseuse.

Code	Actes	Forfait acte MRU	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Voir article 3 (traitement sanglant complet d'une fracture fermée récente avec ou sans ostéosynthèse)		Supplément de 50% quelle que soit la fracture.

Article 6 : Répétition d'un plâtre ou d'un appareil d'immobilisation

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Main, poignet, cheville, pied	1500
	- Avant-bras, bras, jambe, cuisse, genou	2800
	- Plâtre thoraco-brachial, pelvi-pédieux, corset, corset minerve, bi-crural ou bi-jambier	4300

CHAPITRE II : LUXATIONS

La réduction orthopédique d'une luxation inclut la contention par confection d'un appareillage rigide externe ou la stabilisation interne temporaire. La réduction d'une luxation par abord direct inclut la réparation capsuloligamentaire par suture ou plastie, la stabilisation éventuelle de l'articulation par matériel et/ou contention par appareillage rigide externe.

Des clichés radiographiques pris avant et après traitement doivent être fournis

Article 1 : Réduction et contention d'une luxation récente par méthode non sanglante

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Main, poignet, coude, épaule, pied, cheville, genou, disjonction sacroiliaque ou pubienne	2800
	- Hanche	5600
	- Rachis	8000

Article 2 : Réduction et contention d'une luxation récente par méthode sanglante.

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Doigts autres que le pouce	4300
	- Orteils	2800
	- Pouce, clavicule, Carpe, poignet, cheville	8000
	- Coude, épaule, rotule, genou, bassin	11000
	- Hanche	14000

Article 3 : Réduction et contention d'une luxation ancienne par la méthode sanglante.

Code	Actes	Forfait acte MRU	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Voir article 2 (Réduction et contention d'une luxation récente par méthode sanglante)		Supplément de 50% pour coude, épaule, genou, cheville, hanche

Article 4 : Traitement opératoire d'une luxation récidivante quelle qu'en soit la technique.

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Epaule	14000
	- Rotule	11000
	- Autres articulations	8000

Article 5 : Lésion associant la luxation et la fracture d'une épiphyse.

Code	Actes	Forfait acte MRU	Forfait prise en charge globale. MRU
	-Seconde intervention si la fracture comporte une ostéosynthèse.		Supplément de 50% par rapport au forfait de la première intervention.

Article 6 : Luxation ouverte :

Code	Actes	Forfait acte MRU	Forfait prise en charge globale. MRU
	Voir Article 2 ; si les lésions des parties molles n'atteignent pas les tendons, les troncs nerveux, ni les artères principales des membres ; si la réparation des lésions comporte une suture		Supplément de 20% par rapport au forfait de la première

CHAPITRE III : ACTES PORTANT SUR LES OS, MUSCLES, TENDONS, SYNOVIALES ET ARTICULATIONS

Article 1 :

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Ponction biopsie osseuse	400
	- Mise en place d'une broche pour traction continue, en dehors des lésions traumatiques.	720
	- Ablation d'une exostose, d'un séquestre	4300
	* Bassin, hanche, fémur, rachis	5600
	* Autres localisations	2800

- Trépanation osseuse (pour prélèvement de greffon, biopsies, abcès central, etc)	7200
- Comblement d'une cavité osseuse	11000
- Exérèse partielle unicorticale et sans interruption de la continuité osseuse d'une lésion osseuse	11000
- Ostéotomie ou résection osseuse sans rétablissement de la continuité osseuse ni ostéosynthèse	11000
Ostéotomie ou résection osseuse avec rétablissement de la continuité osseuse ou ostéosynthèse	
* Calcanéum	11000
* Fémur	17000
* Autres os	16000
- Ostéotomie uni ou bilatérale du bassin avec interruption de la continuité de la ceinture pelvienne	17000
- Extirpation d'un os du carpe	5600
- Amputation ou désarticulation de la main à l'épaule incluse	8000
- Ablation de la clavicule	7200
- Ablation de l'omoplate	11000
- Amputation inter-scapulo-thoracique	17000
Traitement chirurgical d'un syndrome de loges à la phase aiguë (aponévrotomie, excision de nécrose)	8000
- Traitement chirurgical du syndrome de Volkmann au stade de séquelles (Réanimation poignet)	16000
Plasties ou transpositions musculaires pour séquelles spastiques ou paralytiques de l'épaule, du coude	16000

Article 2 : Muscles, tendons, synoviales (à l'exclusion de la main)

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	Ponction d'abcès froid (avec ou sans injection modificatrice) de grand volume (mal de pott, coxalgie, etc..)	6 00
	- Extirpation d'abcès froid sans lésion osseuse	5600
	- Incision d'un abcès intramusculaire	2100
	- Prélèvement d'un greffon tendineux ou aponévrotique	4300
	- Extirpation d'une tumeur musculaire encapsulée	4300
	- Extirpation d'une tumeur musculaire non encapsulée	
	* Sans envahissement des vaisseaux et des nerfs	8000
	* Avec envahissement des vaisseaux et des nerfs	14000
	* Avec plastie (majoration de 20% de l'acte correspondant	
	- Traitement opératoire des ruptures et hernies musculaires	5600
	- Réparation primitive d'une lésion tendineuse, y compris le traitement de la plaie superficielle ainsi que le prélèvement éventuel d'un greffon à l'exception d'une plaie vaste ou complexe :	
	* Un seul tendon	4300
	* Deux tendons	6400
	* Trois tendons ou plus	8000
	- Ténotomie	2100
	- Biopsie musculaire	2800
	- Exérèse de kystes synoviaux	2800
	Réparation secondaire d'une lésion tendineuse, allongement, raccourcissement y compris le prélèvement éventuel d'un greffon	
	* Un seul tendon	8000
	* Deux tendons	12000

* Trois tendons et plus	16000
- Exérèse d'une ou plusieurs gaines synoviales(Cette cotation n'est cumulable ni avec celle du traitement du syndrome du canal carpien ni avec celle de la libération d'un nerf comprimé.)	14000

Article 3 : Articulations

Code	Actes	Forfait acte MRU	Forfait prise en charge globale. MRU
Ponction articulaire à l'aiguille ou au trocart :			
	* Toutes articulations sauf la hanche	2 00	-
	* Hanche	4 00	-
	- Synoviorthèse de toute articulation	4 00	-
	- Arthroscopie diagnostique (y compris biopsies)	18 00	-
Arthroscopie thérapeutique :			
	* Traitement de l'instabilité épaule sous arthroscopie		140 00
	* Traitement de tendinite épaule / acromioplastie / débridement		11000
	* Synovectomie coude sous arthroscopie / débridement		11000
	* Hanche (synovectomie débridement)		11000
	* Reconstruction ligament croisé sous arthroscopie		14000
	* Suture méniscale sous arthroscopie		11000
	* Ménisectomie sous arthroscopie		11000
	* Synovectomie du genou sous arthroscopie		11000
	* Arthrolyse genou sous arthroscopie		11000
	* Synovectomie cheville sous arthroscopie / débridement		11000
	- Autres thérapeutiques sous arthroscopie (résection des replis synoviaux, libération du canal carpien, ablation de corps étranger, section d'aileron rotulien, gestes sur le cartilage)		8000
	- Mobilisation d'une articulation sous anesthésie générale		400
Biopsie intra-articulaire :			
	* Coude, épaule, hanche, sacro-iliaque, genou		7200
	* Autres articulations		2100
Traitement des plaies, traitement opératoire des lésions articulaires septiques ou aseptiques, quelle que soit la technique :			
	* Un ou plusieurs doigts ou orteils		2800
	* Carpe, métacarpe, poignet, coude,tarse, métatarse, tibio-tarsienne		5600
	* Epaule, genou à l'exclusion de la ménisectomie		8000
	* Hanche, bassin		14000
Arthrolyse, synovectomie, réintervention pour excision tissulaire et nettoyage de prothèse :			
	* Coude, épaule		11000
	* Hanche, genou		14000
	* Autres articulations à l'exclusion de la main		8000

Traitement conservateur d'une ostéonécrose de la tête fémorale	
* Forage	8000
* Cimentoplastie	11000
* Greffe osseuse	16000
* Ostéotomie de dérotation	17000
Traitement conservateur d'une ostéonécrose du condyle fémoral	
* Vissage du séquestre	12000
* Ablation de séquestre et perforation de l'os sous-chondral (intervention de PRIDIE)	11000
* Greffe ostéocartilagineuse (mosaïc plastie)	16000
Arthroplastie sans interposition de prothèse, quelle que soit la technique	
* Coude, épaule, genou	14000
* Hanche	16000
* Autres articulations, à l'exclusion des doigts et des orteils, résection simple d'une tête radiale ou cubitale	8000
Arthroplastie avec interposition de prothèse, quels que soient la technique et le matériel, y compris les sections musculaires ou tendineuses éventuelles	
* Portant sur une surface articulaire:	
** Epaule	14000
** Coude	1100
** Hanche	18000
* Portant sur deux surfaces articulaires:	
** Epaule	20000
** Coude	18000
** Poignet	16000
** Hanche	40000
** Genou	41000
** Tibio-tarsienne	16000
Réintervention pour ablation de prothèse articulaire :	
* Hanche (prothèse totale de hanche)	17000
* Autres articulations, à l'exclusion de la main et des orteils	11000
Réintervention pour changement de prothèse articulaire en un ou deux temps:	
* Hanche	45000
* Genou	45000
* Articulations, à l'exclusion de la main et des orteils	24000
Arthrodèse, quelle que soit la technique:	
* Coude, épaule, genou, sacro-iliaque	14000
* Hanche	20000
* Carpe, poignet	8000
* De l'interligne tibio-tarsienne, sous-astragalienne, médio-tarsienne ou Lisfranc	11000
* Arthrodèse de deux interlignes ou plus	14000

CHAPITRE IV: MAIN

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	Pour les fractures, voir titre I, Chapitre I article 1er	
	- Ablation d'un ongle	1500
	- Ablation d'exostose sous-unguéale	2800
	- Excision d'un panaris	1500
	- Traitement chirurgical d'un phlegmon profond de la main	2800
	- Traitement chirurgical d'un phlegmon d'une ou plusieurs gaines digitales	5600
	- Traitement chirurgical d'un phlegmon d'une ou plusieurs gaines digito-carpiennes	8000
	<u>Sutures primitives des tendons de la main (y compris le traitement de la plaie).</u>	
	• Lésions des tendons extenseurs	
	* Un doigt	7200
	* Deux doigts	10000
	* Trois doigts ou plus	11000
	• Lésion des tendons fléchisseurs	
	* Un doigt	8000
	* Deux doigts	11000
	* Trois doigts ou plus	14000
	<u>Rétablissement secondaire de la fonction après section des tendons quel que soit le procédé :</u>	
	- Tendons extenseurs	
	* Un doigt	8000
	* Deux doigts	12000
	* Trois Doigts ou plus	16000
	- Tendons flechisseurs :	
	* Un doigt	14000
	* Deux doigts	16000
	* Trois doigts ou plus	17000
	- Tenolyse des tendons extenseurs :	
	* Un doigt	8000
	* Deux doigts	11000
	* Trois doigts ou plus	14000
	- Tenolyse des tendons fléchisseurs	
	* Un doigt	11000
	* Deux doigts	14000
	* Trois doigts ou plus	16000
	- Doigt à ressort	4300
	Synovectomie d'une ou plusieurs gaines des extenseurs ou des fléchisseurs - Cette cotation ne se cumule ni avec celle du traitement du syndrome du canal carpien ni avec celle de la libération d'un nerf comprimé.	14000
	- Suture d'un ou plusieurs ligaments	2800
	<u>Ligamentoplasie :</u>	

- Un ligament	5600
- Deux ligaments	7200
- Trois ligaments ou plus	10000
- Chirurgie-réparatrice des articulations des doigts (ligamentoplastie, arthrolyse, ou arthroplasties...) pour rhumatisme, traumatisme fermé, etc..	
* Une articulation	7200
* Deux articulations	8600
* Trois articulations	10000
Arthrodèse d'un doigt	
* Une articulation	5600
* Deux articulations	7200
* Trois articulations	10000
- Arthrodèse inter-métacarpienne	8000
- Amputation ou désarticulation d'une phalange ou d'un doigt	2800
Traitement chirurgical des lésions palmaires ou digitales, aponévrotiques ou cutanées de la maladie de Dupuytren en dehors de l'aponévrotomie simple	16000
- Aponévrotomie simple dans le cadre de la maladie de Dupuytren	8000
- Traitement chirurgical de la syndactylie (greffe comprise)	
* Une commissure	11000
* Deux commissures	14000
- Phalangisation d'un métacarpien	11000
- Pollicisation d'un doigt	20000
- Transposition d'un doigt en dehors de la pollicisation	14000

CHAPITRE V : ACTES PORTANT SUR LE MEMBRE INFÉRIEUR

Article 1 : Cuisse et jambe

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Amputation ou désarticulation de la cheville à la hanche (exclue)	8000
	- Désarticulation de hanche	14000
	- Désarticulation inter-ilio-abdominale	27000
	- Iliectomie large	17000
	- Traitement chirurgical des pseudarthroses congénitales de la jambe	17000
	- Allongement ou raccourcissement de membre inférieur quelle que soit la technique et par côté traité :	
	* Portant sur le tibia	16000
	* Portant sur le fémur	17000
	- Suture d'un ligament périphérique du genou pour rupture traumatique récente	8000
	Ligamentoplastie d'un ligament périphérique du genou par abord chirurgical, quelle que soit la technique	14000
	Traitement d'une lésion du pivot central du genou, quel que soit le nombre de ligaments concernés avec autogreffe, comprenant le prélèvement du greffon tendineux ou ostéotendineux et les gestes associés intra-articulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux quelle que soit la technique	16000

- Patellectomie, patelloplastie, quelle que soit la technique	11000
- Méniscectomie, quelle que soit la technique, y compris l'arthroscopie éventuelle	11000
- Désinsertion du quadriceps pour raideur du genou	14000
Sections ou transplantations musculaires ou tendineuses pour hanche paralytique ou coxarthrose	14000
Traitement complet par traction continue pour réduction orthopédique de luxation congénitale de hanche suivi ou non d'un appareil plâtré	14000
- Réduction chirurgicale de luxation congénitale de hanche avec ou sans creusement du cotyle	16000
- Butée ostéoplastique de hanche	14000
- Arthroplastie intéressant fémur et bassin	24000
Injection sclérosante intra-vasculaire pour varices, quel que soit le nombre d'injections pratiquées, qu'un seul ou les deux membres soient traités, par séance	2 00
- Incision d'une veine superficielle thrombosée	3 60
Pansements des ulcères de jambes (détersion, épluchage et régularisation de la lésion) avec un maximum de deux pansements par semaine	2 00
- Réalisation d'une botte de Unna (acte isolé)	2 00
Réalisation d'une botte de Unna et pansement d'un ulcère de jambe (détersion, épluchage et régularisation de la lésion) avec un maximum de deux par semaine	2 40
Pansement d'un ulcère de jambe (détersion, épluchage et régularisation de la lésion) et pose d'une bande adhésive réalisant la contention permanente inamovible d'au moins deux segments de membres quelle que soit la technique, avec un maximum de deux par semaine	2 40
- Résection isolée d'une veine ou d'un paquet variqueux	4300
- Résection étendue ou totale d'une ou deux saphènes et leurs affluents, une jambe	11000
Epiphysiodèse de l'extrémité inférieure du genou et de l'extrémité supérieure du tibia non compris le prélèvement éventuel d'un greffon	5600
- Prothèse totale d'un genou	21000
- Réparation primitive des ruptures du tendon d'Achille ou du tendon rotulien.	8000
- Réparation secondaire des ruptures du tendon d'Achille ou du tendon rotulien avec ou sans plastie	11000

Article 2 : Pied

Code Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
- Cure radicale de l'ongle incarné ou ablation d'un ongle	1500
- Ablation d'exostose sous-unguale	2800
- Ostéotomie ou résection osseuse métatarsienne ou métatarsophalangienne sans rétablissement de la continuité :	
* Un seul rayon	2800
* Deux rayons	4300
* Trois rayons et plus	5600

- Ostéotomie ou résection osseuse métatarsienne avec rétablissement de la continuité :	
* Un seul rayon	5600
* Deux rayons	7200
* Trois rayons	8000
- Arthrodèse ou arthroplastie interphalangienne avec ou sans intervention tendineuse :	
* Un orteil	2800
* Deux orteils	4300
* Trois orteils et plus	5600
- Arthroplastie métatarso-phalangienne par résection épiphysaire avec interposition ostéo-cartilagineuse ou prothèse :	
* Un seul rayon	7200
* Deux rayons	9300
* Trois rayons et plus	11000
- Ablation totale ou partielle d'un ou des deux sésamoides du gros orteil	2800
- Interventions portant sur les tendons, dans le cadre de la chirurgie de l'avant-pied :	
* Un tendon	4300
* Deux tendons	6400
* Trois tendons et plus	8000
- Amputation ou désarticulation d'une phalange ou d'un orteil avec ou sans la tête du métatarsien	2800
- Amputation d'un orteil avec tout son métatarsien	5600
- Cure d'hallux valgus par la technique de SCARF	11000
- Cure d'un quintus varus	5600
- Plastie cutanée au niveau des orteils, quelle qu'en soit la technique	4300
- Amputation ou désarticulation du pied, de l'articulation tibiotarsienne à l'interligne de Lisfranc	8000
- Aponévrectomie plantaire isolée	7200
- Traitement sanglant de la luxation des tendons péroniers	7200
- Astragalectomie	7200
- Excision de lésions cutanées (autres que verrues) suivie de fermeture par autoplastie locale ou par greffe	8000
- Exérèse d'une ou plusieurs gaines synoviales	12500
- Suture d'un ligament tibio-tarsien ou sous-astragalien, pour rupture traumatique récente	8000
- Plastie d'un ligament tibio-tarsien ou sous-astragalien, qu'elle qu'en soit la technique	11000
- Ablation d'un névrome de Morton	5600
- Arthrolyse sous-astragalienne ou médio-tarsienne	5600

TITRE IV. ACTES PORTANT SUR LES TISSUS EN GENERAL

CHAPITRE I : PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANE

Article 1 : Allergologie

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	Prick tests avec compte rendu	800
	Patch tests avec compte rendu	1500
	- Inventaire allergologique comportant des tests cutanés effectués en injection intradermique avec compte rendu (maximum 3 séances), par séance	1500

Article 2 : Actes Opératoires

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Inclusion ou implantation de pastilles d'hormones amniotiques ou placentaires sous la peau	5 00
	- Les mêmes implants sous une muqueuse	10 00
	- Ablation ou destruction de petites tumeurs bénignes épidermiques :	
	* Par séance	8 00
	* Pour l'ensemble du traitement quelque soit le nombre de séances, la cotation ne pourra dépasser un plafond de 4	30 00
	- Destruction de verrues vulgaires uniques ou multiples (autres que verrues plantaires, unguéales ou planes) :	
	* Destruction d'une verrue en une ou plusieurs séances (traitement global)	12 00
	* Destruction de 2 à 4 verrues en une ou plusieurs séances (traitement global)	15 00
	* Par verrue supplémentaire (au dessus de 4) détruites au cours de la même séance	
	* Pour l'ensemble du traitement, quelque soit le nombre de séances, la cotation ne pourra dépasser un plafond de	58 00
	- Destruction de verrues plantaires :	
	* Unique par séance	14 00
	* Multiples (uni ou bilatérales), par séance (avec au maximum 4 séances)	30 00
	- Destruction de verrues péri-unguérales ou de petites tumeurs sous-unguérales (tumeur glomique, botryomycome) nécessitant l'exérèse partielle de l'ongle :	
	* La première séance	14 00
	* En plusieurs séances (uni ou bilatérales)	30 00
	- Destruction de végétations vénériennes :	
	* La première séance	14 00
	* Les suivantes	800
	* Pour l'ensemble du traitement quelque soit le nombre de séances, la cotation ne pourra dépasser un plafond de	58 00
	- Incision ou drainage d'une collection isolée ou associée superficielle peu volumineuse.	800
	- Incision d'une collection volumineuse sous anesthésie générale.	30 00
	- Traitement des angiomes, télangiectasies, leucoplasies, naevi non pigmentaires, verrues planes, chéloïdes :	
	* Par cryothérapie, injections sclérosantes ou ces traitements combinés, par séance	1000
	* Electrolyse ou électrocoagulation par séance	1000
	* Infiltration intra-tissulaire unique ou multiple	600
	- Ablation ou destruction de tumeurs cutanées ou sous cutanées bénignes (quelles que soient la dimension et la technique employées) :	

* Inférieures ou égale à 4 cm ²	14 00
* Supérieures à 4 cm ²	20 00
* Ablation ou destruction de tumeurs bénignes sous-cutanées ou sous-aponévrotiques, quelle soit la dimension ou la technique employée sur les parties découvertes de la tête, du cou et des mains.	20 00
- Ablation ou destruction de naevi pigmentaires ou de tumeurs cutanées malignes (quelque soit la technique employée et le nombre de séance) :	
* Tumeurs n'atteignant pas 4 cm ²	30 00
* De 4 à 8 cm ²	58 00
* Supérieurs à 8 cm ²	72 00
- Prélèvement simple de peau ou de muqueuse pour examen histologique	800
- Prélèvement de peau suivi de suture pour examen histologique	1200
- Prélèvement de peau suivi de suture pour examen histologique, si ce prélèvement est effectué sur les parties découvertes de la tête, du cou ou des mains	1200
- Plastie cutanée hétéro-jambière, l'ensemble des temps	165 00
- Autoplastie par lambeau unipédiculé à distance (les deux temps, y compris le recouvrement de la région donneuse et l'appareil plâtré éventuel) quelle que soit la surface	140 00
- Epiploplastie pour comblement d'une vaste perte de substance extra-abdominale, y compris l'autogreffe cutanée éventuellement associée :	
* Par lambeau de rotation	165 00
* Par lambeau libre, y compris les anastomoses	200 00
- Exérèse ou destruction en masse d'un lupus ou d'une tuberculose verruqueuse, en une ou plusieurs séances :	
* Lésion de moins de 4 cm ²	22 00
* Lésion de 4 cm ² et plus	44 00
- Epilation par électrolyse ou électrocoagulation : la séance d'une demi-heure	800
- Capillaroscopie	1000
- Ultraviolets pour affection dermatologique : par séance	500
- Destruction d'un tatouage :	
* Jusqu'à 4 cm	14 00
* De 4 à 8 cm	22 00
* Au dessus de 8 cm	29 00
- Traitement exfoliant de l'épiderme par application de substances lépismatiques (acide salicyclique, acide phénique, naphthol B, résorcine)	1000
- Nettoyage de peau et mise à plat des collections suppurées et kystiques , par séance (maximum de 4 séances)	800
- Abrasion des téguments au moyen d'une instrumentation rotative ou d'un matériel équivalent : par séance (maximum 6 séances)	1000
- Excision d'une cicatrice vicieuse suivie de suture	28 00
- Excision des hygromas	22 00
- Excision d'un anthrax	14 00
- Greffes libres de peau totale :	
* Inférieure à 10 cm ²	44 00
* Supérieure à 10 cm ²	72 00
* Au dessus de 200 cm ² , par multiple de 200 cm ² , en supplément	30 00
- Autoplastie par mutation ou glissement	86 00
- Correction d'une bride rétractile par plastie en Z	72 00
- Ablation d'une tumeur cutanée suivie de fermeture par balancement des	72 00

lambeaux ou par greffe	
Remarque : Pour la chirurgie plastique des téguments de la face , du cou, de la main et des doigts, les chiffres précédents sont à augmenter de 50%	
- Mise en place d'une prothèse d'expansion cutanée	44 00
- Séance de gonflage d'une prothèse d'expansion cutanée	4 00

Article 3 : Plaies récentes ou anciennes

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Régularisation parage et suture éventuelle d'une plaie superficielle et peu étendue des parties molles	8 00
	- Régularisation, épiluchage et suture éventuelle d'une plaie des parties molles, profonde et étendue, sans grosse lésion vasculaire, tendineuse ou nerveuse	28 00
	- Régularisation, épiluchage et suture éventuelle des plans superficiels dans le cadre du traitement d'une plaie vaste ou complexe des membres ou de paroi thoraco-abdominale entraînant des ligatures de gros vaisseaux, des sutures tendineuses et des sutures nerveuses des troncs principaux	58 00
	- Evacuation chirurgicale et drainage des épanchements séro-hématiques des membres avec décollement cutané étendu	58 00
	- Nettoyage ou pansement d'une brûlure :	
	* Surface au-dessous de 10 cm ²	1400
	* Surface inférieure à 10%	2200
	* Surface entre 10 et 20%	5800
	* Surface supérieure à 20%	8600
	NB - En cas de brûlures multiples, il convient de considérer les surfaces additionnées (Ces chiffres sont à majorer de 50% s'il s'agit de plaies ou brûlures de la face ou des mains)	
	- Extraction de corps étrangers profonds des parties molles	2800
	- Exérèse de lésions congénitales de la peau et des parties molles de la face et du cou :	
	* Exérèse d'un kyste ou d'une fistule de la première fente branchiale, sans dissection du nerf facial	7200
	* Exérèse d'un kyste ou d'une fistule de la première fente branchiale, avec dissection du nerf facial	14000
	* Exérèse d'un kyste ou d'une fistule de la deuxième fente branchiale	11600
	* Exérèse d'un kyste ou d'une fistule de la troisième ou de la quatrième fente branchiale	11600
	* Exérèse d'un kyste de la queue du sourcil	5800

CHAPITRE II : NERFS

Article 1 : Infiltrations percutanées

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Ganglion de Gasser	8 00
	- Nerf trijumeau (trou oval ou grand rond), nerf ophtalmique	4 00
	- Nerf maxillaire supérieur ou inférieur à la base du crâne	3 20

- Branches terminales du trijumeau (sus et sous-orbitaire, à l'épine de spix, mentonnier, dans le canal palatin postérieur, etc...)	2 00
- Infiltration du nerf phrénique, splanchnique, hypogastrique du sympathique lombaire, du ganglion stellaire ou du ganglion sympathique cervical supérieur	6 00
- Suture nerveuse primitive	8600
- Suture nerveuse secondaire	10000
- Ablation de tumeur nerveuse avec suture (membre ou autre région)	11000
- Greffe nerveuse en un ou deux temps	16000
- Libération d'un nerf comprimé	7200
- Traitement du syndrome du canal carpien, quelle que soit la technique, avec ou sans synovectomie partielle	7200
- Résection caténaire ou ganglionnaire en général	16000
- Sympathectomie dorso-lombaire et sous-diaphragmatique	16000
- Opération portant sur le nerf splanchnique, le ganglion aortico-rénal ou les nerfs du pédicule rénal	16000
- Neurotomie périphérique	5600
- Rétablissement de la sensibilité par transplantation cutanée avec le pédicule vasculo-nerveux	16000

TITRE IV : ACTES PORTANT SUR LA TETE

CHAPITRE I : CRANE ET ENCEPHALE

Article 1 : Investigation neurologique centrale et périphérique

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Ponction lombaire avec ou sans injection médicamenteuse	3 20
	- EEG standard	12 00
	- EEG avec cartographie	18 00
	- EEG de 24 h ambulatoire ("HOLTER EEG")	22 00
	- EEG vidéo	21 00
	EEG de sommeil (ne se cumule pas avec l'enregistrement polysomnographique)	21 00
	- Examen électrocorticographique	21 00
	- Echoencéphalogramme	4 00
	- Electromyogramme : quel que soit le ou les territoires examinés.	
	* Examen électromyographique par oscilloscope, phonie ou enregistrement photo-graphique à faible définition.	6 00
	* Examen électromyographique avec enregistrement photographique à définition normale (enregistrement continu d'au moins trois secondes permettant de discerner sur le document final un signal sinusoidal de 1000 hertz) ou recherche de spasmophilie avec épreuve du garrot sous contrôle E.M.G	12 00
	* Examen de stimulo-détection avec réception musculaire et mesures chronologiques,	8 00
	* Mesure de vitesse de conduction sensitive	8 00
	* Etude de la vitesse de conduction nerveuse motrice : quel que soit le	8 00

territoire ou le nombre de troncs explorés,	
* Recherche d'un bloc de la conduction neuro-musculaire (myasténie avec épreuve de stimulation répétitive),	12 00
- Potentiels évoqués	
* Moteurs (par stimulation magnétique),	12 00
* Somesthésiques étagés,	12 00
* Visuels,	12 00
* Auditifs du tronc cérébral,	12 00
* Auditifs du tronc cérébral avec anesthésie	16 00
* Myogéniques (vestibulaires),	12 00
- Electro -rétinogramme	
* Simple,	12 00
* Dynamique,	12 00
- Potentiels évoqués cognitifs (endogènes)	-
* Variation contingente négative,	16 00
* Onde P300,	16 00
* Potentiel de préparation motrice,	16 00
- Electro-oculographie,	12 00
- Posturographie statique et dynamique sur plate-forme multitest,	18 00
- Epreuves vestibulaires et d'oculomotricité,	18 00
- Videonystagmographie,	18 00
- Réflexe H.	8 00
- EMG complet (détection, VCN motrices et sensitives, reflexe H)	18 00
- EMG global (de surface)	12 00
- Enregistrement du sommeil	-
* Polygraphie simple ambulatoire ("HOLTER") comportant EEG,EOG et EMG	22 00
* Polysomnographie de nuit complète (EEG, EOG, EMG, ECG, Respiration naso-buccale, respiration thoraco-abdominale, saturation d'O2)	24 00
* Polysomnographie de nuit complète (EEG, EOG, EMG, ECG, Respiration naso-buccale, respiration thoraco-abdominale, saturation d'O2)	40 00
* Polysomnographie de sieste (EEG, EOG, EMG, ECG, Respiration naso-buccale, respiration thoraco-abdominale, saturation d'O2)	36 00
-Biopsie neuro-musculaire	43 20

Article 2 : Explorations chirurgicales

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	-Trous de trépan explorateurs, quel qu'en soit le nombre	5600
	- Volet décompressif	8600
	- Implantation intracérébrale d'électrodes pour enregistrement de longue durée	14000

Article 3: Actes thérapeutiques

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
------	-------	--------------------------------------

- Trous de trépan et ponction d'un abcès ou d'un hématome intra-crânien	1100
1° Exérèse d'une lésion expansive. Les coefficients de cet article comprennent l'exérèse de la lésion et de ses différents prolongements éventuels, quel que soit leur localisation :	
a) Lésions expansives sustentorielles :	
* Lésion de la voûte du crâne	16000
* Lésion extra-parenchymateuse de la convexité	21000
* Lésion intra-parenchymateuse des hémisphères	21000
* Lésion des ventricules latéraux	30000
* Lésion du troisième ventricule	30000
* Lésion de la ligne médiane (commissures et faux)	30000
b) Lésions expansives des régions sellaie et pinéale	
* Lésion hypophysaire intrasellaire (voie rhinoseptale)	21000
* Lésion hypophysaire à extension suprasellaire (quelle que soit la voie)	22000
* Lésion exclusivement suprasellaire (voie sous-frontale ou ptériorale)	30000
* Lésion expansive de la région pinéale	30000
c) Lésions expansives de la base du crâne :	
* Lésion de l'étage antérieur	30000
* Lésion du clivus et de la petite aile du sphénoïde	30000
* Lésion du clivus et de l'incisure tentorielle	30000
* Tumeur postérieure de l'orbite (par voie neurochirurgicale)	22000
d) Lésions expansives sous-tentorielles :	
* Tumeur des hémisphères cérébelleux	18000
* Tumeur du vermis cérébelleux et/ou du quatrième ventricule	22000
* Tumeur du tronc cérébral	30000
* Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux	45000
* Tumeur de la tente du cervelet ou du trou occipital	30000
2° Lésions infectieuses et parasitaires :	
- Traitement d'un empyème extra-parenchymateux	14000
- Ponction d'un abcès intra-parenchymateux	11000
- Exérèse d'un abcès ou d'une parasitose intra-parenchymateuse	18000
3° Anévrismes artériels intra-crâniens :	
- Exclusion d'un anévrisme artériel supra-tentoriel par voie neurochirurgicale	40000
- Exclusion d'un anévrisme artériel vertébrobasilaire par voie neurochirurgicale	40000
- Exclusion en un temps de deux anévrismes artériels (ou plus) par voie neurochirurgicale	45000
4° Anévrismes artério-veineux intra-crâniens :	
- Exérèse des anévrismes artério-veineux méningés	20000
- Exérèse des anévrismes artério-veineux corticaux à pédicule unique	20000
- Exérèse des anévrismes artério-veineux profonds ou corticaux à pédicules multiples	40000
5° Autres lésions vasculaires cérébrales :	
- Evacuation d'un hématome intra-cérébral sustentoriel	18000
- Evacuation d'un hématome cérébelleux	22000
- Anastomoses vasculaires extra-intra-crâniennes	22000
6° Lésions traumatiques superficielles :	

- Excision d'une plaie du cuir chevelu	5600
Traitement opératoire du scalp :	
* Sans greffe	4300
* Avec greffe ou autoplastie	11000
Traitement opératoire d'un embarrure de la voûte :	
* Fermée	14000
* Ouverte	17000
- Cranioplastie par matériel (prothèse, homo ou autogreffe)	14000
7° Lésions traumatiques intra-crâniennes :	
- Evacuation d'un hématome extra-dural	18000
- Evacuation d'un hématome sous-dural aigu et/ou traitement d'une contusion cérébrale	17000
- Evacuation d'un hématome sous-dural chronique	11000
- Mesure de la pression intra-crânienne par capteur intra-crânien	5600
- Traitement d'une plaie crânio-cérébrale	18000
- Traitement d'une fistule traumatique du liquide céphalo-rachidien	22000
8° Dérivation du liquide céphalo-rachidien :	
- Pose d'un drainage ventriculaire externe	5600
- Dérivation ventriculo-atriale ou péritonéale, lombo-péritonéale	17000
- Dérivation kysto ou sous duro-péritonéale	17000
- Ablation d'une dérivation externe	4300
- Ventriculo-cisternostomie	18000
9° Malformations crânio-encéphaliques :	
- Traitement des méningo-encéphalocèles	17000
Traitement des craniosténoses	
* Par tranchées	22000
* Par transposition de volets	25000
10° Interventions réparatrices :	
- Cranioplastie	17000
- Cranioplastie avec réparation de la voûte orbitaire	22000
11° Chirurgie fonctionnelle :	
- Interventions stéréotaxiques avec repérages électro-physiologiques	40000
- Hémisphérectomie	40000
- Excision d'une zone épileptogène avec enregistrement corticographique	22000
12° Neurochirurgie de la douleur :	
Nevralgie Faciale :	
* Thermocoagulation du trijumeau	14000
* Thermocoagulation facettaire, quels que soient le nombre d'étages ou de côtés traités	5600
* Traitement chirurgical d'un conflit artère-nerf intra-crânien	22000
- Myélotomie ou cordotomie (percutanée ou ouverte)	18000
- Implantation d'une électrode épidurale	5600
- Implantation d'un stimulateur médullaire	11000
- Implantation sous-arachnoïdienne d'un réservoir ou d'une pompe	14000
- Suture et greffe de Nerf cranien	22000
13° Traitement des malformations cérébrales :	
- Kyste Arachnoïdien	
* Drainage interne	18000

* Exerèse	22000
- Biopsie stéréotaxique d'une tumeur	25000

CHAPITRE II : ŒIL ET ORBITE

Article 1 : Actes d'exploration clinique

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Electro-oculogramme (oculographie sensorielle et motrice)	1200
	- Bilan électrophysiologique oculaire (comportant électrorétinographie, électro-oculogramme et potentiels évoqués visuels)	1800
	- Examen fonctionnel détaillé de la motilité oculaire dans le strabisme et les hétérophories	400
	- Examen sensori-moteur dans le strabisme et l'amblyopie	600
	- Biomicroscopie du fond de l'œil avec verre de contact à trois miroirs ou panoramique, associée ou non à une gonioscopie	440
	- Gonioscopie	360
	- Tonographie au tonomètre électronique	5 20
	- Courbe de tension (quatre fois par jour pendant cinq jours)	5 20
	- Echographie simple en mode A	3 60
	- Echographie oculaire et orbitaire (en mode B ou en modes A et B)	7 60
	- Echographie oculaire avec calcul des différents paramètres et de la puissance du cristallin artificiel	7 60
	- Biomicroscopie aux ultra-sons	6 00
	- Microscopie spéculaire de l'endothélium cornéen et clichés photographiques	5 20
	- Première adaptation et/ou changement de lentilles avec pose et surveillance (pendant les 6 premiers mois) de lentilles optiques correctrices.	
	* Pour un œil	12 00
	* Pour les deux yeux	16 00
	- Adaptation de lentilles thérapeutiques ou lentilles pansements	8 00
	- Kératesthésie	4 00
	- Rétinographie (avec maximum de deux épreuves par an)	4 00
	- Pachymétrie cornéenne	6 00
	- Fond d'œil par ophtalmoscopie indirect chez le prématuré ou le nouveau-né	6 00
	- Mesure du tonus oculaire sous anesthésie générale	6 00
	- Scanning laser ophtalmoscopie	8 00
	- Tomographie en cohérence optique	8 00

Article 2 : Opérations sur les paupières, les sourcils et la région orbito-faciale

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Réfection palpébrale simple pour lésion traumatique, tumorale ou neurologique	5500

- Réfection palpébrale totale en plusieurs plans, quelle que soit la technique, pour lésion traumatique, tumorale ou neurologique	7000
- Chirurgie fonctionnelle du ptôsis et de la lagophtalmie	6000
- Autoplastie palpébrale	7000
- Intervention chirurgicale sur les bords palpébraux (blépharorrhaphie, tarsorrhaphie et canthoplastie)	2000
- Traitement chirurgical du chalazion et/ou des kystes des paupières	1500
- Traitement chirurgical de l'entropion ou ectropion, ou du trichiasis ou du blépharochalasis	2500
- Electrolyse ciliaire au laser	1500
- Extraction d'un corps étranger de l'orbite	4500
- Biopsie de paupière	1500
Ablation ou destruction du xanthélasma	-
* Lésion unique	1800
* Lésions multiples, en une ou plusieurs séances uni ou bilatérales	2500
- Exérèse de lésion cutanée du sourcil	1800
- Exérèse transfixiante de lésion d'une paupière,	-
* Sans libération du canthus latéral	2500
* Avec libération du canthus latéral	3000
- Suture des plaies cutané-muqueuses des paupières	2500
- Orbitotomie par voie antérieure avec extraction de corps étrangers ou de tumeurs ou de pseudo-tumeurs inflammatoires (kyste dermoïde de l'orbite)	6000
- Orbitotomie avec drainage éventuel d'un phlegmon de l'orbite	4000
- Orbitotomie avec trépanation osseuse pour tumeurs ou pseudo-tumeurs	7200
- Enucléation	3600
- Enucléation ou éviscération avec insertion de sphère pour prothèse	5000
- Exentération de l'orbite	6000
- Traitement d'une plaie perforante du globe	4500
- Traitement des gros délabrements post-traumatiques récents de la région orbitaire intéressant : paupières, globe, os	7200
- Suture de plaie des muscles oculomoteurs	4500
- Réinsertion post traumatique de muscles oculomoteurs	6000
- Ablation d'une tumeur de l'orbite avec intervention intracrânienne. Pour l'équipe d'ophtalmo	7000
- Réfection totale d'une cavité orbitaire avec greffe(muqueuse, dermo-épidermique ou de peau totale).	7000

Article 3 : Opérations sur l'appareil lacrymal

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Cathétérisme des voies lacrymales avec anesthésie régionale	1200
	- Cathétérisme avec pose d'une sonde bicanaliculo-nasale	3000
	- Ablation totale ou partielle d'une glande lacrymale	2500

- Ablation chirurgicale du sac lacrymal	2500
- Dacryocystorhinostomie ou lacodacryostomie	7000
- Réparation canaliculaire avec ou sans intubation	6000
- Pose d'un clou méatique en cas d'atrésie ou de sécheresse oculaire	2000
- Fermeture de point lacrymal par cautérisation au laser	1200
- Extraction de corps étranger des voies lacrymales	1800
- Incision de l'appareil lacrymal avec ou sans drainage	1200
- Biopsie de la glande ou du sac lacrymal	1200

Article 4 : Chirurgie de la conjonctive et du segment antérieur du globe

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	-Exploration et suture d'une plaie simple de la conjonctive	2000
	- Ablation ou destruction d'une lésion conjonctivale ou cure de symblépharon :	-
	* Suivie d'autoplastie conjonctivale par glissement	2000
	* Suivie de greffe conjonctivale ou de muqueuse buccale	4000
	- Recouvrement conjonctival	1800
	- Greffe de conjonctive (hétérogreffe ou muqueuse buccale)	4000
	- Cryoapplication de la cornée et cryoapplication sur la conjonctive bulbaire ou palpébrale, par séance	1200
	- Traitement d'une plaie simple cornéenne ou cornéosclérale, unique ou multiple, sous microscope opératoire	4000
	- Traitement d'une plaie complexe de la cornée (avec hernie de l'iris ou du vitré) et/ou d'une plaie de la sclérotique (suivie d'indentation et de coagulation)(traitement sous microscope opératoire)	6000
	- Traitement de plaies anfractueuses de la cornée, avec ou sans recouvrement, avec ou sans résection irienne	5000
	- Traitement du ptérygion	
	* Ablation chirurgicale simple	2000
	* Ablation chirurgicale suivie de greffe de conjonctive ou muqueuse buccale	4500
	- Biopsie de la conjonctive	600
	- Traitement chirurgical d'herpès cornéen ou d'ulcère infectieux	1200
	- Autokératoplastie par rotation	9000
	- Kératoplastie lamellaire	6500
	- Kératoplastie transfixiante avec ou sans iridectomie périphérique	9000
	- Kératoplastie avec extraction du cristallin et implantation	180 00
	- Greffe de membrane amniotique	200 00
	- Kératoprothèse	25000
	- Injection sous conjonctivale	4 00
	- Ponction de la chambre antérieure de l'œil à visée diagnostique ou thérapeutique	1000
	- Traitement du tatouage de la cornée, quel que soit le nombre de séances	10 00
	- Exérèse de tumeur du limbe	
	* Sans greffe lamellaire	8000
	* Avec greffe lamellaire	140 00

Article 5 : Chirurgie du segment postérieur du globe

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRO
	- Traitement du décollement de la rétine par indentation et coagulation quelle qu'en soient les techniques	
	* limitées à un quadrant	7500
	* Etendues (de plus d'un quadrant à toute la circonférence)	11000
	- Pelage de membrane maculaire avec vitrectomie associée ou non à un tamponnement interne	9000
	- Chirurgie des néovaisseaux sous-rétiniens maculaires	9000
	- Séance de destruction de lésions chorio-rétiniennes par cryo-application trans-sclérale, par séance	5000
	- Séance de destruction des zones d'ischémie rétinienne par cryo-application trans-sclérale, par séance	5000
	- Cyclocryothérapie transsclérale	5000
	- Exérèse de tumeur de l'uvée(iris, corps ciliaire, choroïde)	9000
	- Implantation sclérale de matériel pour source de rayonnement (destruction de tumeur)	5000
	- Ablation de matériel d'indentation	3000
	- Ablation de silicone	3000
	- Vitrectomie postérieure simple	7500
	- Vitrectomie associée à un tamponnement interne et/ou à une dissection épitréinienne et/ou à une endocoagulation	9000
	- Section de brides vitréennes par voie antérieure ou postérieure par photodisruption au laser	4500
	- Injection intra-vitréenne à visée anti-inflammatoire ou anti-infectieuse y compris l'examen du fond d'œil avant et après injection.	800
	- Traitement de la rétine palissadique ou des déchirures sans décollement par photo-coagulation, cryo-application ou diathermo-coagulation, en une ou plusieurs séances, quel que soit le nombre de séances dans une période de vingt jours, par périodes de vingt jours	4000
	- Remplacement du vitré par voie postérieure	6000

Article 6 : Photocoagulation du segment postérieur

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Photocoagulation de la périphérie rétinienne en cas de lésions dégénératives, en vue de la prévention du décollement de la rétine :	-
	* Limitée à un quadrant	16 00
	* Etendue à plus d'un quadrant, en plusieurs séances, en vue de réaliser un barrage périphérique circonférentiel, par séance (y compris la consultation de contrôle post-laser dans le mois qui suit)	18 00
	- Photocoagulation panrétinienne périphérique en plusieurs séances, par séance (y compris la consultation de contrôle post-laser dans le mois qui suit)	20 00
	- Photocoagulation de la région maculaire avec laser	20 00

monochromatique ou laser à colorants	
- Panphotocoagulation des autres lésions de la rétine en une ou plusieurs séances, y compris la consultation de contrôle post laser dans le mois qui suit, par séance	18 00
- Photothérapie dynamique	21 00
- Thermothérapie transpupillaire	21 00

Article 7 : Traitement de la cataracte

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Capsulotomie et Iridectomie Laser Yag	20 00
	- Photocoagulation de l'Iris	18 00
	- Cure de hernie de l'iris et/ou du vitré (avec vitrectomie antérieure) avec sutures sous microscope opératoire	4300
	- Extraction intracapsulaire ou extracapsulaire du cristallin avec ou sans implantation	3000
	- Extraction du cristallin par phacoemulsification avec ou sans implantation	8000
	- Extraction du cristallin luxé, ectopique ou subluxé	8000
	- Capsulotomie chirurgicale	3600
	- Libération chirurgicale de synéchies ou de brides post opératoires	3000
	- Libération de synéchies ou de brides post opératoires au laser Yag	1600
	- Ablation d'implant	3600
	- Implantation secondaire de cristallin artificiel non suturé	4300
	- Implantation secondaire de cristallin artificiel suturé	7200
	- Explantation avec réimplantation	4300

Article 8 : Ablation des corps étrangers intra-oculaires (du globe oculaire)

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Corps étrangers superficiels non transfixiants du segment antérieur	400
	- Corps étrangers intra-oculaires :	
	* Dans le segment antérieur de l'œil	3600
	* Dans le segment postérieur de l'œil	7200
	- Corps étrangers transfixiants de la cornée ou de la chambre antérieure	
	* Magnétiques	3000
	* Non magnétiques	4300

Article 9 : Traitement du glaucome

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Traitement chirurgical du glaucome :	
	* Iridectomie, iridotomie	3000
	* Simple (cyclodialyse, cyclodiathermie)	4300
	- Intervention fistulisante du glaucome, quelle qu'en soit la méthode	7000

- Trabéculotomie, trabéculectomie	7000
- Goniectomie par voie externe	7000
- Sclérectomie profonde non transfixiante	7500
- Exérèse d'une invasion épithéliale de la chambre antérieure	7000
- Réfection d'une fistule hypertrophique ou atrophique	3600

Article 10 : Opérations sur les muscles de l'œil

Code Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
- Chirurgie du strabisme	6000
- Correction des paralysies oculo-motrices et du nystagmus	7000
- Chirurgie des syndromes rétractiles oculo-moteurs	7000

Article 11 : Chirurgie Réfractive (correction des troubles réfractifs)

Code Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
- Kératotomie de l'astigmatisme (Kératotomie relaxante pour correction d'astigmatisme cornéen induit)	5000
- Photokératectomie au laser excimer	2400
- Photokératectomie au lasik	3000
- Pose d'implant sur œil phaqué pour la correction de la myopie	7000
- Mise en place d'anneaux intracornéens	7000

CHAPITRE III : OREILLES

Article 1 : Investigations

Code Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
- Examen audiométrique tonal ou vocal	6 00
- Impédancemétrie	4 00
- Examen audiométrique spécial de l'enfant	6 00
- Audiométrie tonale avec impédancemétrie	10 00
- Oto-émissions acoustiques	12 00
- Examen labyrinthique calorique	6 00
- Examen labyrinthique postural	12 00
- Exploration vestibulaire avec enregistrement VNG,ENG,...	12 00

Article 2 : Opérations sur l'oreille externe

Code Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
- Ablation de bouchon de cérumen ou épidermique uni ou bilatéral	200
- Ablation de bouchon épidermique sous anesthésie générale	800
Ablation de corps étranger	

* Non enclavé, du conduit auditif externe	200
* Enclavé, du conduit auditif externe (AG)	800
* Nécessitant une opération sanglante	4000
- Exérèse d'une tumeur osseuse bénigne oblitérante du conduit auditif externe	8000
- Traitement par curetage d'un othématome important ou périchondrite	3000
- Chirurgie correctrice bilatérale des oreilles décollées	8000
- Reconstitution du pavillon de l'oreille pour aplasie ou mutilation grave, avec greffe cartilagineuse, non compris les temps de préparation des lambeaux cutanés	16500
- Résection simple d'une tumeur maligne de l'oreille externe	3600
- Résection large d'une tumeur maligne de l'oreille externe	8000
- Plastie d'un lobule bifide de l'oreille externe, un coté	2200
- Ablation chirurgicale d'une chéloïde de l'oreille	3600
- Biopsie d'une tumeur du conduit auditif externe et ou de l'oreille moyenne sous microscope	1200

Article 3 : Opérations sur l'oreille moyenne

Code Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
- Paracentèse du tympan unilatérale	1500
- Ablation d'un polype de l'oreille moyenne	1500
- Drainage permanent transtympanique sous microscopie pour otite séreuse (traitement global)	4300
- Mastoïdectomie	11000
- Evidement pétro-mastoïdien	16500
- Exploration chirurgicale de l'oreille moyenne sous microscope	11000
- Myringoplastie simple	11000
- Chirurgie de l'otospongiose	17000
- Tympanoplastie avec temps fonctionnel (ossiculoplastie), quelle que soit la technique	17000
- Résection du rocher pour tumeur de l'oreille moyenne	20000
- Petrectomie large pour tumeur maligne	28000
- Oto-neuro-chirurgie (voie translabyrinthique, rétro-sigmoïde, chirurgie de la base du crâne)	20000
- Implant cochléaire	20000

Article 4 : Nerf facial

Code Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
- Traitement chirurgical d'une paralysie faciale	
* Par greffe intrapétreuse	17000
* Par décompression intrapétreuse (2ème et/ou 3ème portion)	17000
* Par décompression de la 1ère portion par voie sus pétreuse avec ou sans ablation du ganglion géniculé	20000

CHAPITRE IV : FACE

Article 1 : nez

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Traitement du rhinophyma par décortication sans réparation	4300
	- Plastie narinaire réparatrice uni ou bilatérale	11000
	- Traitement chirurgical de la rhinite atrophique	8500
	- Traitement de la rhinite atrophique uni ou bilatérale par injection de substance plastique	2400
	- Réduction d'une fracture récente du nez avec ou sans appareillage	1600
	- Rhinoplastie post-traumatique, y compris le traitement de la cloison	14000
	- Rhinoplastie avec greffe osseuse ou cartilagineuse	16500
	- Chirurgie réparatrice de la pyramide nasale avec greffe osseuse ou cartilagineuse, non compris les temps de préparation de lambeaux cutanés	16500
	- Ablation d'un corps étranger non enclavé des fosses nasales	4 00
	- Ablation d'un corps étranger enclavé des fosses nasales	800
	- Hémostase nasale pour épistaxis	800
	- Turbinectomie unilatérale	2100
	- Résection de crête de cloison	2100
	- Résection ou reposition de la cloison à visée réparatrice	8500
	- Traitement d'une synéchie nasale	1500
	- Traitement d'une oblitération choanale membraneuse unilatérale	3000
	- Traitement d'une oblitération choanale osseuse	14000
	- Traitement d'un hématome ou abcès de la cloison	1500
	- Traitement d'une polypose nasale unilatérale en une ou plusieurs séances (y compris les récidives dans les trois mois)	2100
	- Fermeture autoplastique d'une communication bucco-nasale ou bucco-sinusale	10000

Article 2 : Sinus

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Ponction isolée du sinus maxillaire	8 00
	- Lavage de sinus par ponction ou par méthode de proëtz avec maximum de dix séances (la séance)	4 00
	- Trépano-ponction du sinus frontal	2100
	- Traitement par drainage permanent et instillations par voie endo-nasale d'une sinusite maxillaire	2400
	- Traitement d'une lésion non maligne du sinus maxillaire, quelle qu'en soit l'origine, par trépanation de la fosse canine	11000
	- Traitement chirurgical par trépanation externe d'une atteinte infectieuse ou d'une lésion non maligne ethmoïdo-frontale unilatérale	11000
	- Traitement chirurgical d'un ostéome ethmoïdo-frontal	14000
	- Traitement d'une pansinusite unilatérale, quelle que soit la voie d'abord	16500
	- Traitement chirurgical d'une tumeur maligne des sinus	20000

Article 3 : Chirurgie endonasale avec optique

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Meatomie moyenne unilatérale	11000
	- Ethmoïdectomie antérieure (infundibulotomie) unilatérale	14000
	- Ethmoïdectomie totale fronto-ethmoïdo-maxillaire unilatérale	16500
	- Ethmoïdectomie totale fronto-ethmoïdo-maxillaire avec sphénoïdotomie unilatérale	17500
	- Drainage du sinus frontal unilatéral	11000
	- Sphénoïdotomie unilatérale	14000

Article 4 : Traitement des diverses lésions de la face

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Traitement chirurgical d'une cellulite ou adénite génienne (incision ou drainage filiforme)	1500
	- Exérèse chirurgicale d'une tumeur maligne suivie de réparation quelle que soit la technique	8500
	- Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par réparation plastique musculo-cutanée quelle que soit la technique	11500
	- Correction de dépression traumatique ou congénitale de la face n'intéressant pas l'orbite, par greffe osseuse, cutanéomuqueuse, dermo-graisseuse ou par matériau inerte (prélèvement du greffon osseux non compris)	11500
	- Traitement chirurgical d'une collection suppurée de la face, y compris éventuellement les extractions dentaires	5600
	- Réfection uni ou bilatérale d'un massif osseux par greffe osseuse cartilagineuse, ou par matériaux inertes intégrant l'orbite, l'os malaire, les maxillaires et la mandibule pour lésion congénitale ou ancienne	17000

CHAPITRE V : BOUCHE ET PHARYNX

Article 1 : Lèvres

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Réfection partielle d'une lèvre détruite par tumeur ou traumatisme	11500
	- Réfection totale d'une lèvre détruite par tumeur ou traumatisme en un ou plusieurs temps	16500
	- Traitement chirurgical de :	
	* Bec de lièvre unilatéral simple	8600
	* Bec de lièvre total sans division vélopalatine	11500
	* Division vélopalatine	14000
	* Bec de lièvre avec division vélopalatine	16500
	- Retouche de bec de lièvre ou de division vélopalatine, six mois au moins après l'opération principale	7200
	- Traitement chirurgical de "double lèvre"	8600

Article 2 : Langue

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Incision d'un abcès de la langue ou du plancher de la bouche par voie buccale	2800
	- Excision et suture d'une bride fibreuse ou du frein hypertrophié	1500
	- Excision et suture d'une bride fibreuse ou du frein hypertrophié avec plastie en Z ou en VY	5600
	- Glossectomie partielle correctrice	8600

Article 3 : Plancher de la bouche

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Incision d'un abcès ou phlegmon de la base de la langue ou du plancher de la bouche par voie sushyoïdienne	5600
	- Excision par voie buccale d'un kyste du plancher de la bouche	5600

Article 4 : Pharynx

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Adénoïdectomie, y compris le traitement éventuel des complications	3000
	- Amygdalectomie par dissection chez l'adulte ou l'enfant	5600
	- Traitement des hémorragies amygdaliennes postopératoires chez l'adulte	3000
	- Electrocoagulation ou cryothérapie des amygdales ; chaque séance (maximum 06 séances)	400
	- Ablation d'un polype choanal	3000
	- Incision d'un abcès simple de l'amygdale	1500
	- Incision d'un phlegmon péri-amygdalien ou rétro-pharyngien	3000
	- Ouverture par voie cervicale d'un abcès latéro-pharyngien	7000
	- Pharyngotomie	14000
	- Réparation d'un pharyngostome sans lambeau pédiculé	7000
	- Réparation d'un pharyngostome avec lambeau pédiculé, en un ou plusieurs temps (y compris leur préparation)	20000
	- Pharyngoplastie pour séquelles de fente vélopalatine, quel que soit le procédé	17000
	- Véloplastie (fermeture de la fente vélaire)	10000

Article 5 : Glandes salivaires

Code	Actes	Forfait prise en charge
------	-------	-------------------------

	globale. MRU
Traitement chirurgical par voie buccale d'une lithiase salivaire :	
* Ablation d'un calcul antérieur par incision muqueuse simple	3000
* Ablation d'un calcul postérieur par dissection complète du canal excréteur	5600
- Traitement opératoire d'une fistule salivaire cutanée	7000
- Traitement chirurgical d'une lésion bénigne d'une glande salivaire autre que la parotide	7000
- Ablation d'une lésion de la glande parotide sans dissection du nerf facial	11500
- Parotidectomie	
* Exofaciale avec dissection du nerf facial	16500
* Totale avec dissection du nerf facial	17000
* Totale avec dissection du nerf facial et curage ganglionnaire	20000
* Totale sans conservation du nerf facial avec curage ganglionnaire	20000
- Ablation d'une glande salivaire autre que la parotide pour tumeur maligne	11500

Article 6 : Traitement des tumeurs diverses

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Exérèse d'une tumeur bénigne de la bouche	3000
	- Ablation par voie endo-buccale de fistules et gros kystes congénitaux	11500
	- Glossectomie partielle	7000
	- Diathermo-coagulation d'une tumeur maligne de la cavité buccale	7000
	- Diathermo-coagulation d'une tumeur maligne de la cavité buccale avec électrocoagulation du maxillaire	14000
	- Tumeur maligne de l'oro-pharynx ou du plancher de la bouche :	
	* Résection sans curage ganglionnaire	11500
	* Résection avec curage ganglionnaire	17500
	* Résection avec curage ganglionnaire jugulo-carotidien et sous maxillaire et résection du maxillaire	20000
	- Ablation d'un fibrome naso-pharyngien	20000
	- Pharyngectomie avec curage ganglionnaire jugulo-carotidien et sous maxillaire	21000

CHAPITRE VI : MAXILIAIRES

Article 1 : Fractures

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Traitement des fractures des procès alvéolaires avec conservation des dents mobiles et déplacées, traitement radiculaire non compris (Réduction et contention d'une fracture de l'os alvéolaire)	7000
	- Traitement orthopédique d'une fracture complète des maxillaires sans déplacement (appareillage compris)	8600
	- Traitement orthopédique d'une fracture complète des maxillaires avec	16500

déplacement (appareillage compris)	
- Traitement sanglant complet par ostéosynthèse des fractures d'un maxillaire quelle que soit leur forme anatomique (contention comprise)	14000
- Traitement d'une fracture complète et simultanée des deux maxillaires (appareillage compris)	17500
- Fracture du zygoma :	
* Réduction orthopédique simple	8600
* Réduction sanglante et ostéosynthèse	11500
- Fracture-disjonction de l'os malaire :	
* Réduction orthopédique	1500
* Traitement sanglant ostéosynthèse	16500
* Avec plancher de l'orbite, traitement sanglant, ostéosynthèse avec greffe	17500
- Disjonction cranio-faciale :	
* Traitement orthopédique	16500
* Traitement sanglant	17500
- Traitement énophtalmique post traumatique par greffe osseuse ou cartilagineuse	17500
- Camphopexie transnasale	14000
- Traitement chirurgical d'une pseudarthrose (prélèvement des greffons compris)	17500

Article 2 : Lésions infectieuses

Code Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
- Curetage et ablation des séquestres pour ostéite et nécrose des maxillaires circonscrites à la région alvéolaire	1500
- Curetage et ablation des séquestres pour ostéite ou nécrose du corps maxillaire (radiographie indispensable)	7200

Article 3 : Malformations maxillo-mandibulaires et tumeurs

Code Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
- Prélèvement osseux important ou trépanation d'un maxillaire pour examen histologique	4300
- Ablation d'une tumeur bénigne des maxillaires ayant entraîné un vaste délabrement osseux	11500
- Ostéotomie unilatérale du maxillaire inférieur :	
* Par voie exo-buccale	11500
* Par voie endo-buccale	14000
- Ostéotomie segmentaire pour prognatie ou rétrognatie supérieure	17500
- Ostéotomie totale pour prognatie ou rétrognatie supérieure (greffe osseuse comprise)	21000
- Curetage et ablation des séquestres pour ostéite ou nécrose du corps maxillaire (radiographie indispensable)	7200
- Traitement chirurgical de la prognatie ou rétrognatie inférieure par ostéotomie bilatérale :	
* Par voie exo-buccale	17500

* Par voie endo-buccale	21000
- Résection par voie endo-buccale d'un segment mandibulaire n'intéressant pas l'os alvéolaire sans interruption de la continuité osseuse	7200
- Résection d'un segment mandibulaire avec interruption de la continuité, quel que soit le procédé(prothèse dentaire éventuelle non comprise)	16500
- Résection totale d'un héli-maxillaire inférieur ou du maxillaire supérieur (prothèse dentaire éventuelle non comprise)	16500
- Endo-prothèse de reconstitution du maxillaire, de la mandibule	16500

Article 4 : Articulation temporo-mandibulaire

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Traitement orthopédique de luxation uni ou bilatérale récente de la mandibule	1500
	- Traitement des plaies, traitement opératoire des lésions de l'articulation temporo-maxillaire, septiques, ou aseptiques, quelle que soit la technique	5600
	* Réduction sanglante de la luxation temporo-mandibulaire	14000
	* Méniscectomie, résection du condyle	11500
	* Luxation récidivante (autres que interventions précédentes)	16500
	* Ankylose temporo-mandibulaire unilatérale	21000
	* Arthroplastie par endoprothèse (endoprothèse non comprise)	21000
	* Constriction permanente extra-articulaire	16500
	* Ostéotomies multiples des deux maxillaires avec greffe osseuse des séquelles	21000
	* Arthrite suppurée	7200

Article 5 : Intervention crano-faciale

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Interventions réparatrices post traumatiques ou tumorales	
	* Cranio-plastie	16500
	* Cranio-plastie par greffes osseuses multiples	17500
	* Cranio-plastie avec réparation de la voûte orbitaire	21000
	- Interventions sur les malformations congénitales	
	* Maladie de Crouzon, Apert	29000
	* Oxycéphalies, scaphocéphalies, plagiocéphalies, brachycéphalies	22000

CHAPITRE VII : DENTS ET GENCIVE

SECTION I : SOINS CONSERVATEUR, OBTURATIONS DENTAIRES DEFINITIVES

L'anesthésie locale ou régionale par infiltration pratiquée pour des actes de cette section ne donne pas lieu à cotation.

Code	Actes	Forfait acte MRU
	- Cavité simple :	-
	* Traitement global (l'obturation de plusieurs cavités simples sur la même face ne peut être comptée que pour une seule obturation composée intéressant deux faces)	4 00
	* Traitement global (l'obturation de plusieurs cavités simples sur la même face ne peut être comptée que pour une seule obturation composée intéressant deux faces), si dent permanente d'un enfant de moins de 14 ans	4 00
	- Cavité composée	-
	* Traitement global intéressant deux faces	6 00
	* Traitement global intéressant deux faces, si dent permanente d'un enfant de moins de 14 ans	7 00

* Traitement global intéressant trois faces et plus	7 50
- Soins de la pulpe et des canaux (ces soins ne peuvent être cotés que si l'obturation a été effectuée à l'aide d'une pâte radio-opaque)	-
* Pulpotomie, pulpectomie coronaire avec obturation de la chambre pulpaire (traitement global)	3 00
* Coiffage pulpaire pulpectomie coronaire simple et à l'exclusion de l'obturation définitive	3 00
* Pulpectomie coronaire et radiculaire avec obturation des canaux et soins consécutifs à une gangrène pulpaire (traitement global) :	-
** Groupe incisivo-canine	4 50
** Groupe prémolaire	5 50
** Groupe molaire	9 00

SECTION II : SOINS CHIRURGICAUX

L'anesthésie locale ou régionale par infiltration pratiquée pour des actes de cette section ne donne pas lieu à cotation

Article 1 : Extraction et traitement des lésions osseuses et gingivales

Code	Actes	Forfait acte MRU
	- Résection de capuchon muqueux d'une dent de sagesse	6 00
	- Incision d'abcès et drainage	3 00
	- Extraction dentaire (soins post-opératoires compris) :	-
	* Extraction dentaire simple y compris le curetage alvéolaire, la régularisation immédiate des bords alvéolaires et le tamponnement immédiat de l'hémorragie :	-
	** Groupe incisivo-canin	3 00
	** Groupe prémolaire	5 00
	** Groupe molaire	6 00
	* Extraction de plusieurs dents au cours d'une même séance :	-
	** Chacune des suivantes : Groupe incisivo-canin	1 50
	** Chacune des suivantes : Groupe prémolaire	2 00
	** Chacune des suivantes : Groupe molaire	2 00
	* Extraction au cours d'accidents inflammatoires ou osseux aigus (y compris éventuellement l'incision de l'abcès ou de la collection) :	-
	** Majoration pour la première	3 00
	** Majoration pour chacune des suivantes	1 50
	* Extraction de la ou des racines d'une dent par alvéolectomie	4 00
	* Extraction d'une dent en malposition	8 00
	- Tamponnement alvéolaire pour hémorragie post-opératoire dans une séance autre que celle de l'extraction	4 00
	* D'une dent incluse ou enclavée	18 00
	* D'une canine incluse	18 00
	* D'un odontoïde ou d'une dent incluse ou enclavée	18 00
	* D'une dent en désinclusion, non enclavée dont la couronne est partiellement ou entièrement sous muqueuse	9 00
	* D'une dent en désinclusion dont la couronne est sous-muqueuse en position palatine ou linguale	18 00
	* D'une dent ectopique et incluse (coroné, gonion, branche montante, bord basilaire de la branche et du monton sinus)	30 00
	* Germectomie	12 00
	* Germectomie d'une dent de sagesse	18 00
	* Extraction chirurgicale d'une dent permanente, incluse, traitement radiculaire, réimplantation, contention :	-
	** Une dent	36 00
	** Deux dents	52 00
	- Dégagement chirurgical de la couronne d'une dent permanente incluse	15 00
	- Régularisation localisée d'une crête alvéolaire	3 00
	- Régularisation étendue de la crête alvéolaire (y compris suture)	6 00
	- Régularisation de crête concernant un hémimaxillaire ou de canine à canine	12 00
	- curetage périapical par trépanation vestibulaire avec ou sans Résection apicale (Traitement du canal compris)	15 00
	- Exérèse chirurgicale d'un kyste : (une radiographie préopératoire est obligatoire)	-
	* kyste de petit volume par voie alvéolaire élargie	6 00
	* kyste étendu aux apex de deux dents nécessitant une trépanation osseuse	12 00
	* kyste étendu à un segment important du maxillaire	18 00
	* kyste corono-dentaire	18 00
	- Cure d'un kyste par marsupialisation	10 00

Article 2 : Chirurgie Pré-prothétique

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Désinsertion musculaire vestibulaire partielle	40 00
	- Désinsertion musculaire étendue à tout le vestibule	60 00
	- Désinsertion musculaire du plancher de la bouche avec section des myo-hyoïdiens	80 00
	- Approfondissement d'un vestibule par greffe cutané	50 00

SECTION III : HYGIENE BUCCO-DENTAIRE ET TRAITEMENT DES PARODONTOPATHIES

Code	Actes	Forfait acte MRU
	- Détartrage complet sus et sous gingival	4 00
	- Traitement des gingivites : détartrage, curetage et surfaçage radiculaire (quatre séances maximum)	9 00
	- Gingivectomie quelle que soit la technique:	-
	* Partielle	9 00
	* Etendue à une hémi arcade ou de canine à canine	18 00
	- Intervention à lambeaux quelle que soit la technique avec curetage, surfaçage radiculaire et suture	-
	* De une à trois dents	18 00
	* Par dent supplémentaire	8 00
	- Intervention à lambeau et traitement d'une lésion osseuse par comblement et suture	55 00
	- Greffe gingivale libre, quel que soit le nombre de dents intéressées, avec prélèvement du greffon et suture	55 00
	- Hémi-section d'une molaire inférieure ou amputation radiculaire d'une molaire supérieure avec régularisation	15 00
	- Ligature métallique dans les parodontopathies	4 00
	- Attelle métallique dans les parodontopathies	15 00
	- Prothèse attelle de contention quel que soit le nombre de dents ou de crochets	26 00
	- Analyse occlusale avec examen de laboratoire et modification de l'articulé par meulage sélectif	28 00
	- Frénectomie (excision du frein labial)	18 00

SECTION IV : PERIODONTIE - PREVENTION

Code	Actes	Forfait acte MRU
	- Couronne pédodontique préformée	12 00
	- Resine de scellement des puits et fissures (séalents)	6 00
	- Application topique de fluor par gouttière préfabriquée (5 séances maximum) par séance	4 00
	- Application topique de fluor par gouttière thermoformée	14 00
	- Mainteneur d'espace fixe	14 00
	- Appareillage fixe pour blocage d'éruption	20 00
	- Guide d'éruption	20 00
	- Appareil d'interception mobile	60 00

SECTION V : ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Code	Actes	Forfait acte MRU
	- Examen avec prise d'empreintes diagnostic et durée probable du traitement (radio et photos cotées en sus)	8 00
	- Analyse céphalométrique (en supplément)	2 00
	- Actes de prévention et de traitement	-
	* Traitement préventif par dispositif orthopédique	20 00
	* Rééducation du comportement musculaire neuro-musculaire et physiologique par série de 12 séances éventuellement renouvelables chaque séance :	3 00
	* Traitement simple	-
	** Ne dépassant pas 6 mois	55 00
	** Ne dépassant pas 12 mois	120 00
	- Traitement des dysmorphoses importantes devant durer plusieurs années jusqu'à la période de contention (maximum 3 années)	-
	* Première année	120 00
	* Deuxième année	120 00
	* Troisième année	120 00
	- Contention après traitement orthodontique	-
	* La première année	40 00
	* La deuxième année	20 00
	- Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmé	70 00
	- Mise en place sur l'arcade d'une dent permanente incluse	-
	* Une dent	55 00
	* Deux dents	75 00
	- Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre total ou à la division palatine	-
	* forfait annuel par année	100 00
	* En période d'attente	25 00

SECTION VI : PROTHESE DENTAIRE

Dispositifs médicaux intra-buccaux sur mesure : (Les prothèses adjointes et complètes ne peuvent être remplacées qu'après un délai de 3 ans)

Code	Actes	Forfait acte MRU
	Prothèses dentaires adjointes :	
	- Appareillage (appareil compris)	
	* De 1 à 3 dents	1800
	* Par dent supplémentaire	200
	* Appareillage complet haut et bas	115 00
	- Dent prothétique contre-plaquée sur plaque base en matière plastique, supplément	600
	- Plaque base métallique coulée, supplément	30 00
	- Dent prothétique contreplaquée ou massive soudée sur plaque base métallique, supplément	8 00
	- Réparation de fracture sur la plaque base en matière plastique	600
	- Dents ou crochets ajoutés ou remplacés sur appareil en matière plastique :	
	* Premier élément	600
	* Élément suivant sur l'appareil	200
	- Dents ou cochets soudés, ajoutés ou remplacés sur un appareil métallique, par élément	8 00
	- Réparation de fracture de la plaque base métallique, non compris, s'il y a lieu le remontage des dents sur matière plastique	8 00
	- Dents ou crochets remontés sur matière plastique, après réparation de la plaque base métallique par élément	200
	- Rebasage	1000
	- Prothèse avec attachement (par élément)	8 00
	- Remplacement de facette ou dent à tube	600
	Prothèse dentaire conjointe	
	- Couronne dentaire et élément de bridge en alliage non précieux	18 00
	- Dent à tenon ne faisant pas intervenir une technique de coulée	15 00
	- Dent à tenon radulaire faisant intervenir une technique de coulée	18 00
	- Couronne dentaire ajustée ou coulée, entièrement métallique, couronne télescopique	18 00
	- Reconstitution coulée de moignon	18 00

CHAPITRE VIII : PROTHESE RESTAURATRICE MAXILLO-FACIALE

Dispositifs médicaux intra-buccaux et faciaux sur mesure

Code	Actes	Forfait acte MRU
	- Appareillage par obturateur (prothèse dentaire éventuelle non comprise)	
	* Pour perforation de moins de 1 cm	18 00
	* Pour perte de substance maxillaire ou mandibulaire :	-
	** Prothèse partielle	30 00
	** Prothèse complète	60 00
	* Pour perte de substance vélo-palatine	72 00
	- Prothèse à étages pour résection élargie du maxillaire supérieur (prothèse dentaire non comprise)	110 00
	- Chapes de recouvrement (support de prothèse vélo-palatine) par élément	20 00
	- Prothèse de recouvrement pour correction de l'articulé (gouttières)	45 00
	- Appareillage de contention ou de réduction pré et post-opératoire du maxillaire ou de la mandibule (Résection chirurgicale ou greffe)	100 00
	- Appareillage par mobilisateur du maxillaire inférieur (quel que soit le modèle)	60 00
	- Appareillage par appui péri-crânien	45 00
	- Appareillage par appareil guide :	
	* Sur une arcade	30 00
	* Sur deux arcades	60 00
	- Appareil de distension des cicatrices vicieuses	60 00
	- Appareil porte-radium de protection des maxillaires pour radiations ionisantes	60 00
	- Appareil de redressement nasal avec appui dento-maxillaire ou péri-crânien	105 00
	- Moulage facial	15 00
	- Prothèse plastique faciale (par exemple, du pavillon de l'oreille ou du nez) ; prise en charge après entente préalable, suivant devis du praticien traitant, avec un maximum de	180 00

TITRE V. ACTES PORTANT SUR LE COU

CHAPITRE I : TISSU CELLULAIRE, MUSCLES

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Incision et drainage d'un adénophlegmon cervico-facial	3000
	- Traitement opératoire du torticolis par ténotomie sous-cutanée	2100
	- Traitement opératoire du torticolis par ténotomie sous-cutanée Suivi de la confection d'un appareil plâtré	5600
	- Scalénotomie	5600
	- Ablation de fistules et gros kystes congénitaux	11500

CHAPITRE II : LARYNX

Actes de diagnostic et chirurgicaux

Code	Actes	Forfait prise en charge
------	-------	-------------------------

	globale. MRU
- Etude isolée de la mobilité pharyngo-laryngée lors de la phonation, quelle que soit la technique utilisée et le nombre d'épreuves aux fibres optiques effectuées	400
- Laryngoscopie directe en suspension, avec biopsie(s) éventuelle(s), sous anesthésie générale	800
- Epluchage du larynx sous laryngoscopie en suspension	1600
- Nasofibrolaryngoscopie aux optiques	-600
- Supplément pour biopsie(s) éventuelle(s)	200
- Panendoscopie des voies aérodigestives supérieures effectuée en salle d'opération, pour le bilan d'une lésion néoplasique, comprenant l'étude du larynx dans ses trois étages, l'étude de la trachée et de l'œsophage jusqu'au cardia et éventuellement l'étude des sinus avec biopsie éventuelle	-1800
- Dilatation laryngée, par séance	400
- Cryothérapie ou laser des papillomes endolaryngés	400
- Ouverture d'une collection endo ou péri-laryngée par les voies naturelles	3000
- Ablation d'un polype du larynx par les voies naturelles	6000
- Extraction d'un corps étranger de l'hypopharynx ou du larynx	800
- Tubage du larynx pour obstruction laryngée	1600
- Traitement chirurgical par voie externe des sténoses laryngo-trachéales et des paralysies laryngées	14000
- Cordotomie	8600
- Laryngectomie partielle (CHEP, CHP, Tucker, sus glottique)	14000
- Laryngectomie totale ou sus-glottique	18000
- Pharyngo-laryngectomie partielle avec curage ganglionnaire bilatéral	21000
- Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire bilatéral	27000

CHAPITRE III : CORPS THYROÏDE

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Hémithyroïdectomie partielle	8600
	- Hémithyroïdectomie totale	11600
	- Thyroïdectomie totale	16500
	- Thyroïdectomie totale avec évidement ganglionnaire	18000
	- Parathyroïdectomie unilatérale	14000
	- Cytoponction thyroïdienne	400

CHAPITRE IV : TRACHÉE - OESOPHAGE

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Sclérose de varices œsophagiennes	7200
	- Oesophagotomie, oesophagostomie, traitement chirurgical d'une fistule œsophagienne	25000

- Dilatation oesophagienne, maximum 4 séances en six mois. Par séance	1800
- Prothèse endo-oesophagienne sous contrôle endoscopique (Acte)	15000
- Diverticulectomie Cervicale ou thoracique	14000
- Deconnexion azygopectorale (Schigura)	14000
- Traitement d'une plaie de l'œsophage	35000
- Résection segmentaire ou totale de l'œsophage avec rétablissement immédiat de la continuité, oesophagoplastie intra ou extra-thoracique en un ou plusieurs temps	45000
- Oesophagectomie partielle avec anastomose oesogastrique ou oesojejunale intrathoracique	45000
- Oesophagoplastie gastrique ou colique isolée	40000
- Enucléation d'une tumeur bénigne de l'œsophage	21000
- Cure de reflux gastro-oesophagien ou méga œsophage	21000
- Chirurgie itérative du RGO (resection exclue) par nouveau système anti-reflux en D.O. T.	21000
- Intubation trachéale isolée en dehors d'une intervention chirurgicale	400
- Intubation trachéo-bronchique sélective pour une intervention chirurgicale endo-thoracique, en supplément	800
- Trachéotomie, trachéostomie, traitement chirurgical d'une plaie de la trachée	7200
- Ponction transtrachéale	7200
- Dilatation pour sténose trachéale	8600
- Dilatation trachéale par séance	800
- Prothèse trachéale ou bronchique ou trachéobronchique (pose ou ablation de prothèse)	13000
- Traitement chirurgical d'une anomalie anatomique (hernie hiatale) ou fonctionnelle (méga-œsophage) de la jonction oeso -gastrique	20000
- Fistulisation dirigée pour perforation oesophagienne	18000
- Reprise anastomose oeso-colique ou oesogastrique cervicale après plastie oesophagienne (sténose traitée par résection-anastomose)	40000
- Correction par voie abdominale d'une anomalie de la plastie (siphon, ulcère anastomotique sur anastomose colo-gastrique)	35000
- Cure chirurgicale d'une atrésie de l'œsophage	35000
- Traitement des malformations congénitales de l'œsophage autre que l'atrésie	18000

TITRE VI : ACTES PORTANT SUR LE RACHIS OU LA MOELLE EPINIÈRE

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Réduction d'une scoliose par manoeuvre orthopédique (appareil plâtré compris), chaque séance	6000
	- Abord des lésions rachidiennes par voie postérieure :	
	* Sans greffon ni ostéosynthèse	16500
	* Avec greffon ou ostéosynthèse ou les deux, y compris le prélèvement du greffon	18000
	- Abord des lésions rachidiennes par voie antérieure ou antérolatérale :	
	* Sans greffon ni ostéoyntèse	18000
	* Avec greffon ou ostéosynthèse ou les deux, y compris le prélèvement du greffon	21000
	- Traitement chirurgical d'une scoliose ou d'une cyphose avec réduction et fixation, y compris le prélèvement éventuel du greffon	
	* Sans ostéosynthèse	21000
	* Avec ostéosynthèse	27000
	- Traitement d'une scoliose et/ou d'une cyphose, avec réduction, fixation et ostéosynthèse, portant sur au moins cinq niveaux vertébraux, y compris le prélèvement éventuel du greffon.	32000
	- Traitement chirurgical complet du spondylolisthésis (comprenant au minimum la résection de l'arc postérieur, la réduction, l'ostéosynthèse et la fusion intersomatique), y compris la prise de greffon, la laminectomie éventuelle et la libération des racines	27000
	- Opérations itératives pour lésions intra-rachidiennes, en supplément	4300
	- Ponction biopsie vertébrale	8000
	- Extraction d'un corps étranger intra-rachidien	16500
	- Ablation isolée du coccyx	4300
	- Kystes et fistules sacro-coccygiens	8600
	- Injection épidurale	350
	Lésions vasculaires de la moelle :	
	- Traitement d'une malformation artério-veineuse médullaire	41000
	- Evacuation d'un hématome intra-rachidien	18000
	Traumatisme Vertèbro - Médullaire :	
	- Mise en place d'une traction cervicale (étrier, halo)	3000
	- Réduction non sanglante d'une luxation vertébrale	8600
	- Ostéosynthèse vertébrale par plaques, tiges ou crochets	18000
	Lésions expansives rachidiennes et intra-rachidiennes :	
	- Ablation d'une tumeur intra-durale, extra-médullaire,	20000
	- Ablation d'une lésion expansive géante de la queue de cheval	41000
	- Corporectomie vertébrale avec reconstruction	27000
	- Exérèse d'une lésion expansive épidurale (plus ou moins vertébrale)	18000
	- Exérèse d'une lésion intramédullaire (inférieure ou égale à quatre métamères)	32000
	- Exérèse d'une lésion intramédullaire (supérieure à quatre métamètres)	46000
	- Exérèse d'une lésion expansive en sablier	27000
	- Tumeur extra Durale	21000
	- Tumeur sous Durale	18000

Lésions disco-vertébrales dégénératives(quel que soit le nombre d'étages contigus traités) :	
- Canal cervical Etroit :	
* Laminectomie de moins de 4 étages	18000
* Laminectomie de plus de 4 étages	20000
* Supplément pour pose d'un greffon osseux et/ou ostéosynthèse (y compris prélèvement)	7200
* Traitement par laminoplastie quelle que soit la méthode	27000
- Discopathie ostéophytique antérieure (par voie antérieure)	18000
- Hernie discale cervicale :	
* Abord antérieur	18000
* Greffe en supplément (y compris le prélèvement, quel que soit le nombre d'étages)	72000
- Canal lombaire Etroit :	
* Laminectomie de moins de 3 étages	16500
* Laminectomie de plus de 3 étages	18000
* Avec en supplément pose d'un greffon osseux et/ou ostéosynthèse (y compris prélèvement)	7200
- Hernie discale lombaire	
* Traitement chirurgical	16500
* Chimio-nucléolyse percutanée	2000
- Hernie discale dorsale	
* Voie postérieure ou postéro-latérale	18000
* Voie antérieure ou antéro-latérale (quel que soit le nombre d'étages contigus traités)	21000
* Avec greffe en supplément (y compris le prélèvement)	7200
Malformations vertébro-médullaires :	
- Dérivation kysto-péritonéale ou kysto-sous-arachnoïdienne	18000
- Anomalies de la charnière occipito-cervicale :	
* Voie postérieure	21000
* Voie transorale	32000
- Spina avec Tumeur et /ou moelle attachée	21000
- Diastématomyélie	27000
Traitement de la douleur ou de la spasticité :	
- Traitement de la douleur ou de la spasticité par drézotomie	32000

TITRE VII : ACTES PORTANT SUR LE THORAX

CHAPITRE I: SEIN

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Galactographie	600
	- Drainage d'un abcès profond du sein	3000
	- Plastie d'un sein pour hypertrophie	14000
	- Ablation d'une tumeur bénigne du sein	4300
	- Ablation de tumeurs bénignes multiples du sein	7200
	- Mastectomie partielle ou totale	7200

- Mastéctomie avec curage ganglionnaire axillaire	14 00
- Mastéctomie avec curage ganglionnaire axillaire + curage mammaire interne	17500
- Mastéctomie avec curage ganglionnaire axillaire + curage mammaire interne + curage susclaviculaire	19000
- Reconstitution du sein avec lambeau musculocutané du grand droit de l'abdomen y compris la lipectomie éventuelle de la paroi abdominale et de la réparation musculo-aponévrotique	21000
- Reconstruction du sein avec lambeau musculocutané du grand dorsal	18000
- Reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire	8600
- Traitement chirurgical de l'ombilication du mamelon	4300
- Remodelage du sein controlatéral	14000
- Pose d'un repère pour micro-calcification(s), détectée(s) par mammographie incluant l'hameçon	3000
- Mise en place d'une prothèse mammaire (après mastectomie ou agénésie mammaire) ou remplacement d'une prothèse mammaire dont l'ablation est liée à un état pathologique. (Le remplacement inclut, par définition, l'ablation d'une ancienne prothèse).	8600
- Ablation liée à un état pathologique d'une prothèse mammaire, sans remplacement	6500

TITRE VIII. ACTES PORTANT SUR L'ABDOMEN

CHAPITRE I : ACTES DIAGNOSTICS

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Réalisation d'un pneumopéritoine non suivi de laparoscopie	1500
	- Réalisation d'un rétropneumopéritoine	2100
	- Laparoscopie :	
	* Simple	4300
	* Avec biopsie	5600
	- Injection isolée pour spléno-portographie, portographie directe ou phlébographie sus-hépatique, avec ou sans manométrie	1200
	- Injection isolée d'un produit de contraste dans un viscère ou dans un vaisseau du système porte, ou dans un vaisseau sus-hépatique, avec ou sans manométrie	1200
	- Injection isolée d'un produit de contraste dans un viscère ou dans un vaisseau du système porte, ou dans un vaisseau sus-hépatique, avec ou sans manométrie par Cathétérisme de la veine ombilicale	1800
	Explorations Fonctionnelles digestives	
	* PHmétrie oesophagienne de 24 H (non cumulable avec manométrie oesophagienne)	1800
	* Manométrie digestive	1400
	* Compliance Ano-rectal	1200
	* Biofeedback Ano-rectale, sous contrôle manométrique	1200
	* Breath Test à l'Urée C13 pour hélicobacter Pylori	1200

CHAPITRE II : PAROI ABDOMINALE, GRANDE CAVITE PERITONEALE

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Ponction de l'abdomen	800
	- Traitement chirurgical simple des hernies et des éventrations	7200
	- Traitement chirurgical des hernies, avec perte de substance de la paroi abdominale, avec ou sans plastie	11500
	* Sans résection intestinale	8600
	* Avec résection de l'intestin ou de tout autre viscère	14000
	- Eviscération	11500
	- Traitement chirurgical d'une ou plusieurs collections intra ou rétropéritonéales	11500
	- Laparotomie : La laparotomie ne peut être cotée que si elle n'entraîne pas un geste sur des lésions viscérales justifiant une cotation plus importante ; dans ce cas, seule cette dernière intervention entraîne la cotation	
	* Exploratrice évacuatrice	7200
	* D'urgence pour hémorragie, occlusion, torsion, plaie ou contusion, perforation (autre que celle de l'appendice) etc..	11500
	- Ouverture d'une collection cloisonnée ou non intra ou rétro -péritonéale (si cet acte est effectué au cours d'une intervention, il est couvert par le coefficient global de cette intervention).	8600
	- Dérivation péritonéo-veineuse (Méthode de Le Veen) dans le traitement d'une ascite	17500
	- Lavage gastrique	400
	- Tubages gastriques et duodénaux pour étude biologique	800
	- Fibroscopie oeso-gastro-duodénale	1200
	- Fibroscopie oeso-gastro-jéjunale avec biopsie	1600
	- Fibroscopie avec polypectomie	1800
	- Cautérisation au laser par voie endoscopique	2400
	- Biopsie du grêle (y compris le contrôle radioscopique)	1800
	- Transit du grêle par intubation	1600
	- Changement de sonde à demeure (type gastrostomie)	200
	- Traitement d'une perforation d'ulcère gastro-duodéal par aspiration continue, par jour (maximum trois jours)	600
	- Aspiration continue et rééquilibration hydro-électrolytique concomitante pour occlusion intestinale, par jour. Cet acte effectué au cours ou à la suite d'une intervention est couvert par le coefficient global de cette intervention	400
	- Ponction évacuatrice d'ascite	800
	- Cathétérisme de la veine ombilicale	1800
	Dialyse péritonéale	
	- Pose d'un cathéter permanent pour dialyse péritonéale	4300
	- Séance de dialyse péritonéale pour insuffisance rénale aigue (y compris la pose et le changement de cathéter)	2400

CHAPITRE III : ESTOMAC ET INTESTINS

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux ou d'autres lésions de l'estomac par gastrectomie des deux tiers , ou par vagotomie-accompagnée de pyloroplastie, de gastro - entérostomie ou d'antrectomie	16500
	Chirurgie itérative de l'Ulcère :	
	* Vagotomie complémentaire isolée (thorax, laparotomie, coelio)	14000
	* Dégastragastrectomie par DOT ou changement montage pean finistères	21000
	- Stomie (gastrostomie, jéjunostomie)	11500
	- Fermeture de Stomie	11500
	- Gastrectomie totale	21000
	- Gastrectomie élargie avec splénectomie ou pancréatectomie partielle	27000
	- Traitement chirurgical des fistules cutanées des viscères creux	14000
	- Toute anastomose entre deux viscères ou deux segments de viscères digestifs (acte isolé)	14000
	- Traitement de la sténose hypertrophique du pylore	11500
	- Résection segmentaire du grêle	14000
	- Laparotomie pour syndrome occlusif ou péritonéal du nouveau-né (y compris le traitement des lésions viscérales éventuelles)	16500
	- Section de bride par laparotomie	11500
	- Entérolyse	14000
	- Traitement de l'invagination intestinale par lavement baryté (sous contrôle radiographique, toute surveillance comprise, avec clichés)	3000
	- Traitement chirurgical de l'invagination + Appendicectomie	11500
	- Traitement chirurgical de l'invagination + Resection intestinale	14000
	- Ablation de l'appendice à ciel ouvert ou par voie coelioscopique	7200
	- Appendicectomie avec péritonite, plastron, abcès	11500
	- Ablation du diverticule de Meckel	8600
	- Colectomie segmentaire avec ou sans rétablissement immédiat de la continuité (stomie incluse)	16500
	- Hémicolectomie avec ou sans rétablissement immédiat de la continuité (stomie incluse)	17500
	- Colectomie totale (avec stomie)	27000
	- Colectomie totale avec rétablissement de la continuité (anastomose iléo-réctale)	32000
	- Traitement des malformations congénitales de l'estomac et du duodénum	
	* Résection de duplication gastrique par laparotomie	17500
	* Résection de duplication gastroduodénale sans dérivation de la voie biliaire principale, par laparotomie	21000
	* Résection de duplication gastroduodénale avec dérivation de la voie biliaire principale, par laparotomie	27000
	- Traitement des affections congénitales de l'intestin grêle	
	* Désobstruction de l'intestin grêle par lavement intestinal pour iléus méconial, avec contrôle radiologique	1600
	* Exérèse de duplication de l'intestin grêle avec ou sans résection intestinale, par laparotomie	16500
	* Résection segmentaire d'une atésie unique ou étagée de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité par laparotomie	17500

* Détorsion intestinale ou section de bride péritoniale pour vice de rotation de l'anse intestinale primitive, par laparotomie ou par coelioscopie " avec ou sans appendicectomie "	16500
- Traitement des malformations congénitales du côlon : résection du colon pour malformation congénitale avec rétablissement de la continuité, par laparotomie. Résection d'atrésie ou de sténose congénitale du côlon avec rétablissement de la continuité. Exérèse de duplication du côlon avec rétablissement de la continuité.	17500

CHAPITRE IV : FOIE VOIE BILIAIRE PANCREAS

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Ponction en vue d'une splénoportographie	1600
	- Cholangiographie trans-hépatique (CTH)	2000
	- Cholangio-pancréatographie rétrograde par voie endoscopique (CPRE)	2300
	- CPRE avec sphinctérotomie	2400
	- Endoprothèses digestives biliaires ou pancréatiques :	
	* Par CTH	16500
	*Par CPRE	17500
	- Cholécystectomie par laparotomie ou par coelioscopie, y compris l'ensemble des gestes exploratoires associés pratiqués par le chirurgien	14000
	- Cholédocotomie terminée par :	
	* Un drainage biliaire externe	17500
	* Une anastomose cholédoco-duodénale ou jejunaie	21000
	- Reconstitution de la voie biliaire principale après interruption de sa continuité	21000
	- Anastomose bilio-digestive sur un canal biliaire hilaire ou intra-hépatique y compris les anastomoses viscérales complémentaires	27000
	- Chirurgie transduodénale de la papille et de l'ampoule de water	14000
	- Drainage chirurgical d'un abcès du foie	25000
	- Traitement par laparotomie de kyste hydatique du foie	25000
	- Traitement par laparotomie des kystes hydatiques multiples du foie	25000
	- Traitement de kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires (geste sur le cholédoque)	40000
	- Traitement des lésions étendues, complexes ou multiples du foie nécessitant une thoracophréno-laparotomie	45000
	- Résection segmentaire du foie	30000
	- Hépatectomie réglée	45000
	- Traitement des lésions localisées, enkystées ou fistulisées du pancréas	45000
	- Toute anastomose chirurgicale entre le système porte et le système cave (y compris l'injection pour la splénoportographie et la prise de pression pendant l'intervention)	45000
	- Traitement d'un traumatisme grave du foie par TIL résection hépatique	45000
	- Dérivation antalgique du plexus coeliaque	45000
	- Spléno pancréatectomie plus ou moins élargie	45000
	- Duodéno-pancréatectomie (y compris les anastomoses viscérales nécessaires)	45000
	- Pancréatectomie médiane	45000
	- Pancréatectomie totale	45000

- Anastomose kysto-gastrique ou kysto-jéjunale ou wirsungo-jéjunale	45000
- Traitement d'une pancréatite nécrosante par dequrectomie	45000

CHAPITRE V : RATE SURRENALE

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Surrénalectomie avec ou sans résection nerveuse avec ou sans décapsulation rénale, en dehors de la néphrectomie	45000
	- Splenectomie totale	16500
	- Splenectomie partielle	180 00

CHAPITRE VI : RECTUM ET ANUS

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Anuscopie	400
	- Anuscopie + biopsie	600
	- Rectoscopie ou rectosigmoïdoscopie simple	1000
	- Rectoscopie ou rectosigmoïdoscopie avec biopsie	1500
	Colofibroskopie :	
	* Du colon gauche	3000
	* Au delà du colon gauche	3000
	Traitement des anomalies congénitales de l'abouchement rectal :	
	* Par la voie basse	45000
	* Par la voie haute ou combinée	45000
	- Résection d'un prolapsus rectal	45000
	- Traitement des prolapsus rectaux par voie haute et basse	45000
	- Traitement chirurgical du mégacolon par Résection colique avec abaissement du bout proximal par voie périnéale ou transanale	45000
	Amputation ou résection du rectum :	
	* Par voie abdominale périnéale ou sacrée. Cette cotation comprend, le cas échéant, l'ablation des mésos et des relais ganglionnaires.	45000
	* Par voies associées. Cette cotation comprend, le cas échéant, l'ablation des mésos et des relais ganglionnaires.	45000
	- Rétablissement de la continuité après une intervention antérieure ayant comporté une résection recto-colique large	25000
	- Interventions sous endoscopie, Ces interventions endoscopiques d'exérèse sont pratiquées sous atmosphère d'azote ; le coefficient de l'acte comporte l'endoscopie.	
	* Ablation des tumeurs bénignes du canal anal	3000
	* Ablation d'une tumeur bénigne du rectum proprement dit	3000
	* Ablation par électrocoagulation de la papillomatose du canal anal et de la marge de l'an	3000
	* Ablation d'une tumeur bénigne du rectum par électrocoagulation	4300

* Ablation d'une tumeur bénigne du sigmoïde	6000
* Mise à plat des abcès et fistules intra-sphinctériens	4300
* Traitement des abcès et fistules à trajet simple (opératoire ou par traction continue sur fil)	7200
* Traitement des abcès et fistules extra-sphinctériens à trajet multiramifié (opératoire ou par traction continue sur fil)	11500
- Hémorroïdes	
* Traitement des hémorroïdes par excision	4300
* Traitement des hémorroïdes par ligature élastique (maximum cinq séances), par séance	1500
* Traitement des hémorroïdes circulaires par résection sous-muqueuse (type Milligan-Morgan)	7200
* Injections sclérosantes pour hémorroïdes internes (avec un maximum de dix séances), par séance	2 000
* Traitement des hémorroïdes par cryo-thérapie (quelque soit le nombre de séances)	4300
* Anesthésie sphinctérienne	2 00
* Traitement de la fissure anale par injections sclérosantes (maximum trois séances), par séance	2 00
* Traitement de la fissure anale : excision par électrocoagulation	4300
* Traitement de la fissure anale par dilatation anale	3000
Fistules sacro-coccygiennes	
* Mise à plat itérative d'une gangrène de FURNIER	17500
- Traitement des malformations congénitales du rectum	
* Résection rectosigmoïdienne ou rectocolique totale ou subtotale par laparoscopie ou coelioscopie pour aganglionose congénitale, avec rétablissement de la continuité par voie anale	27000
* Exérèse de duplication du rectum par abord trans-sacré	27000

TITRE IX : APPAREIL URINAIRE

CHAPITRE I : ENDOSCOPIE

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Cystoscopie ou urétrocystoscopie d'exploration ou de contrôle :	
	* Chez la femme	6000
	* Chez l'homme et l'enfant	7000
	- Mise en place d'une sonde urétérale pour investigation ou drainage	
	* Chez la femme	10000
	* Chez l'homme et l'enfant	10000
	- Cathétérisme bilatéral :	
	* Chez la femme	1200
	* Chez l'homme et l'enfant	1600
	- Interventions endoscopiques (sauf exceptions ci-après) :	
	* Chez la femme	6000
	* Chez l'homme et l'enfant	7000
	- Electrocoagulation endoscopique pour tumeurs vésicales :	

* La première séance chez la femme	10000
* La première séance chez l'homme et l'enfant	10000
* Les séances suivantes (maximum trois dans les douze mois) chez la femme	8000
* Les séances suivantes (maximum trois dans les douze mois) chez l'homme et l'enfant	8000
- Résection endoscopique de tumeurs vésicales avec examen anatomopathologique (en cas de nouvelle intervention dans les douze mois, qui suivent une électrocoagulation endoscopique)	23000
- Résection endoscopique du col vésical, d'un adénome périurétral ou d'un néoplasme prostatique (ligature éventuelle des canaux déférents comprise)	23000
- Urétéroscopie :	
* Diagnostique	16000
* Avec extraction de calcul par sonde panier	30000
* Avec électrocoagulation ou biopsie d'une lésion du haut appareil urinaire	20000
- Néphrostomie percutanée :	
* Avec extraction de calcul avec lithotritie endocorporelle	18000
* Avec endopyélotomie, électrocoagulation ou résection de tumeur urothéliale du haut appareil urinaire	15000
- Exploration urodynamique du bas appareil urinaire	
* Cytomanométrie	1800
* Cytomanométrie + EMG	2100
* Profil urétral	1200
* Débitométrie	600
Lithotritie endocorporelle	18000
- Montée de sonde JJ	20000
- Ablation de sonde JJ	15000
- Urétéropyélographie rétrograde	10000
- Uretrotomie interne endoscopique	20000
- Nephrolithotomie percutanée	30000
- Cure endoscopique de diverticule vésicale	20000
- Cure endoscopique d'urétérocèle	20000
- Endopyélotomie ou urétérotomie endoscopique	20000
- Cure percutanée des kystes renaux	20000

CHAPITRE II : ACTES EN RAPPORT AVEC L'HEMODIALYSE

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Séance d'hémodialyse (complément : nourriture, services divers) hors kit	10 00
	- Création d'une fistule artério-veineuse par anastomose directe	14000
	- Création d'une fistule artério-veineuse avec interposition d'un greffon (prélèvement du greffon compris) ou prothèse	18000
	- Pose de cathéter double à port prolongé avec tunnelisation	7200
	- Désobstruction des fistules artério-veineuses	7200

CHAPITRE III : REINS

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Ponction exploratrice de kystes du rein, du bassin, biopsie rénale, par voie percutanée	4300
	- Lobotomie exploratrice	7200
	- Incision et drainage d'un phlegmon péri-néphrétique	8600
	- Néphropexie, ou biopsie rénale par lombotomie, ou décapsulation	8600
	- Néphrectomie	14000
	- Néphrectomie élargie	30000
	- Néphrectomie par voie thoraco-phréno-abdominale ou néphro-urétérectomie totale	35000
	- Néphrostomie pyélotomie avec ou sans néphrostomie, traitement conservateur des kystes du rein	11500
	- Pyélotomie itérative, ou opératoire plastique sur le bassin et la jonction pyélo-urétérale, avec ou sans néphrostomie	14000
	- Néphrolithotomie avec ou sans néphrostomie	16500
	- Néphrolithotomie avec ou sans néphrostomie (intervention itérative, en supplément)	3000
	- Lithotripsie extra corporelle y compris l'acte de repérage échographique	20000
	- Section de l'isthme d'un rein en fer à cheval, avec ou sans néphrectomie	16500
	- Suture d'une plaie ou d'une fracture limitée au parenchyme rénal, à ciel ouvert	11500
	- Réparation de traumatisme complexe du rein et de la voie excrétrice, à ciel ouvert	18000
-	Grefe de rein	250 000

CHAPITRE IV : URETERE

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Urétérotomie lombaire, urétérolyse	11500
	- Urétérostomie cutanée	11500
	- Urétérotomie pelvienne, urétérectomie secondaire totale	14000
	- Urétéro-lithotomie itérative, en supplément	3000
	- Abouchement d'un uretère dans l'intestin en place	14000
	- Urétérorraphie termino-terminale, cure d'une fistule cutanée de l'uretère	14000
	- Urétérocystonéostomie avec ou sans plastie anti-reflux, implantation	18000

urétérale par lambeau vésical pédiculé et tubulé	
- Urétérostomie cutanée transintestinale	21000
- Réalisation d'un dispositif anti-reflux vésico-urétéral	14000
- Plastie du bassin et de la jonction pyélo-urétérale par coelioscopie ou rétro-péritonéoscopie ou à ciel ouvert	18000

CHAPITRE V : VESSIE

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Cathétérisme pour rétention d'urine	200
	- Pose de sonde vésicale à demeure	200
	- Changement de sonde à demeure (type cystostomie)	200
	- Ponction sus-pubienne pour cystographie	600
	- Cystotomie, cystostomie sus-pubienne, lithotritie	7500
	- Taille avec exérèse ou électrocoagulation d'une tumeur vésicale pédiculée	1000
	- Exérèse par cystectomie partielle d'une tumeur vésicale, avec examen anatomo-pathologique	16500
	- Cystectomie totale :	
	* Avec abouchement des uretères à la peau	21000
	* Avec utétérostomie cutanée transintestinale	27000
	* Avec remplacement par greffon intestinal	32000
	- Exérèse des diverticules vésicaux avec ou sans résection du col	18000
	- Cure opératoire des fistules vésico-vaginales ou vésico-utérines ou vésico-rectales, quelles que soient leur taille et la technique	16500
	- Intervention pour récurrence, en supplément	3000
	- Fermeture de fistule vésico-cutanée	5600
	- Résection isolée du col à vessie ouverte avec ou sans ligature des canaux déférents	16500
	- Chirurgie de l'extrophie vésicale :	
	* Ablation simple de la plaque	14000
	* Reconstitution simple de la vessie	14000
	* Reconstitution en un temps de la vessie et de l'uretère avec dispositif anti-reflux et ostéotomie iliaque	32000
	* Retouche ultérieure	7200
	- Traitement chirurgical de l'incontinence chez la femme ou chez l'homme quelle que soit la technique	11500
	- Entéro-cystoplastie ou urétéro-cystoplastie	27000
	- Taille vésicale pour curiethérapie (curiethérapie non comprise)	8600
	- Suture de plaie ou de rupture de vessie, par laparotomie	8600
	- Résection d'un kyste ou d'une fistule de l'ouraque	8600
	- Myotomie du corps de la vessie pour agrandissement, par laparotomie	11500
	Cure de prolapsus uro-génital (promontofixation)	
	* Par plaque antérieure	16500
	* Double plaque	19000

CHAPITRE VI: URETRE

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Dilatation de l'urètre pour rétrécissement de toute origine, chaque séance	400
	- Méatostomie	3000
	- Urétrotomie interne	3000
	- Urétrotomie externe ou urétrostomie	8600
	- Section à ciel ouvert ou par voie endoscopique de valvules congénitales de l'urètre postérieur, urétrotomie externe avec mise à plat d'un rétrécissement	11500
	- Traitement opératoire du phlegmon péri-urétral diffus gangréneux (infiltration d'urine)	8600
	- Cure de fistule périnéale avec ou sans urétrectomie (déviation comprise)	16500
	- Temps périnéal du traitement chirurgical des fistules uréthrorectales acquises	16500
	- Reconstitution de l'urètre (ensemble du traitement)	16500
	- Cure chirurgicale d'un kyste, diverticule ou abcès sous urétral	4300
	- Exérèse d'un urètre surnuméraire	8600
	- Urétroplastie pour méga-urètre congénital	14000
	- Allongement intravésical de l'urètre ; intervention de Kropp	16500

TITRE X : ACTES PORTANT SUR L'APPAREIL GENITAL MASCULIN

CHAPITRE I : VERGE

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Opération d'ordre thérapeutique pour phimosis après le premier mois	4300
	- Réduction sanglante du paraphimosis	1500
	- Section ou plastie chirurgicale du frein	1500
	- Traitement chirurgical du priapisme	3000
	- Electrocoagulation de papillomes génitaux externes, du gland et du méat :	
	* Tumeur unique	1500
	* Tumeurs multiples	3000
	- Traitement de l'hypospadias balanique	8600
	- Traitement de l'hypospadias balanique : chaque retouche ultérieure	5600
	- Traitement de l'hypospadias périnéal ou pénien	14000
	- Traitement de l'hypospadias périnéal ou pénien : chaque retouche ultérieure	5600
	- Traitement de l'épispadias	14000
	- Traitement de l'épispadias : chaque retouche ultérieure	5600
	- Amputation partielle de la verge	8600
	- Amputation totale de la verge avec évidement ganglionnaire uni ou bilatéral	16500
	- Circoncision	3000

CHAPITRE II : PROSTATE ET VESICULES SEMINALES

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Ponction biopsie de la prostate	800
	- Incision d'un abcès de la prostate par voie périnéale	72 00
	- Prostatectomie pour adénome en un seul temps, quel que soit le mode opératoire (ligature éventuelle des déférents comprise)	16500
	- Prostatectomie suivant une cystostomie, ligature éventuelle des déférents comprise	11500
	- Prostatectomie pour cancer (ligature éventuelle des déférents comprise)	30000
	- Ablation des vésicules séminales chez l'adulte	16500
	- Ponction biopsie prostatique sous contrôle échographique	10000

CHAPITRE III : BOURSES

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Chirurgie isolée des deux canaux déférents	4300
	- Chirurgie isolée du canal déférent	
	* Ligature, section, résection, cathétérisme	3000
	* Biopsie testiculaire	3000
	- Castration avec ablation des relais lympho-ganglionnaires abdominaux du testicule	18000
	- Cure opératoire du kyste du cordon ou de l'hydrocèle	5600
	- Cure opératoire de la torsion du testicule ou de ses annexes, castration, orchidectomie ou épидидymectomie unilatérale	5600
	- Cure opératoire de l'ectopie testiculaire ou du varicocèle (cure éventuelle de la hernie comprise)	8600
	- Intervention plastique unilatérale pour stérilité, portant sur l'épididyme, le déférent ou les deux, quelle que soit la technique	14000
	- Pose ou ablation d'une prothèse de testicule, par abord inguinal	5600
	- Suture de rupture de testicule	8600
	- Détorsion manuelle du cordon spermatique	800
	- Orchidopexie, par abord scrotal	4300
	- Orchidectomie pour cryptorchidie abdominale	11500

TITRE XI : ACTES PORTANT SUR L'APPAREIL GENITAL FEMININ

CHAPITRE I : EN DEHORS DE LA GROSSESSE

Article 1 : Intervention par voie basse.

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
1° Gynécologie médicale :		
	- Prélèvement gynécologique à différents niveaux quel qu'en soit le nombre	150
	- Ponction transvaginale du Douglas	400
	- Insufflation tubaire, injection intra-utérine d'un produit de contraste ou d'une substance médicamenteuse	800
	- Pose ou retrait d'un dispositif intra-utérin	800
	- Colposcopie avec ou sans prélèvement pour examen histologique	400
	- Biopsie du col	300
2° Gynécologie chirurgicale :		
	- Chirurgie des lésions bénignes de l'hymen et de la vulve	2000
	- Traitement des dysplasies du col utérin par vaporisation simple au laser ou électrocoagulation	3000
	- Traitement des affections, anomalies ou tumeurs bénignes du vagin, de l'utérus ou du col, du cul de sac de Douglas, intervention intra -utérine diagnostique ou thérapeutique	4500
	- Exérèse ou marsupialisation d'une bartholinite ou d'un kyste de la glande de Bartholin unilatérale)	5500
	- Amputation ou conisation du col	6000
	- Opération pour atrésie ou aplasie du vagin	10000
	- Hystérectomie vaginale	14000
	- Ablation d'un cancer du clitoris, de la vulve ou du vagin :- Ablation d'un cancer du clitoris, de la vulve ou du vagin :	
	* Sans curage ganglionnaire	8600
	* Avec curage ganglionnaire unilatéral	14000
	* Avec curage ganglionnaire bilatéral	16500
3° Chirurgie des prolapsus :		
	- Toutes opérations pour prolapsus portant sur le vagin, le périnée antérieur, postérieur, l'urètre (à l'exception de triple opération type Manchester)	12000
	- Triple opération type Manchester	14000

Article 2 : Intervention par voie haute.

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine, quelle que soit la technique	140 00
	- Coelioscopie avec biopsie ou stérilisation tubaire	6000
	- Toutes interventions par voie abdominale sur l'appareil génital féminin à l'exception d'opérations plastiques pour stérilité portant soit sur un utérus malformé, soit sur les annexes (implantations tubo-utérines, salpingoplasties, implantations ovario-tubaires, ovario-utérines), soit sur les deux dans la même intervention	11500

- Opérations plastiques pour stérilité portant soit sur un utérus malformé, soit sur les annexes (implantations tubo-utérines, salpingoplasties, implantations ovario-tubaires, ovario-utérines), soit sur les deux dans la même intervention	14000
- Hystérectomie totale	14000
- Annexectomie uni ou bilatérale, quelle que soit la technique	11500
- Myomectomie (un ou plusieurs myomes), quelle que soit la technique	14000
- Hystérectomie élargie pour lésions malignes, y compris cellulo-adénectomie	18000
- Cellulo-adénectomie abdominale isolée	14000
- Colpo-Hystérectomie élargie avec cystectomie	27000
- Eviscération pelvienne totale élargie avec ou sans périnéectomie	32000

Article 3 : Interventions par voies haute et basse combinées

Code Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
- Interventions pour prolapsus	16000
- Interventions pour aplasie vaginale avec transplantation intestinale	18000

Article 4 : Hystéroscopie

Code Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
- Hystéroscopie à visée diagnostique	800
- Hystéroscopie à visée thérapeutique (cure de synéchie utérine , cure de cloison utérine, endometrectomie, ablation d'un myome sous muqueuse ...)	2000

CHAPITRE II : ACTES LIÉS A LA GESTATION ET A L'ACCOUCHEMENT

Article 1 : Investigations, actes effectués pendant la grossesse

Code Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
- Amnioscopie	400
- Enregistrement du rythme cardiaque foetal au cours du troisième trimestre de la grossesse d'une durée d'au moins 20' (avec tracés, et un maximum de deux enregistrements par semaine, cette exploration ne peut être cotée que dans les grossesses pathologiques)	1200

Article 2 : Interruption de la grossesse

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Surveillance et contrôle de l'évacuation d'un utérus gravide par voie basse jusqu'au sixième mois (à partir de 181 jours, date de viabilité légale du fœtus, il s'agit d'un accouchement prématuré qui est coté comme l'accouchement normal).	
	- Réduction embryonnaire sous échoguidage	4000
	- Evacuation artificielle de l'utérus gravide au cours du 1er trimestre quelle que soit la méthode utilisée	3000
	- Evacuation artificielle de l'utérus gravide au cours du 2ème trimestre (pour rétention de fœtus mort, fausse couche spontanée ou interruption thérapeutique de grossesse) quelle que soit la méthode utilisée.	4000

Article 3 : Accouchement et actes complémentaires

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	- Accouchement d'un fœtus unique en présentation céphalique, effectué par un medecin et comportant les visites normales consécutives à l'accouchement	3000
	- Accouchement gémellaire comportant les visites normales consécutives à l'accouchement	3500
	- Accouchement par le siège	3500
<i>NB.Ces actes comprennent éventuellement l'extraction instrumentale du fœtus, délivrance artificielle, révision utérine, surveillance de l'accouchement avec monitoring, surveillance cardiotocographique du travail avec tracé, prélèvement pour mesure du PH foetal, épisiotomie et réparation des déchirures.</i>		
	- Interventions par coeliotomie pour traitement des anomalies de la grossesse, du travail, ou des suites de couches, y compris l'extraction du fœtus et l'exérèse éventuelle de tout ou partie d'un organe génital	11500
	- Césarienne suivie de myomectomie	7000
	- Traitement par coeliotomie de la rupture utérine	14000
	- Extraction de grossesse extra-utérine abdominale au delà de 13 semaines d'aménorrhée par laparotomie	11400

Article 4 : Actes de néonatalogie :

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
a)	En unité d'obstétrique	
	* Examen pédiatrique du premier jour de la naissance	600
	* Assistance pédiatrique avant la naissance, sur appel du praticien responsable de l'accouchement, pour une situation de risque néonatal, avec établissement d'un compte rendu	1000
	* Réanimation immédiate ou différée du nouveau-né en détresse vitale, comportant toute technique de ventilation, avec ou sans intubation, et les actes associés, avec établissement d'un compte rendu	2500
Ces trois cotations énoncées ci-dessus ne sont pas cumulables		
b)	En unité de néonatalogie	
	* Surveillance par 24 heures, en unité de néonatalogie, d'un nouveau-né dont l'état nécessite gavage et/ou perfusion, oxygénation, contrôle et surveillance monitorée cardio-respiratoire, par un médecin susceptible d'intervenir à tout moment, avec un max de 15 jours	2500

CHAPITRE III : ACTES DE DIAGNOSTIC ANTENATAL

Code	Actes	Forfait prise en charge globale. MRU
	Pour ces actes, l'échoguidage n'est pas coté	
	- Amniocentèse	2100
	- Biopsie de trophoblaste	36 00
	NB : Lorsque l'amniocentèse et la biopsie de trophoblaste sont pratiquées en vue de réaliser un caryotype fœtal, ils ne sont cotés que dans le cadre des indications prévues pour le caryotype fœtal.	
	- Amnio infusion-Amnio drainage	43 20
	- Prélèvements fœtaux (quel que soit le nombre de prélèvements)	5600
	- Transfusion ou exanguino transfusion in utéro,	7000
	- Pose de cathéter fœtal en vue de drainage, ou toute intervention pratiquée sur le fœtus sous contrôle échographique	11500

**Deuxième partie : Tarification
des actes spécialisés de
Cardiologie et d'Oncologie.**

TITRE I : ACTES GENERAUX

Code	Actes	Tarif MRU
	1. Les Consultations	
	Consultation médecin généraliste et d'urgence	100
	Consultation médecin spécialiste	150
	2. Les Hospitalisations (tarif par journée)	
	Hôpital du jour (bilan standardisé inclus)	4000
	Hospitalisation en soins intensifs cardio (USIC) (bilan standardisé et consommables de soins inclus sans les médicaments)	3000
	Hospitalisation en soins intensifs cardio (USIC) (bilan et médicaments inclus)	5000
	Hospitalisation en réanimation chirurgicale (bilan standardisé et consommables de soins inclus sans les médicaments)	5000
	Hospitalisation en réanimation chirurgicale (bilan et médicaments inclus)	7500
	Hospitalisation chambre VIP	2500
	Hospitalisation secteur semi intensif	1500
	Hospitalisation secteur chambre à 1 lits(jour)	1000
	Hospitalisation secteur chambre à 2 lits(jour)	600
	Hospitalisation secteur clinique chambre à 4 lits (jour)	400
	Hébergement d'un accompagnant	500
	3. Urgences	
	Acte de triage	100
	Pansement	200
	Forfait déchocage (sans les médicaments)	500
	Surveillance aux urgences (6 heures sans les médicaments)	500

TITRE II : EXPLORATIONS

Code	Actes	Tarif MRU
------	-------	-----------

	Explorations cardiovasculaires	
	ECG	300
	Echocardiographie transthoracique	1200
	Echocardiographie transoesophagienne	2000
	Echocardiographie de stress	2000
	Echo-doppler des vaisseaux périphériques	1200
	Echo-doppler des artères rénales	1200
	Holter tensionnel	1200
	Holter ECG	1200
	Epreuve d'effort	2000
	Exploration du système nerveux autonome : test complet	3200
	Exploration du système nerveux autonome : test partiel	1400
	Exploration du système nerveux autonome : tilt test	1600
	Coronarographie	12500
	BILAN CARDIOVASCULAIRE STANDARD (Consultation, ECG, Echo cardiaque, echo Vx du cou, biologie des FDR)	7500
	BILAN CARDIOVASCULAIRE COMPLET (Consultation, ECG, Echo cardiaque, echo Vx du cou, biologie des FDR et score calcique)	15000
	BIOLOGIE SPECIQUE CARDIO	
	BNP	800
	D-Dimeres	800
	Troponine	800
	CK-MB	500
	Myoglobine	500
	Gazométrie artériel (gaz de sang)	1250

TITRE III : ACTES INTERVENTIONS

Code	Actes	Tarif MRU
------	-------	-----------

	Actes interventionnels	
	Sonde de stimulation	12500
	Thrombolyse (Streptokinase + une journée USIC)	12000
	Thrombolyse (Actilyse)	50000
	Perfusion agrastat (1 flacon)	10000
	Pompe à contreimpulsion diastolique : Ballon intra-aortique	40000
	Dilatation valve aortique*	48000
	Dilatation valve pulmonaire*	48000
	Dilatation valve mitrale*	60000
	Dilatation valve tricuspide*	40000
	Dilatation valve mitrale + valve tricuspide*	68000
	Dilatation artère coronaire avec pose d'un seul stent: (angioplastie primaire)	60000
	stent nu supplémentaire	20000
	stent actif supplémentaire	40000
	injection agrastat au cours d'un dilatation	10000
	Pose d'un stent (supplémentaire) artère rénale ou périphérique	24000
	Dilatation artère rénale	80000
	Dilatation artère périphérique	44000
	Dilatation artère rénale avec pose d'un seul stent*	68000
	Dilatation artère périphérique avec pose d'un seul stent*	68000
	Fermeture percutanée canal artériel	100000
	Fermeture percutanée de communication inter auriculaire	180000
	ACTES DE REANIMATION CARDIOVASCULAIRE	
	pose d'un cathéter central troies voies (kt inclus)	1500
	changement d'un pleurevac	1800
	séance de dialyse en réanimation	1800
	Utilisation d'un système d'hémofiltration pendant la CEC	1800
	trachéotomie	1800
	Mise en place d'un cathéter urinaire sus pubien	1800

	surveillance en salle de reveil	2500
	intubation oro-tracheale	3500
	choc électrique externe sous sédation	3000
	Bloc périphérique échoguidé	3000
	pose d'un cathéter artériel	1500

TITRE III. TARIFS FORFAITAIRES DES ACTES DE CHIRURGIE

Code	Actes	Forfait proposé MRU
	1. Cœur Ouvert	
	<u>CCV/C1 incluant 3 jours maximum en réanimation et 6 en hospitalisation maximum</u>	
	Communication interauriculaire	180000
	Communication interventriculaire	180000
	Commissurotomie à cœur ouvert	180000
	Monopontage coronarien	180000
	Résection du myxome de l'oreillette	180000
	Résection du diaphragme sous-aortique	180000
	Fermeture de fistule coronarienne sous C.E.C.	180000
	Cure de kyste hydatique du cœur	180000
	Cure d'anévrisme de l'aorte thoracique descendante	180000
	Thrombectomie intracardiaque	180000
	Réinsertion de prothèse valvulaire...	180000
	<u>CCV/C2 incluant 3 jours en réanimation maximum et 6 en hospitalisation maximum</u>	
	Anastomose bicavo-bipulmonaire sous C.E.C.	240000
	Pontages coronariens	180000
	Plastie valvulaire' anneau prothétique	180000
	Cure de canal atrio-ventriculaire	240000

Double plastie valvulaire	180000
Cure de cardiopathie congénitale (ex. Tétralogie de Fallot)	240000
Cure d'anévrisme du ventricule gauche...	180000
<u>CCV/C3 incluant 3 jours en reanimation maximum et 6 en hospitalisation maximum</u>	
Remplacement valvulaire	180000
Remplacement de l'aorte ascendante...	240000
<u>CCV/ C4 incluant 4 jours de ranimations max et 8 jours d'hospitalisation</u>	
Pontage coronarien + mise en place d'un ballon intra-aortique	280000
Remplacement valvulaire + annuloplastie...	180000
<u>CCV/C5 incluant 4 jours de ranimations max et 8 jours d'hospitalisation</u>	
Dissection aortique	300000
Double remplacement valvulaire	240000
Chirurgie valvulaire associée à un pontage coronarien	240000
CIV post IDM	300000
Intervention de Bentall	350000
Remplacement valvulaire + double annuloplastie	240000
Chirurgie combinée : PAC + carotide, ...	240000
Remplacement valvulaire + remplacement de l'aorte ascendante...	280000
Double Remplacement valvulaire + plastie	280000
Triple Remplacement valvulaire	300000

Code	Actes	Forfait proposé MRU
2. Cœur Fermé		
	Cure de coarctation de l'aorte	80000

Fermeture de canal artériel	60000
Intervention de Blalock	80000
Pericardectomie	120000
Cerclage de l'artère pulmonaire...	60000

Code	Actes	Forfait proposé MRU
3. Chirurgie abdominale, thoracique		
	Chirurgie de l'aorte abdominale	90000
	Ablation de l'adénome surrénalien	90000
	Chirurgie de l'artère rénale	90000
	Ablation d'un phéochromocytome	90000
	Chirurgie de la veine cave inférieure...	90000
	Lobectomie pulmonaire	60000
	Chirurgie pleurale (decortication)	40000
	Emphyseme plumonaire (bullectomie, symphyse ,,,)	40000
	Pneumonectomie	120000

Code	Actes	Forfait proposé MRU
4. Chirurgie vasculaire périphérique		
	Pontage fémoro-poplité en prothèse	45000
	Pontage fémoro-poplité en veine	30000
	Pontage aortofémoral	90000
	Chirurgie carotidienne...	45000

Code	Actes	Forfait proposé MRU
------	-------	------------------------

5. Autres actes chirurgicaux incluant deux jours d'hospitalisation max sans réanimation

Chirurgie des varices (stripping sous rachis 24H d'hospitalisation sans REA	15000
séance de sclérothérapie pour varice en ambulatoire	3500
Cure de varices sous AL en ambulatoire	7500
Chirurgie réparatrice pariétale post-opératoire	12000
Drainage péricardique chirurgical	15000
Cure de fistule artério veineuse périphérique	12000
Cure de faux anévrisme artériel	15000
Ablation du pacemaker	15000
Chirurgie réparatrice pour escarres fessiers	15000
Embolectomie artérielle périphérique	15000
Cure d'une éventration...	15000
ponction pleurale	1000
ponction péricardique	2500
amputation proximale de membres	12000
amputation distale sous AG ou ALR	8000
amputation distale sous AL	3500
desarticulation de la hanche	25000
drainage thoracique (hospitalisation non comprise)	4500
biopsie chirurgicale (étude anatopath non incluse)	3500
cure de malformation vasculaire	15000
cure de lipome	4500
aponévrotomie des loges de membre	4500
fermeture de fistule	4500
parage et suture de plaies superficielles sous AL	2500

parage et suture de plaies profonde sous AG	15000
plaie vasculaire des extrémités	15000
Biopsie de l'artère temporale superficielle	5000
cure d'un chémodectome	50000
nephrectomie élargie avec chirurgie de la vci	135000
sympathectomie lombaire	40000

TITRE IV. DRG d'hospitalisation médicale : Forfait global par groupe de maladies

Code	FORFAIT GLOBALE PAR GROUPE DE MALADIES	Forfait MRU
AVC		21632
HTA (Poussée HTA)		8203
Insuffisance cardiaque (IC)		17732
IDM non thrombolysé		22867
IDM thrombolysé		27885
BAV (Implantation PM Mono chambre)		144000
BAV (Implantation PM Double chambre)		187200
TDR		14989
VALV		20618
Thrombophlébite		13377
ENDOCARDITE		64935
SCA		16913
CARD CONG		23751
Accidents au AVK		8125
AOMI		22568
SYNCOPE		8125
OAP		17017
Embolie Pulmonaire		27066
CHOC (ETAT DE CHOC)		24622
PERICARDITE		22815

CARDIOVERSION	9750
PASSAGE EN REA	4000
DECES < 24H	1950
PASSAGE AUX URGENCES	2500

TITRE IV. ACTES EN MEDECINE NUCLEAIRE (Oncologie)

Article 1. Forfait Examen et traitement

Code	Actes	TARIF MRU
	Scintigraphie de la thyroïde au 99mTc	2000
	Scintigraphie des parathyroïdes au MIBI-99mTc	6000
	Scintigraphie osseuse au HMDp-99mTc	3000
	Scintigraphie des reins au DMSA-99mTc	3000
	Scintigraphie des reins au DTpA ou MAG3	4000
	Scintigraphie digestive	8000
	Tomoscintigraphie myocardique au MrBr-99mTc (repos/effort)	3000
	Scintigraphie pulmonaire de perfusion	3000
	Scintigraphie pulmonaire de ventilation	3000
	Ventriculographie isotopique aux pyrophosphates	3000
	Lymphoscintigraphie, ganglion sentinelle aux Nanocoïloïdes	5000
	Scintigraphie testiculaire au 99mTc	3000
	Mammoscintigraphie au MIBI-99mTc	4000
	Scintigraphie des surrénales au MIBG (1131)	20000
	Balayage corps entier à l'iode 131	3000
	Radiothérapie à l'iode 131 : Bénigne	5000
	Radiothérapie à l'iode 131 : Maligne à 30 mCi	7000
	Radiothérapie à l'iode 131: Maligne à 100 mCi	32500
	Radiothérapie à l'iode 131 : Maligne à 200 mCi	42500

Article 2. Forfait Radiothérapie

Code	Actes	TARIF MRU
	Radiothérapie Abdomen/Pelvis	71800
	Radiothérapie Castration	21200
	Radiothérapie Cavum	96400
	Radiothérapie Palliative	42500
	Radiothérapie Nevrax	95300
	Radiothérapie Orbite	96400
	Radiothérapie ORL	96400
	Radiothérapie Os/Parties molles	78800
	Radiothérapie Poumons	74000
	Radiothérapie Prostate Conform	96400
	Radiothérapie Sein post Op.	63000
	Radiothérapie Sein Traitement conservateur	79400
	Radiothérapie Œsophage	63000
	Radiothérapie Lymphome	61400
	Radiothérapie Testicule	61400
	Radiothérapie Tumeur cérébrale	61400
	Radiothérapie Tumeur cutanée	74000
	Radiothérapie Vulve Canal anal	76200
	Radiothérapie Hemostatique ou antalgique	21200

Article 3. Divers (kits et actes) en oncologie

Code	Actes	TARIF MRU
	Kit chimiothérapie	1500
	Kit hospitalisation	940

Acte chimiothérapie	3000
Acte hospitalisation	700

**Troisième partie : Tarification
des actes de biologie et
d'anatomopathologie.**

Chapitre 1. Anatomopathologie et Cytologie

Code	Désignation	Forfait MRU
ANA1	HISTOPATH. BIOPSIES UNIQUES OU MULTIPLES NON INDIVIDUALISEES	1200
ANA2	HISTOPATH. BIOPSIES ETAGEES SUR MEME ORGANE ET INDIVIDUALISEES	1500
ANA3	HISTOPATH. PIECE OPER. INTERESSANT UN ORGANE	1300
ANA4	HISTOPATH. PRELEV. RESEC. OU CURETAGE ENDOSC. OU ENDOCAVIT.	1300
ANA5	HISTOPATH. PIECE OPER. COMPLEXE COMPORTANT PLUSIEURS ORGANES	2400
ANA6	EX. EXTEMPORANE AVEC CONTROLE HISTOPATH. ULTERIEUR	3500
ANA7	CYTOPATH. GYNECOLOGIQUE UN OU PLUSIEURS PRELEVEMENTS (FROTTIS)	600
ANA8	CYTOPATH. LIQ. EPANCHEMENT, LAVAGE ALVEOLAIRE OU VESICAL, LCR	1200
ANA9	CYTOPATH. SUR PONCTION GANGLION, TUMEUR, ORGANE	1400
ANA10	CYTOPATH. SUR PONCTIONS PLUSIEURS ZONES DE VOISINAGE	1600
ANA11	ANAPATH. : IMMUNOHISTOCHIMIE SUR COUPES EN PARAFFINE OU RESINE	3000
ANA12	ANAPATH. : IMMUNOHISTOCHIMIE SUR COUPES A CONGELATION	4000
ANA13	EXAMEN IMMUNOCYTOCHIMIQUE EN COMPLEMENT D'UN ACTE ANA7, 8	2500

Chapitre 2 : Biologie médicale

A. HEMATOLOGIE

A.1. CYTOLOGIE

Code	Désignation	Forfait MRU
B101	Adénogramme	360
B102	Electrophorèse de l'hémoglobine	450
B103	Goutte épaisse	150
B104	Hématocrite	60
B105	Hémoglobine: dosage	90
B106	Hémoglobine Fœtale: dosage	350
B107	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	240
B108	Numération des Plaquettes	100
B109	Myélogramme: Etude cytologique	360
B110	Myélogramme: Etude cytochimique	360
B111	Recherche Hémoglobinurie nocturne paroxystique	500
B112	Recherche d'hématies ponctuées	80
B113	Résistance globulaire	150
B114	Réticulocytes: numération	100
B115	Test de falciformation: Drépanocytose	100
B116	Vitesse de sédimentation	100

A.2. Immuno-hématologie

Code	Désignation	Forfait MRU
B117	Anticorps antiplaquettaires ou antigranulocytaires : Dépistage	1100
B118	Anticorps antiplaquettaires ou antigranulocytaires : Identification	3500
B119	Anticorps immuns du Système ABO : Dépistage et titrage	200
B120	Antigène erythrocytaire (CW, KIDD, DUFFY, S, S ...): chaque antigène	150
B121	Coombs Direct	200
B122	Coombs Indirect : Recherche d'agglutinines irrégulières	180
B123	Coombs Indirect : Recherche et dosage d'agglutinines	350
B124	Epreuve directe de compatibilité pour chaque unité de sang	250
B125	Groupage granulocytaire (NA, NB, NC, ND, NE)	250
B126	Groupage plaquettaire	250
B127	Groupe ABD et Rhésus	200
B128	Phénotypes Rhésus et Kell	300
B129	Groupages tissulaires : Phénotype HLA Classe I	4104
B130	Groupages tissulaires : Phénotype HLA Classe II	7560

A.3. Hémostase

Code	Désignation	Forfait MRU
B131	Antithrombine: Dosage	500
B132	D Dimères ou PDF: dosage	650
B133	Dosage des facteurs II, V, VII et X	500
B134	Dosage des facteurs VIII, IX, XI ou XIII	600
B135	Etude des fonctions plaquettaires: Méthode d'agrégation	1100
B136	Exploration de base de l'hémostase (TP + TCA + PLAQ.)	300
B137	Facteur WILLEBRAND: Dosage	500
B138	Fibrinogène	150
B139	Héparinémie	400
B140	Mutation G1691A du gène Facteur V (Facteur V LEIDEN)	1200
B141	Protéine S ou Protéine C : Dosage	600
B142	Taux de prothrombine	130
B143	Temps de céphaline kaolin (TCK)	130
B144	Temps de Howell	130
B145	Temps de saignements (TS)	100
B146	TS + Temps de coagulation	180

B. BIOCHIMIE

B.1. EXAMENS SANGUINS COURANTS

Code	Désignation	Forfait MRU
B147	Acide urique	120
B148	Albuminémie (Méthode immunologique)	180
B149	Aldolase	300
B150	Ammoniémie	300
B151	Amylase	180
B152	Bilirubine (Totale Directe et Indirecte)	210
B153	Calcium	160
B154	Chlore	90
B155	Cholestérol estérifié	150
B156	Cholestérol H D L	150
B157	Cholestérol HDL +LDL	250
B158	Cholestérol LDL	150
B159	Cholestérol total	150
B160	CPK	540
B161	CPK-MB	540
B162	Créatinine	90
B163	Electrophorèse de l'Hémoglobine	450
B164	Electrophorèse des lipides	450
B165	Electrophorèse des protides	450
B166	Fer sérique	200

B167	Fer sérique+C TF	300
B168	Fructosamine	250
B169	G6 PDH	500
B170	Gamma glutamyl transférase (G G T)	150
B171	Gazométrie sanguine : acidité,PO2, PCO2, PH, HCO3, SO2	1250
B172	Glycémie	90
B173	Hémoglobine glycosylée	500
B174	Ionogramme (Na, K, Cl)	250
B175	L D H	150
B176	Lipase	360
B177	Lipides	150
B178	Lipoprotéine A	500
B179	Lipoprotéine B	500
B180	Lipoprotéines A+B	800
B181	Lithium	150
B182	Magnésium Erythrocytaire	200
B183	Magnésium Plasmatique	150
B184	Myoglobine	540
B185	Oxalates	540
B186	Phosphatases acides	150
B187	Phosphatases Alcalines	150
B188	Phosphatases prostatiques	150
B189	Phosphore minéral	120
B190	Potassium	90
B191	Protéines	100
B192	Réserve Alcaline	120
B193	Sodium	90
B194	Transaminases O (TGO)	150
B195	Transaminases P (TGP)	150
B196	Triglycérides	150
B197	Troponine	750
B198	Urée	90

B.2. EXAMENS SANGUINS : HORMONOLOGIE

Code	Désignation	Forfait MRU
B199	17 B Oestradiol	800
B200	B H CG qualitatif	150
B201	BHCG quantitatif	600
B202	Cortisol	800
B203	BNP : Peptide natriurétique de type B	800
B204	Ferritine	800
B205	Insuline	900
B206	L H	800

B207	Progestérone	800
B208	Prolactine	800
B209	PSA libre ou PSA totale	800
B210	T3	600
B211	T3 + T4 + TSH	1500
B212	T4	600
B213	T4 LIBRE	600
B214	Testostérone	900
B215	TSH	600

B.3. EXAMENS URINAIRES COURANTS

Code	Désignation	Forfait MRU
B216	Acétone (recherche)	30
B217	Acide Urique	120
B218	Calcium	150
B219	Chlore	90
B220	Créatinine	90
B221	Electrophorèse des Protéines urinaires	450
B222	Identification d'un calcul urinaire	240
B223	PH	30
B224	Phosphore minéral	120
B225	Potassium-	90
B226	Protéine (recherche)	60
B227	Protéine (dosage)	90
B228	Sédiment minéral-	90
B229	Sodium-	90
B230	Sucre (recherche)	30
B231	Sucre (Recherche+dosage)	90
B232	Urée	90

B.4. EXAMENS URINAIRES : HORMONOLOGIE

Code	Désignation	Forfait MRU
B233	Acide 5 Hydroxyindol acétique (5HIA)	750
B234	Acide Vanyl Mandélique (VMA)	750
B235	Acide Homovanilique	750
B236	Catécholamines	750
B237	17 Cétostéroïdes	750
B238	Dérivés méthoxylés	750
B239	Phenolsteroides	750
B240	Porphyrines (recherche)	300
B241	Porphyrines (dosage)	450
B242	Prégnandiol	750
B243	Prolans B	600
B244	Test de grossesse	120

B.5. EXAMENS DES AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES (LCR, ASCITE, LIQUIDES PLEURAUX)

Code	Désignation	Forfait MRU
B245	Chlore	90
B246	Electrophorèse des protéines du LCR	450
B247	Glucose	90
B248	Identification d'un calcul vésical	240
B249	Protéines	90
B250	Recherche et identification d'Antigènes Bactériens Solubles dans le LCR	750
B251	Rivalta	80

B.6. EPREUVES FONCTIONNELLES

Code	Désignation	Forfait MRU
B252	Clearance de l'Acide urique	150
B253	Clearance de l'Urée	150
B254	Clearance de la créatinine	150
B255	Epreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale	450
B256	Test d'Addis	90
B257	Test au D - xylose	540

C. BACTERIOLOGIE, PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

C.1. EXAMENS CYTOBACTERIOLOGIQUES (Urinaire, Vaginal. Uréthral Nasal, Pleural)

Code	Désignation	Forfait MRU
B258	Cytologie. Culture. Identification	300
B259	Antibiogramme	160
B260	Cytologie (demande isolée)	100
B261	Examen parasitologique urinaire ou vaginal	100
B262	Examen mycologique: Recherche	120
B263	Examen mycologique: (culture, identification)	300
B264	Recherche de BK	100
B265	Culture sur Lowenstein	300

C.2. HEMOCULTURE

Code	Désignation	Forfait MRU
B266	Culture (Anaérobie-Anaérobie)	300
B267	Identification	150
B268	Recherche Chlamydiae direct par IA ou IF	600
B269	Recherche Mycoplasmes par culture	600

C.3. EXAMEN DES SELLES

Code	Désignation	Forfait MRU
B270	Parasitologie (Examen direct + enrichissement)	120
B271	Coproculture + identification:	300
B272	Recherche de sang par méthode calorimétrique	180
B273	Immunologique	450
B274	Coprologie fonctionnelle	450
B275	Rotavirus (recherche)	600
B276	Adénovirus	600
B277	Scotch test	90
B278	Ectoparasites (galle) recherche	150

C.4. Mycobactériologie

Code	Désignation	Forfait MRU
B279	Mycobactéries : Examen microscopique	350
B280	Mycobactéries : Culture d'isolement sur milieu solide (sauf à partir produit solide)	500
B281	Mycobactéries : Culture d'isolement sur milieu solide à partir produit solide	700
B282	Mycobactéries : Isolement rapide à partir de crachats, tubages, urine, LCR etc...	700
B283	Mycobactéries : Isolement rapide à partir Organes, Sang	900
B284	Mycobactéries : Identification biochimique de Mycobacterium Tuberculosis	700
B285	Mycobactéries : Identification biochimique autre que Mycobacterium Tuberculosis	1000
B286	Mycobactéries : PCR	1200

D. SERO-DIAGNOSTIC

D.1. Sérologie Bactérienne B

Code	Désignation	Forfait MRU
B287	Antistaphylolysine	170
B288	Antistreptodornase	330
B289	Antistreptokiriase	330
B290	Antistreptolysine (recherche titrage)	260
B291	Antistreptohyaluronidase	330
B292	Brucellose (Wright)	200
B293	Chlamydiae trachomatis	590
B294	Hélicobacter pylori	590
B295	Diptérie	620
B296	Gonococcie	490
B297	Léptospirose	490
B298	Listériose	810

B299	Maladie de Lyme	810
B300	Mycoplasmes génitaux (hominis et uréalyticum)	590
B301	Mycoplasma pneumoniae	330
B302	Rickettsiose	590
B303	Salmonellose (Widal et Félix)	350
B304	Shigellose : l'espèce	250
B305	Streptozyme	330
B306	Sérologie du BK	650
B307	Sérologie de la Syphilis : VDRL qualitatif	80
B308	Sérologie de la Syphilis : VDRL quantitatif	200
B309	Sérologie de la Syphilis : TPHA qualitatif	170
B310	Sérologie de la Syphilis : TPHA quantitatif	330
B311	Sérologie de la Syphilis : Nelson	1800
B312	Sérologie de la Syphilis : FTA Absorbens IgG	390
B313	Sérologie de la Syphilis : IgM	910

D.2. Sérologie Parasitaire B

Code	Désignation	Forfait MRU
B314	Ankylostomiase	980
B315	Amibiase	490
B316	Aspergillose	490
B317	Bilharziose	490
B318	Hydatidose (par hémagglutination)	490
B319	Blastomycose	250
B320	Candi dose	650
B321	Coccidiomycose	360
B322	Cryptococcose	360
B323	Criptosporidiose	490
B324	Cysticérose	1030
B325	Distomatose	490
B326	Filariose	730
B327	Histoplasmose	360
B328	Leishmaniose	360
B329	Paludisme	360
B330	Toxocarose	1030
B331	Toxoplasmose IgG	400
B332	Toxoplasmose IgM	490
B333	Taenia	300
B334	Trichinose	730
B335	Trichomonas	360
B336	Trypanosome	360

D.3. Sérologie Virale

Code	Désignation	Forfait MRU
B337	Adénovirus	360
B338	Dengue : Test rapide IgM/IgG	200
B339	Grippe antigène-B	700
B340	Hépatite A (VHA) : IgM (Infection récente)	650
B341	Hépatite A (VHA) : IgG ou IgM (Immunité ancienne ou vaccination)	650
B342	Hépatite B (VHB): Infection récente : Ag HBs+AC Anti-HBc IgM	1200
B343	Hépatite B (VHB): Hépatite chronique: Ag HBs+Ag HBe+AC Anti-HBe	1800
B344	Hépatite B (VHB): Contrôle Guérison: Ag HBs+AC anti-HBs	900
B345	Hépatite B (VHB): Contrôle avant vaccination : AC anti-HBs+AC anti-HBc	1188
B346	Hépatite B (VHB): Contrôle après vaccination :AC anti-HBs	600
B347	Hépatite B : Ac Anti Hbe	750
B348	Hépatite B : AgHbs	250
B349	Hépatite B : Ac Anti Hbc	750
B350	Hépatite B : Ac Anti Hbc IgM	900
B351	Hépatite B : Ac Anti Hbs	750
B352	Hépatite B : Ag Hbe	750
B353	Hépatite B : ADN par PCR	2000
B354	Hépatite C : ARN par PCR	3000
B355	Hépatite C : Dépistage	850
B356	Hépatite C : test de confirmation	2000
B357	Hépatite Delta (VHD) : AC IgG ou totaux	800
B358	Hépatite Delta (VHD) : AC IgM	800
B359	Hépatite Delta (VHD) : Ag Delta	800
B360	Hépatite E (VHE) : AC Anti-VHE	1000
B361	Herpes virus simplex type I (IgG ou IgM)	650
B362	Herpes virus simplex type II (IgG ou IgM)	650
B363	HIV : HIV 1 + HIV (1 +2) Dépistage	350
B364	Westernblot de confirmation	600
B365	Charge virale HIV	2000
B366	M NI Test	200
B367	Paul et Bunnelle Davidson	300
B368	Ac EBNA	600
B369	Ac VCA (IgG+IgM)	600
B370	AcEA 180 Oreillons (IgG+IgM)	600
B371	Para influenzae virus	400
B372	Coxackie	500
B373	Poliomyélite	500
B374	Rotavirus	650
B375	Rougeole IgG ou IgM	1000
B376	Rubéole IgG	500

B377	Rubéole IgM	800
B378	Varicelle et Zona	650
B379	Virus syncytial respiratoire	650

D.4. Immunologie

Code	Désignation	Forfait MRU
B380	Auto anticorps anti nucléaires	490
B381	antiThyroidiens : Microsomaux-	490
B382	antiThyroidiens : Thyroglobulines	490
B383	antiThyroidiens : Complément total CH50	330
B384	antiThyroidiens : C3-	490
B385	antiThyroidiens : C4	490
B386	antiThyroidiens : C1 Inhibiteur esté rase	490
B387	antiThyroidiens : IgE totales	720
B388	IgE spécifiques ou Rast : Allergène	490
B389	IgE spécifiques ou Rast : A partir du 3ème allergène (chacun)	380
B390	Test multi allergènes	810
B391	Immunofixation des Protides (ou Immunoelectrophorèse)	1620
B392	Marqueurs Tumoraux : ACE	680
B393	Marqueurs Tumoraux : AFP	680
B394	Marqueurs Tumoraux : PSA	810
B395	Marqueurs Tumoraux : Ca 125	1080
B396	Marqueurs Tumoraux : Ca 153	1080
B397	Marqueurs Tumoraux : Ca 199	1080
B398	Marqueurs Tumoraux : Ca 50	1080
B399	Marqueurs Tumoraux : Ca 724	1080
B400	Marqueurs Tumoraux : NSE	1080
B401	Test au latex	140
B402	Réaction de W AALER ROSE	140
B403	C R P (Protéine C réactive)	270
B404	Haptoglobine	410
B405	Orosomucoïdes	410
B406	Transferrine	410
B407	Alpha 1 Antitrypsine	410
B408	IgG totales	410
B409	IgA totales	410
B410	IgM totales	410
B411	Immuno complexes Circulants (ICC, CIC) (Sang)	900

E. DIVERS

Code	Désignation	Forfait MRU
B412	Spermogramme	300

B413	Spermocytogramme	400
B414	Stéatorrhée	810
B415	Anticorps Anti Cartilage	540
B416	Anticorps Anti cellules nerveuses	540
B417	Anticorps Anti E C T	1350
B418	Anticorps Anti Facteur intrisèque	1220
B419	Anticorps Anti organes (autres)	540
B420	Anticorps Anti Plaquettes fixées	1200
B421	Anticorps Anti T3	1200
B422	Anticorps Anti T4	1200
B423	Ca 50	1200
B424	Calcitonine	1200
B425	Carnitine libre	1200
B426	Citrate dans le sperme	600
B427	Complément C2	700
B428	Complément CS	600
B429	Delta 4 Androsténe diane	1200
B430	DHA	1200
B431	DHA Sulfate	1200
B432	DHT	1200
B433	Elastase	1620
B434	Erythropoetine	1080
B435	Fibronectine	410
B436	Gastrine	1080
B437	G H ou STH	1080
B438	Glucagon	1080
B439	Hydroxyproline	1080
B440	IgG 4 (sous classe)	540
B441	II Deoxycortisol	810
B442	Médicaments (digoxine théophylline)chacun	810
B443	Nelson	1350
B444	Ostéocalcine	1080
B445	Parathormone	1080
B446	Peptide C	1080
B417	Rénine	1080
B448	Sérotonine	810
B449	Somatoméline C	1080
B450	TBG	1080
B451	Te BG	1080
B452	Test à la STH	3240
B453	Thyrocalcitonine	1080
B454	Vitamine B 12	1080
B455	Vitamine D	1220

Quatrième partie : Tarification des actes de radiologie.

Tout acte de radiodiagnostic doit comporter une ou plusieurs incidence(s) radiographique(e) matérialisé(e) par un document, film ou épreuve, et être accompagné d'un compte rendu, ainsi que chaque film ou épreuve, doit être daté et porter les noms et prénoms du patient examiné, ainsi que le nom du médecin ayant effectué l'examen.

CHAPITRE I : ACTES DE RADIODIAGNOSTIC PORTANT SUR LE SQUELETTE

Article 1 : Membre supérieur

Code	Désignation	Forfait acte MRU
IMG001	Membre Supérieur Entier -2 Incidences	900
IMG002	Epaule F	500
IMG003	Epaule F+P	600
IMG004	Clavicule	500
IMG005	Omoplate F	500
IMG006	Omoplate F+P	600
IMG007	Humérus F+P	600
IMG008	Coude F+P	600
IMG009	Avant-bras F+P	600
IMG010	Poignet F+P	500
IMG011	Main F+P	500
IMG012	Doigt F+P	500
IMG013	Scaphoïde (2 incidences)	600
IMG014	Main F/P + Scaphoïde	700

Article 2 : Membre inférieur

Code	Désignation	Forfait acte MRU
IMG 015	Bassin, hanche, articulations sacro-iliaques	500
IMG016	Hanche F+P	600
IMG017	Hanche + 2 x 3/4	800
IMG018	Fémur F+P	600
IMG019	Genou F+P	500
IMG020	Jambe F+P	600
IMG021	Pied F+P	500
IMG022	Talon F+P	400
IMG023	Cheville F+P	500
IMG024	Orteil	400
IMG017	Axiales 2 genoux 2 incidences	800
IMG018	Gonométrie (Règle de Bell Thomson) Adultes	1200
IMG019	Gonométrie (Règle de Bell Thomson) Enfants	900
IMG020	Radiomensuration comparative des membres	900

Article 3 : Tête

Code	Désignation	Forfait acte
------	-------------	--------------

		MRU
IMG021	Incidences fondamentales : face, profil, menton-film, projection sus-orbitaire des rochers, Worms, par incidence	500
IMG022	Recherche d'un corps étranger oculaire par radiographies multiples, l'examen	500
IMG023	Maxillaire défilé, os propres du nez	500
IMG024	Téléradiographie du crâne à trois mètres (diagnostic orthodontique), par séance	600
IMG025	Articulation Temporo-Mandibulaire (1 coté)	500
IMG026	Articulation Temporo-Mandibulaire (2 coté)	600
IMG027	Cavum	500
IMG028	Larynx F ou P	500
IMG029	Larynx F + P	600

Article 4 : Thorax

Gril costal, ou sternum, ou hémithorax, ou articulation sterno-claviculaire :

Code	Désignation	Forfait acte MRU
IMG030	Une incidence	600
IMG031	Par incidence supplémentaire	150

Article 5 : Rachis

Code	Désignation	Forfait Acte MRU
IMG032	Rachis dans son entier en téléradiographie à 2,50 mètres par examen	1200
IMG033	Rachis Cervical F + P	600
IMG034	Rachis Cervical F + P + 2 x 3/4	800
IMG035	Rachis Cervical F + P + dynamique	800
IMG036	Rachis Dorsal F + P	600
IMG037	Rachis lombaire F + P	600
IMG038	Rachis entier Enfant	900
IMG039	Sacrum F + P	600
IMG040	Charnière cervico-occipitale F + P	600
IMG041	Rachis lombaire F + P + L5-S1 F + P	900
IMG042	Rachis lombaire F + P + 3/4 droit+gauche	900
IMG043	Rachis lombaire F + P + Etude dynamique	900

ARTICLE 6 : Divers

Code	Désignation	Forfait Acte MRU
IMG044	Un cliché	500

IMG045	Deux clichés	600
IMG046	Squelette entier : Bilan comprenant au minimum l'étude du crâne, du rachis entier, du bassin, d'un membre supérieur et d'un membre inférieur, quelque soit le nombre d'incidences	4500
IMG047	Ostéodensitométrie	1500

CHAPITRE II : ACTES DE RADIODIAGNOSTIC PORTANT SUR LES VISCERES

NB : les tarifs ne prennent pas en compte les prix des produits de contraste.

ARTICLE 1 : Larynx, parties molles du cou

Code	Désignation	Forfait Acte MRU
IMG048	Laryngographie-pharyngographie	1200

ARTICLE 2 : Poumons, cœur

Code	Désignation	Forfait Acte MRU
	Radiographie du thorax y compris médiastin et cœur (avec ou sans opacification oesophagienne)	
IMG049	- Face	600
IMG050	- F + P	900
IMG051	Examen radiologique des poumons avec opacification bronchique	900
IMG052	Radiographie du thorax pour suivi post opératoire d'une intervention thoracique chez un patient hospitalisé	500

Article 3 : Tube digestif

NB : Un minimum de cinq poses est exigible sauf pour l'abdomen sans préparation, la vésicule exclue et les examens pré-opératoires.

Code	Désignation	Forfait acte MRU
IMG052	Abdomen sans préparation (face)	500
IMG053	Abdomen sans préparation (face) + autres incidences quel que soit le nombre	600
IMG054	Abdomen aigu (syndrome occlusif ou péritonéal, ASP debout, couché + RX thorax)	1000
IMG055	Transit Oesophagien	1200
IMG056	Transit Oeso-gastro-duodénal (avec scopie télévisée pour 2 régions)	1600
IMG057	Examen radiologique du colon	1500
IMG058	Transit du grêle	1500
IMG059	Defecographie	1500
IMG060	Fistulographie (F + P) sans tenir compte de l'injection	600
IMG061	Cholangiographie par le drain	800

Article 4 : Système urinaire

Code	Désignation	Forfait acte MRU
IMG062	Examen sans préparation	500
IMG063	Urographie IV , sans étude mictionnelle (y compris ASP)	1900
IMG064	Cystographie après opacification par voie sus-pubienne ou rétrograde	1400
IMG065	Uretrographie rétrograde (n'est pas cumulable avec le précédent : cystographie)	1400
IMG066	Pyélographie retro ou antégrade	1400
IMG067	Etude mictionnelle au décours d'un des trois examens suivants : urographie, cystographie	600

ARTICLE 5 : Gynécologie

Code	Désignation	Forfait Acte MRU
IMG068	Radiopelvimétrie	1000
IMG069	Mammographie bilatérale	1200
IMG070	Mammographie unilatérale	900
IMG071	Hystérosalpingographie	1500
IMG072	Génitographie externe, colpocystographie	1000
IMG073	Contenu utérin	600
IMG074	Galactographie	600

Article 6 : Système nerveux

Code	Désignation	Forfait Acte MRU
IMG075	Myélographie	2000
IMG076	Discographie d'un ou plusieurs disques	1700
IMG077	Sacco-radiculographie	2200

Article 7 : Angiographie numérisée

Code	Désignation	Forfait acte MRU
IMG078	Examen crânien (4 axes)	5100
IMG079	Examen crânien (sélectif)	6800
IMG080	Examen viscéral (global)	3400
IMG081	Examen viscéral (sélectif)	5100
IMG082	Examen périphérique (global)	3400
IMG083	Examen périphérique (sélectif)	5100
IMG084	Phlébographie (1 membre)	2800
IMG085	Phlébographie (2 membres)	3400
IMG086	Cavographie	2800

CHAPITRE III : ACTES DIVERS

Code	Désignation	Forfait acte MRU
IMG087	Sialographie	900
IMG088	Lymphographie (examen complet étalé sur 48 heures, y compris l'examen du thorax)	2400
IMG089	Repérage des corps étrangers, par les méthodes géométriques	1000
IMG090	Arthrographie quelque soit l'articulation	900
IMG091	ECHOGRAPHIE abdominale	1000

CHAPITRE IV : EXAMENS UTILISANT DES APPAREILLAGES SPECIAUX

Article 1 : Acte d'Echographie

Code	Désignation	Forfait acte MRU
IMG092	Echographie testiculaire	500
IMG093	Echographie obstétricale	500
IMG094	Echographie des parties molles	500
IMG095	Echographie cervicale (thyroïde)	500
IMG096	Echographie adominale	500
IMG097	Echographie pelvienne	500
IMG098	Ponction drainage écho-guidée	3500
IMG099	Ponction biopsie écho-guidée	3500

Article 2 : Acte de scanographie TDM

Est considéré comme un acte de scanographie, l'examen effectué à l'aide d'un appareil de tomодensitométrie, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste, d'une des REGIONS ANATOMIQUES suivantes : TETE ; COU ; THORAX ; ABDOMEN ; PELVIS ; MEMBRES ; RACHIS :

Code	Désignation	Forfait acte MRU
IMG100	Examen par région anatomique avec ou sans injection	2500
IMG101	Angioscanner	4000
IMG102	Coloscanner	4000
IMG103	Dentascanner	3500

Article 3 : Acte d'Imagerie par résonance Magnétique (IRM)

Est considéré comme un acte d'IRM, l'examen effectué à l'aide d'un appareil qui permet d'obtenir des vues en deux ou trois dimensions de l'intérieur du corps de façon non invasive avec une résolution en contraste relativement élevée, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste, d'une des REGIONS ANATOMIQUES suivantes : TETE ; COU ; THORAX ; ABDOMEN ; PELVIS ; MEMBRES ; RACHIS

Code	Désignation	Forfait acte MRU
IMG104	Acte IRM	6000

Cinquième partie :Tarification des actes pour les structures primaires.

NOUVELLE TARIFICATION AU NIVEAU PRIMAIRE

Services	actes	Tarifs MRU
chirurgie générale	PETITE CHIRURGIE	500
Consultations et soins externes	PANSEMENT	50
Consultations et soins externes	CONSULTATION GENERALISTE	50
Consultations et soins externes	Consultation spécialiste	100
Consultations et soins externes	Consultation TSS/SF/IDE/IMS	25
CTOGB/IMAGERIE MEDICALE	E.C.G	100
CTOGB/IMAGERIE MEDICALE	Radio Simple à plusieurs clichés	300
Dermatologie	INCISION DE L'ABCES	100
Gynécologie	ACCOUCHEMENT NORMAL	500
Gynécologie	ECHOGRAPHIE	300
Gynécologie	Accouchement Dystocique	1000
Gynécologie	Avortement	800
Imagerie médicale	ASP	200
Imagerie médicale	AVANT BRAS F/P	200
Imagerie médicale	BASSIN	200
Imagerie médicale	BLONDEAU	200
Imagerie médicale	CHEVILLE F/P	200
Imagerie médicale	COUDE F/P	200
Imagerie médicale	EPAULE F/P	200
Imagerie médicale	HANCHE	200
Imagerie médicale	HUMERUS F/P	200
Imagerie médicale	LOMBO SACRE F/P	200
Imagerie médicale	MAIN	200
Imagerie médicale	ORTEIL PIEDS F/P	200
Imagerie médicale	POIGNET	200
Imagerie médicale	POUMONS F/P	200
Imagerie médicale	POUMONS FACE	200
Imagerie médicale	RACHIS CERVICAL F/P	200
Imagerie médicale	RACHIS DORSAL F/P	200
Imagerie médicale	RACHIS DORSO LOMBAIRE	200
Imagerie médicale	RACHIS DORSO-LOMBAIRE F/P	200
Imagerie médicale	RACHIS LOMBAIRE F/P	200
Imagerie médicale	RACHIS LOMBO SACRE F/P	200
Imagerie médicale	RX CRANE F/P	200
Imagerie médicale	SACRO ILIAQUE	200
Imagerie médicale	RX JAMBE	200
Imagerie médicale	RX FEMUR	200
Imagerie médicale	RX GENOU	200
Imagerie médicale	ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	200
Imagerie médicale	RADIO SIMPLE A UN CLICHE	200
Imagerie médicale	RX GENOU EN NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	RACHIS CERVICAL F/P NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	RACHIS DORSAL F/P NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	RACHIS DORSO LOMBAIRE NUMERIQUE	200

Imagerie médicale	RACHIS LOMBAIRE F/P NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	RACHIS LOBO SACRE F/P NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	RACHIS 3/4 NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	RX CRANE F/P NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	RX JAMBE NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	RX FEMUR NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	ASP NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	AVANT BRAS F/P NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	BASSIN NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	BLONDEAU NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	BRAS F/P NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	GRILLE COSTALE NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	HANCHE NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	HUMERUS F/P NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	RX POUMONS FACE NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	POIGNET NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	THORAX NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	CLAVICULE NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	CAVUM NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	CHEVILLE F/P NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	COUDE F/P NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	COU F/P NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	MAIN NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	ORTEIL PIED F/P NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	OS PROPRE DU NEZ NUMERIQUE	200
Imagerie médicale	EPAULE NUMERIQUE	200
Laboratoire	ACIDE URIQUE	100
Laboratoire	AMYLASEMIE	150
Laboratoire	ASLO	150
Laboratoire	FACTEUR RHUMATOIDES	120
Laboratoire	BHCG	400
Laboratoire	C.R.P	250
Laboratoire	CHOLESTEROL T	100
Laboratoire	CREATININE	80
Laboratoire	ECBU	200
Laboratoire	GLYCEMIE	80
Laboratoire	GLYCOSURIE	30
Laboratoire	GOUTTE EPAISSE	100
Laboratoire	GSRH	150
Laboratoire	Ag HBS	200
Laboratoire	HEMOGLOBINE GLYQUEE	400
Laboratoire	MAGNESIUM	120
Laboratoire	N.F.S	200
Laboratoire	PHOSPHATASES ALCALINES	120
Laboratoire	VDRL	150
Laboratoire	T.C.A	150
Laboratoire	T.P	120

Laboratoire	TPHA	250
Laboratoire	TRANSA	120
Laboratoire	TRIGLYCERIDES	120
Laboratoire	V.S	80
Laboratoire	Urée	80
Laboratoire	CHOLESTROL LDL	100
Laboratoire	CHOLESTROL HDL	100
Laboratoire	BILIRIBUNE	170
Laboratoire	BW	250
Laboratoire	CALCIUM	120
Laboratoire	COPROCULTURE	200
Laboratoire	FROTTIS SANGUIN	250
Laboratoire	H.I.V	200
Laboratoire	IONO SANGUIN	180
Laboratoire	K.O.P	200
Laboratoire	PHOSPHORE	100
Laboratoire	PRELEVEMENT PUS	500
Laboratoire	PROTEINURIE	50
Laboratoire	SUCRE	80
Laboratoire	T.C.K	100
Laboratoire	LDH	120
Laboratoire	MICROALBURINE	80
Laboratoire	PRVTS URETHRAUX	200
Laboratoire	PRVTS VAGINAUX	200
Laboratoire	ALBUMINURIE	80
Medecine interne	Chambre de plus de 2 lits	100
Medecine interne	Chambre individuelle	200
Stomatologie	CONSULTATION	50
Stomatologie	RADIORETROALVEOLAIRE INT.	100
Stomatologie	RADIORETROALVEOLAIRE EXT	100
Stomatologie	EXTACTION 1 DENT INCLUSE	150
Stomatologie	CAVITE 3 FACES CL	250
Stomatologie	DETARTRAGE/SEANCE	100
Stomatologie	PROTHESE DENTAIRE MOBILE 1 DENT	150
Stomatologie	PROTHESE DENTAIRE MOBILE 4 DENTS	1500
Stomatologie	PROTHESE DENTAIRE MOBILE 5 DENTS	1700
Stomatologie	PROTHESE DENTAIRE MOBILE 6 DENTS	1800
Stomatologie	PROTHESE DENTAIRE MOBILE 7 DENTS	2000
Stomatologie	PROTHESE DENTAIRE MOBILE 9 DENTS	2200
Stomatologie	PROTHESE DENTAIRE MOBILE 10 DENTS	2500
Stomatologie	PROTHESE DENTAIRE MOBILE 11 DENTS	2800
Stomatologie	PROTHESE DENTAIRE MOBILE 12 DENTS	3000
Stomatologie	PROTHESE DENTAIRE MOBILE 14 DENTS	10000
Stomatologie	COURONNE CERAMIQUE	3000
Stomatologie	COURONNE PROVISOIRE	1500
Stomatologie	COURONNE METALLIQUE	1500
Stomatologie	Radio Simple à un cliché	100

Stomatologie	Cav simpl 1F OBT DENT	300
Stomatologie	Cav comp 2F OBT DENT	400
Stomatologie	Cav comp 3F OBT DENT	400
Stomatologie	Cav cmplx+scrw-ps/ tenon OBT DENT	700
Stomatologie	Cav smpl 1F OBT COMP	400
Stomatologie	Cav com à 2F OBT COMP	400
Stomatologie	Cavité composée à3 faces OBT COMP	400
Stomatologie	Cavité complexe OBT COMP	400
Stomatologie	Pulpotomie	500
Stomatologie	Groupe prémolaire DENTS PERM	500
Stomatologie	Groupe molaire DENTS PERM	500
Stomatologie	Groupe molaire DENTS LACT	500
Stomatologie	Application fluor-séance	700
Stomatologie	Résec capuchon muqueux	700
Stomatologie	Soins gingivaux (par arcade)	250
Stomatologie	Extraction d'une incisive	250
Stomatologie	Extrac incisive DENT SUPPLEM	100
Stomatologie	Extraction molaire	400
Stomatologie	Extract molaire DENT SUPPLEM	100
Stomatologie	Extraction d'une dent de sagesse	400
Stomatologie	Extract dent enclav+ Radio	150
Stomatologie	Extractdent incluse+Radio	150
Stomatologie	Trtmentcellulite péri maxi y compris	4000
Stomatologie	Curétage péri-apical sans résect apical	1000
Stomatologie	Curetage péri-apical avec résection apicale	1000
Stomatologie	Exérèse chirurgic kyste + Radio	4000
Stomatologie	Radio occlusale rétro alvéolaire	70
Stomatologie	Radio panoramique	200
ORL	EXTRACTION DE CORPS ETRANGER DE L OREILLE	100