

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACCÈS AUX SOINS

Décision du 27 novembre 2024 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance maladie

NOR : MSAU2434786S

Le collège des directeurs,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-1-7, R. 162-52 et D. 162-25-1 ;

Vu la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 11 mars 2005 ;

Vu les avis de la Haute Autorité de santé en date du 16 février 2023 et du 7 septembre 2023 ;

Vu l'avis de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie en date du 27 novembre 2024 ;

Vu les commissions de hiérarchisation des actes et prestations des médecins et des chirurgiens-dentistes en date des 18 janvier 2024, 12 septembre 2024, 10 octobre 2024 et du 11 octobre 2024,

Décide de modifier le livre II, III et l'annexe 1 de la liste des actes et prestations adoptée par décision de l'UNCAM du 11 mars 2005 modifiée :

Art. 1^{er}. – Le livre II de la décision UNCAM susvisée est ainsi modifié :

I. – Au sous-paragraphe 01.02.01.01 : « Destruction de tissu cérébral » :

Il est inscrit l'acte suivant :

«

Code	Libellé	Activité	Phase	Exo TM	Regroupement
AANB741 [A, J, K, T, 3]	Destruction d'une ou de plusieurs cible(s) intracérébrale(s) à visée fonctionnelle par thermothérapie interstitielle au laser [LITT] par voie stéréotaxique avec monitoring remnographique [IRM] <i>Facturation :</i> – établissement de santé titulaire d'une autorisation spécifique pour la neurochirurgie stéréotaxique – nécessité de deux praticiens sur site	1	0	1	ADC
	Anesthésie	4	0	1	ADA
	(AAQP005, AGQP004, AGQP005, AGQP006, GELE001, YYYY125, YYYY189)				

».

II. – Au sous-paragraphe 06.01.11.05 : « Examen de génétique somatique à visée oncothéranostique » :

La note « Par test compagnon on entend » est modifiée comme suit :

« Par test compagnon on entend : test prédictif permettant de sélectionner, en fonction de leur statut pour un marqueur prédictif identifié par ce test, uniquement les patients chez lesquels le traitement est susceptible ; (i) d'apporter un bénéfice parmi ceux diagnostiqués pour une maladie donnée ou (ii) d'induire des effets indésirables nécessitant de ne pas recourir au traitement ou d'adapter sa posologie. Le test est considéré comme "compagnon" d'utilisation du traitement. »

III. – Au paragraphe 07.01.03 : « Echographie de l'appareil digestif » :

Il est inscrit l'acte suivant :

«

Code	Libellé	Activité	Phase	Exo TM	Regroupement
HLQM702	<p>Echographie transcutanée du foie avec injection intraveineuse de produit de contraste</p> <p><i>Indication :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - lésions cibles (≤ 2) détectées de façon fortuite chez des adultes sans cirrhose ni cancer, mesurant jusqu'à 35 mm de diamètre, situées à moins de 12 cm de profondeur et suspectées bénignes à l'imagerie initiale non multiphasique (hémangiome ou hyperplasie nodulaire focale en premier lieu suspecté) ; - le patient présente une contre-indication à l'IRM avec produit de contraste gadoliné - le délai d'accès à l'IRM avec produit de contraste gadoliné excède 6 à 12 semaines - l'IRM avec produit de contraste gadoliné extracellulaire est non concluante et l'IRM avec produit de contraste hépato-spécifique n'est pas réalisable <p><i>Environnement : mise en œuvre en respect des conditions de réalisation définies dans le rapport de la HAS du 16 février 2023 adopté par la décision n° 2023.0055/DC/SEAP « Indications de l'échographie de contraste lors de suspicion de tumeur hépatique bénigne chez l'adulte sans cirrhose ni cancer ».</i></p>	1	0	2	ADE

».

IV. – Au sous-paragraphe 07.01.13.05 : « Examen de génétique somatique à visée oncothéragnostique » :

La note « Par test compagnon on entend » est modifiée comme suit :

« Par test compagnon on entend : test prédictif permettant de sélectionner, en fonction de leur statut pour un marqueur prédictif identifié par ce test, uniquement les patients chez lesquels le traitement est susceptible ; (i) d'apporter un bénéfice parmi ceux diagnostiqués pour une maladie donnée ou (ii) d'induire des effets indésirables nécessitant de ne pas recourir au traitement ou d'adapter sa posologie. Le test est considéré comme « compagnon » d'utilisation du traitement. »

V. – Au sous-paragraphe 07.02.02.04 « Prophylaxie buccodentaire » :

a) La note de facturation de l'acte suivant est modifiée :

«

Code	Texte
HBLD045	<p>Application de vernis fluoré sur les deux arcades dentaires</p> <p><i>Indication : acte de prévention en cas de risque carieux élevé</i></p> <p><i>Facturation : la prise en charge est limitée à tous les patients à partir du 1^{er} anniversaire jusqu'à la veille du 26^{ème} anniversaire présentant un risque carieux individuel (RCI) élevé, sur les 2 arcades, 2 fois par an maximum</i></p> <p><i>-Cet acte est facturable en sus de l'acte complémentaire de détartrage et polissage des dents (HBJD001) dans le cadre d'un examen de prévention bucco-dentaire</i></p>

» ;

b) A compter du 1^{er} janvier 2026, la note de facturation visé au tableau ci-dessus est modifiée, ainsi les mots : « 26^e anniversaire » sont remplacés par les mots suivants : « 27^e anniversaire » ;

c) A compter du 1^{er} janvier 2027, la note de facturation visé au tableau ci-dessus est modifiée, ainsi les mots : « 26^e anniversaire » sont remplacés par les mots suivants : « 28^e anniversaire » ;

d) A compter du 1^{er} janvier 2028, la note de facturation visé au tableau ci-dessus est modifiée, ainsi les mots : « 26^e anniversaire » sont remplacés par les mots suivants : « 29^e anniversaire ».

VI. – Au sous-paragraphe 07.03.02.09 : « Actes thérapeutiques sur l'estomac pour l'obésité »

La note de facturation est modifiée comme suit :

« Facturation :

« Pour la chirurgie de l'obésité de grade 2 ou 3 chez les moins de 18 ans, respect des conditions des recommandations de la HAS de septembre 2011 pour l'enfant et l'adolescent et des critères d'éligibilité de la fiche mémo de la HAS 2016 « Critères d'éligibilité pour la réalisation d'une chirurgie bariatrique chez les moins de 18 ans » (obésité sévère et complexe).

« Pour la chirurgie de l'obésité de grade 2 ou 3 chez l'adulte, selon les recommandations de la HAS en vigueur.

« Pour la chirurgie métabolique, selon l'avis de la HAS du 6 octobre 2022, chez les patients atteints de diabète de type 2 (DT2) et qui présentent une obésité de grade 1 lorsque les objectifs glycémiques individualisés n'ont pas été atteints malgré une prise en charge médicale, notamment diabétologique et nutritionnelle, incluant aussi une

activité physique adaptée, bien conduite selon les recommandations de bonnes pratiques actuelles, pendant au moins douze mois.

« La décision est prise avec le patient après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire incluant un diabétologue.

« Les modalités de préparation, de réalisation et de suivi sont les mêmes que celles prévues pour la chirurgie bariatrique. »

VII. – Au sous-paragraphe 16.01.06.04 : « Examen de génétique somatique à visée oncothéranostique » :

La note « Par test compagnon on entend » est modifiée comme suit :

« Par test compagnon on entend : test prédictif permettant de sélectionner, en fonction de leur statut pour un marqueur prédictif identifié par ce test, uniquement les patients chez lesquels le traitement est susceptible ; (i) d'apporter un bénéfice parmi ceux diagnostiqués pour une maladie donnée ou (ii) d'induire des effets indésirables nécessitant de ne pas recourir au traitement ou d'adapter sa posologie. Le test est considéré comme "compagnon" d'utilisation du traitement. »

VIII. – Au sous-paragraphe 17.02.06.02 « Examens de génétique somatique des cancers » :

a) Deux notes de subdivisions sont ajoutées, elles sont ainsi rédigées :

« Par thérapie ciblée on entend : traitement n'apportant de bénéfices que chez certains patients identifiés par un marqueur prédictif déterminé par un test compagnon

« Par test compagnon on entend : test prédictif permettant de sélectionner, en fonction de leur statut pour un marqueur prédictif identifié par ce test, uniquement les patients chez lesquels le traitement est susceptible ; (i) d'apporter un bénéfice parmi ceux diagnostiqués pour une maladie donnée ou (ii) d'induire des effets indésirables nécessitant de ne pas recourir au traitement ou d'adapter sa posologie. Le test est considéré comme « compagnon » d'utilisation du traitement. » ;

b) Il est inscrit à titre provisoire pour une durée de trois ans l'acte suivant :

«

Code	Libellé	Activité	Phase	Exo TM	Regroupement
ZZQX231	<p>Test de détermination du statut de déficience de la voie de recombinaison homologue [DRH] [HRD] pour thérapie ciblée [Test compagnon]</p> <p><i>Indication :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Patientes présentant un cancer épithélial avancé (stades FIGO III et IV) de haut grade de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif séreux et pour lesquelles la détermination du statut de déficience de recombinaison homologue (HRD) permet l'orientation vers un traitement par inhibiteur de PARP dans une indication validée par la HAS et si ce traitement dispose de la mention explicite du biomarqueur « déficience de la voie de recombinaison homologue (HRD) » dans son autorisation de mise sur le marché ; - la prescription de ce test est réalisée en concertation pluridisciplinaire ; - le test doit être réalisé conformément aux recommandations nationales en vigueur. <p><i>Environnement :</i> conformément aux conditions de réalisation listées par la Haute Autorité de santé dans son dernier rapport d'évaluation ; le test est réalisé uniquement sur des prélèvements tumoraux préalablement qualifiés et dont la cellularité tumorale a été considérée comme satisfaisante au regard des exigences définies par le fabricant du test.</p> <p><i>Facturation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - le tarif inclut l'analyse des gènes BRCA-1 et BRCA-2 - seuls les tests identifiant le biomarqueur désigné dans l'autorisation de mise sur le marché de la thérapie ciblée peuvent être facturés ; - la détermination du statut HRD ne doit pas être cumulée avec la facturation d'un panel ; - prise en charge provisoire conformément aux dispositions des articles L.162-1-7 et D.162-25-1 du code de la sécurité sociale 	1	0	5	ATM

».

IX. – Au paragraphe 19.03.02 « Age du patient » :

a) Le modificateur 9 est modifié comme suit :

«

Code	Texte	Tarif
9	<p>Majoration pour réalisation des soins conservateurs chez un patient âgé de 1 à 25 ans</p> <p><i>Facturation :</i> ce modificateur s'applique exclusivement à la liste des soins conservateurs éligibles, définie dans les conventions nationales en vigueur des chirurgiens-dentistes et des médecins</p>	+ 30 %

» ;

- b) A compter du 1^{er} janvier 2026, le libellé visé au tableau ci-dessus est modifié comme suit : « Majoration pour réalisation des soins conservateurs chez un patient âgé de 1 à 26 ans » ;
- c) A compter du 1^{er} janvier 2027 le libellé visé au tableau ci-dessus est modifié comme suit : « Majoration pour réalisation des soins conservateurs chez un patient âgé de 1 à 27 ans » ;
- d) A compter du 1^{er} janvier 2028 le libellé visé au tableau ci-dessus est modifié comme suit : « Majoration pour réalisation des soins conservateurs chez un patient âgé de 1 à 28 ans ».

X. – Au paragraphe 19.03.04 « Autres modificateurs » :

A compter du 1^{er} juillet 2025, la valeur du modificateur K pour les chirurgiens-dentistes est modifiée comme suit :

«

Code	Libellé	Valeur
K	Majoration pour les actes d'accouchements réalisés par les sages-femmes.	+ 20 %
	Majoration pour les actes d'accouchement réalisés par les gynécologues-obstétriciens et pour les actes réalisés par les chirurgiens admettant la majoration transitoire de chirurgie, en secteur 1 ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie, chirurgie et obstétrique [OPTAM-ACO] définie dans la convention en vigueur.	+ 25 %
	Majoration pour les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes spécialistes en chirurgie orale définie dans la convention dentaire.	+ 25 %
	Par dérogation, les chirurgiens et les gynécologues-obstétriciens autorisés à pratiquer des honoraires différents et ceux ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée [OPTAM], peuvent coder ce modificateur pour les actes dispensés à tarifs opposables aux bénéficiaires de la couverture santé solidaire (C2S) et pour les actes dispensés en urgence, à tarifs opposables	

».

XI. – Les tarifs des nouveaux actes sont les suivants :

«

Code	Activité	Phase	Tarif (en euros)
AANB741	1	0	876,92 €
AANB741	4	0	529,60 €
HLQM702	1	0	118,54 €
ZZQX231	1	0	2 030,00 €

».

Art. 2. – L'article III-2 de la décision UNCAM susvisée est modifié comme suit :

« Le libellé du modificateur 9 est modifié à l'instar de l'article 1-IX de la présente décision. »

Art. 3. – L'annexe 1 : « Valeur monétaire et pourcentage des modificateurs (article III-2 du livre III) » de la décision UNCAM susvisée est modifiée comme suit :

- a) Le libellé du modificateur 9 est modifié à l'instar de l'article 1-IX de la présente décision ;
- b) La valeur du modificateur K pour les chirurgiens-dentistes est modifiée, à l'instar de l'article 1-X de la présente décision.

Art. 4. – L'article III-4-III de la décision UNCAM susvisée est modifié comme suit :

I. – L'article 14.9.4 est inséré à l'article III-4-III, il est rédigé de la manière suivante :

« Art. 14.9.4. – Acte de téléexpertise d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme.

« Une téléexpertise est une expertise à distance sollicitée par un professionnel de santé dit "professionnel de santé requérant" et donnée par un médecin ou une sage-femme dit "professionnel de santé requis".

« Pour les demandes bucco-dentaires, l'expertise peut être sollicitée par un professionnel de santé d'un établissement médico-social dit "requérant" et donnée par un chirurgien-dentiste ou un chirurgien-dentiste spécialiste dit "requis" ; ou bien l'expertise peut être sollicitée par un chirurgien-dentiste dit "requérant" et donnée par un chirurgien-dentiste spécialiste ou un médecin spécialiste dit "requis".

« La téléexpertise est réalisée en dehors de la présence du patient concerné. Elle est réalisée avec un équipement adapté dans des conditions garantissant le respect du secret médical et la sécurité des informations transmises, en émission et en réception.

« Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par le professionnel de santé requérant. La pertinence de la téléexpertise en fonction de la question à traiter est laissée à l'appréciation de la sage-femme, du médecin ou du chirurgien-dentiste requis.

« Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre à la sage-femme, au médecin ou au chirurgien-dentiste requis par moyen sécurisé les données cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.

« Le chirurgien-dentiste peut intervenir dans le cadre d'une sollicitation d'une télé-expertise pour des demandes bucco-dentaires d'une personne accueillie au sein d'un établissement médico-social mentionné au 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles par un professionnel de santé de la structure. Le chirurgien-dentiste ne peut être sollicité par un établissement médico-social que s'il est connu par le patient.

« Le chirurgien-dentiste peut également dans le cadre d'une suspicion cancéreuse de pathologie dermatologique orale ou d'une maladie rare à répercussion ou manifestation orale ou dentaire solliciter une télé-expertise auprès d'un chirurgien-dentiste spécialiste ou un médecin spécialiste en rapport avec les pathologies mentionnées.

« Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la télé-expertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations.

« Dans ce cadre de télé-expertise, en dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute télé-expertise, l'avis donné par la sage-femme, le médecin ou le chirurgien-dentiste requis peut porter sur une question circonscrite ou sur l'exposition d'une situation complexe et l'analyse d'au moins un ou plusieurs types de documents transmis en appui par le professionnel de santé requérant.

« L'acte de télé-expertise doit faire l'objet d'un compte-rendu, établi par la sage-femme, le médecin ou le chirurgien-dentiste requis, conformément aux obligations légales et réglementaires, qu'il archive dans son propre dossier patient et qui doit être transmis au professionnel de santé requérant ayant sollicité l'acte et au médecin traitant.

« Les télé-expertises sont effectuées de manière ponctuelle et sont facturables avec le code TE2 dans la limite de :

« – 4 actes par an, par médecin ou par chirurgien-dentiste requis, pour un même patient ;

« – 2 actes par an, par sage-femme requise, pour un même patient.

« Le médecin requis doit répondre à la demande de télé-expertise dans un délai de 7 jours.

« L'acte TE2 est facturable à tarif opposable, sans cumul possible avec aucun acte ou majoration de la NGAP, majoration conventionnelle ou acte de la CCAM.

« Le médecin requis doit répondre à la demande de télé-expertise dans un délai de 7 jours.

« L'acte spécifique de télé-expertise au profit des patients admis en EHPAD amenés à changer de médecin traitant est facturable par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient, ainsi que par le précédent médecin traitant. »

II. – L'article 14.9.6 est inséré dans l'article III-4-III, il est ainsi rédigé :

« *Art. 14.9.6. – Acte de demande d'une télé-expertise par un professionnel de santé auprès d'un médecin ou d'une sage-femme ou d'une télé-expertise par un chirurgien-dentiste auprès d'un chirurgien-dentiste spécialiste ou un médecin spécialiste.*

« L'acte de demande d'une télé-expertise auprès d'un médecin ou d'une sage-femme est ouvert aux médecins, sages-femmes, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues et infirmiers.

« Pour des demandes bucco-dentaires, le chirurgien-dentiste dit "requérant" sollicite une télé-expertise auprès d'un chirurgien-dentiste spécialiste ou un médecin spécialiste.

« Devant une situation clinique, la demande de télé-expertise du professionnel de santé requérant s'inscrit dans le besoin d'obtenir l'avis du professionnel de santé requis pour éclairer sa décision diagnostique ou thérapeutique pour la prise en charge de son patient au regard des pratiques recommandés dans les référentiels.

« La télé-expertise est réalisée dans les conditions définies à l'article 14.9.4 de la NGAP. La demande de télé-expertise doit être rapportée dans le dossier médical du patient tenu par le professionnel de santé requérant ainsi que dans le dossier médical partagé (DMP) du patient si celui est ouvert. Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la télé-expertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations.

« Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre au médecin ou à la sage-femme requis par moyen sécurisé les paramètres cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.

« Cette demande est facturable par le professionnel de santé requérant par la lettre clé RQD dans la limite :

« – 4 actes par an et à tarif opposable, par médecin requérant pour un même patient ;

« – 4 actes par an, par un chirurgien-dentiste requérant pour un même patient ;

« – 2 actes par an par orthophoniste, masseur-kinésithérapeute, sage-femme ou pédicure-podologue requérant, pour un même patient ;

« – 4 actes par an par infirmier requérant, pour un même patient.

« Par dérogation à l'article 11 B des dispositions Générales de la NGAP, cette demande peut être facturée au patient en complément de l'acte durant lequel le consentement du patient a été recueilli. »

III. – L'article 15.8 est modifié comme suit :

a) Au paragraphe A sont supprimés les mots suivants : « l'annexe XV de la convention nationale des chirurgiens-dentistes signée le 21 juillet 2023. » et remplacés par les mots suivants : « dans la convention nationale des médecins en vigueur. » ;

b) Au paragraphe B sont supprimés les mots suivants : « à l'annexe XX de l'avenant 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes signée le 21 juin 2018 » et remplacés par les mots suivants : « dans la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur. »

IV. – L'article 24 est modifié comme suit :

L'alinéa suivant est supprimé :

« Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser (1 seul code CCAM), celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que ce bilan dentaire spécifique lors de l'entrée en ESMS. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention. La liste des actes associables au bilan dentaire spécifique lors de l'entrée en ESMS figure dans l'annexe XI de la convention dentaire. »

Art. 5. – La présente décision prendra effet au 1^{er} février 2025 sauf mention de date spécifique.

Art. 6. – La présente décision sera publiée au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 27 novembre 2024.

Le collègue des directeurs :

*Le directeur général de l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie,*

T. FATÔME

*Le directeur général de la Caisse centrale
de la mutualité sociale agricole,*

A.-L. TORRESIN