

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Décision du 20 décembre 2011 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 : ETSU1200022S

Le collège des directeurs,

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

Vu les avis de la Haute Autorité de santé en date du 10 novembre 2011 et du 15 décembre 2011 ;

Vu l'avis de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie en date du 7 décembre 2011 ;

Vu la commission de hiérarchisation des actes et des prestations, des médecins en date du 3 octobre 2011,

Décide :

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

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

I. – Inscription d'un acte :

A la subdivision « 15.01.05. Explorations fonctionnelles de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique », inscrire l'acte suivant :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
PEQP003	Mesure de la force, du travail et de la puissance musculaire de 1 ou 2 articulations, par dynamomètre informatisé et motorisé Indication : évaluation et quantification, en deuxième intention, des déficiences musculaires pour objectiver l'efficacité d'un programme de rééducation du genou Formation : formation complémentaire et spécifique en isocinétisme, sauf pour les médecins de médecine physique et réadaptation Facturation : suivi d'un programme de rééducation validé par la Société française de médecine physique et de réadaptation [SOFMER] dans les dix-huit premiers mois postopératoires d'une reconstruction de ligament croisé du genou, 3 actes au plus peuvent être facturés par patient	1	0		

II. – Modifications de libellés :

A la subdivision « 19.03.01. Urgence », le libellé du modificateur « S » est ainsi modifié :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
S	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et les médecins généralistes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, la nuit de 00 h à 06 h				

III. – Extension de la liste des actes éligibles au forfait sécurité dermatologie (FSD) :

A la subdivision « 16.03.07.01. Exérèse de lésion superficielle de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané », le « forfait sécurité dermatologie » est ajouté aux actes suivants :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
QZFA002 [F, P, S, U]	Exérèse d'une lésion sous-cutanée susfasciale de moins de 3 cm de grand axe Avec ou sans : résection de peau Indication : acte thérapeutique Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés (ZZHA001, ZZLP025) (Forfait Sécurité Dermatologie)	1	0	RC	
QZFA001 [F, P, S, U]	Exérèse de 2 à 5 lésions sous-cutanées susfasciales de moins de 3 cm de grand axe Avec ou sans : résection de peau Indication : acte thérapeutique Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés (ZZHA001, ZZLP025) (Forfait Sécurité Dermatologie)	1	0	RC	
QZFA005 [F, P, S, U]	Exérèse de 6 lésions sous-cutanées susfasciales ou plus de moins de 3 cm de grand axe Avec ou sans : résection de peau Indication : acte thérapeutique Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés (ZZHA001, ZZLP025) (Forfait Sécurité Dermatologie)	1	0	RC	
QZFA007 [F, P, S, U]	Exérèse de lésion sous-cutanée susfasciale de 3 cm à 10 cm de grand axe Avec ou sans : résection de peau Indication : acte thérapeutique Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés (ZZHA001, ZZLP025) (Forfait Sécurité Dermatologie)	1	0	RC	

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

I. – A l'article III-2, le libellé du modificateur « S » est ainsi modifié :

« Acte réalisé en urgence par les pédiatres et les médecins généralistes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, la nuit de 00 h à 06 h ; le code est S. »

II. – A l'article III-3 A, après le 4 sont ajoutées les dispositions suivantes :

« 5. Le cumul des honoraires des actes de biopsie dermo-épidermique, par abord direct (QZHA001) et de biopsie des tissus souscutanés susfasciaux, par abord direct (QZHA005) avec ceux de la consultation pour les dermatologues. Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50 % de sa valeur.

6. Le cumul des honoraires de l'acte de prélèvement cervico-vaginal (JKHD001) avec ceux de la consultation. Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50 % de sa valeur. Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les trois ans dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de deux frottis cervico-utérins annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans, selon les recommandations de la HAS de juillet 2010. »

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

A la première partie Dispositions générales :

1° A l'article 2-1. Lettres clés :

a) Après la lettre clé V, introduire la lettre clé suivante :

« VL - Visite longue et complexe réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant » ;

b) Après la lettre clé CNPSY, introduire la lettre clé CDE :

« Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie ».

2° L'article 14.4. Forfait pédiatrique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les consultations ou visites effectuées à destination d'un enfant âgé de 0 à 25 mois inclus par le pédiatre ouvrent droit, en sus des honoraires et, le cas échéant, des frais de déplacement, à une majoration, dénommée

forfait pédiatrique (FPE), lorsqu'elles comportent un interrogatoire, un examen complet, un entretien de conclusions avec la conduite à tenir, les prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examens complémentaires éventuels et qu'elles donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

Cette majoration ne s'applique qu'aux consultations et aux visites répondant aux conditions fixées dans l'annexe de l'arrêté du 31 juillet 2002 relatif à l'accord de bonnes pratiques et de bon usage des soins applicable aux pédiatres.

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2. »

3° L'article 14.4 *bis*. Majoration pour la prise en charge des nourrissons par le pédiatre est remplacé par les dispositions suivantes :

« Lorsque le pédiatre effectue, auprès d'un enfant âgé de 0 à 25 mois inclus, une consultation ou une visite conforme aux critères définis à l'article 14.4 des dispositions générales de la NGAP, ce dernier peut coter, en sus du forfait pédiatrique (FPE), une majoration nourrisson pédiatre (MNP).

Cette majoration peut être cotée dès lors que le pédiatre n'est pas autorisé à pratiquer des tarifs différents au sens des articles 35-1 et 35-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011. Par dérogation, le pédiatre autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 susmentionnés peut coter la MNP pour les seuls actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé dans le respect du premier alinéa de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale.

La MNP ne se cumule ni avec la majoration prévue à l'article 2 *bis* (Majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste) (MPC) ni avec la facturation d'un dépassement (DE) au sens de l'article 42.1 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

La valeur de la MNP est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2. »

4° L'article 14.4 *ter* est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 14.4 *ter*. – Majoration des examens médicaux obligatoires mentionnés à l'article R. 2132-2 du code de santé publique et de l'examen entre la sortie de maternité et le 28^e jour par le pédiatre.

Lors de la consultation ou de la visite pour l'examen médical obligatoire dans les huit jours, au cours des 9^e ou 10^e mois, au cours des 24^e ou 25^e mois suivant la naissance mentionné à l'article R. 2132-1 du code de santé publique ainsi que lors de la consultation ou de la visite spécifique entre la sortie de maternité et le 28^e jour définie à l'article 15.2.2, le pédiatre doit notamment :

- prendre connaissance du dossier médico-infirmier de l'enfant et de la mère ;
- pratiquer un examen complet de l'enfant, orienté notamment vers le dépistage des anomalies congénitales, des déficiences et renseigner la rubrique du carnet de santé concernant l'examen clinique de l'enfant dans la période périnatale ;
- porter sur le carnet de santé de l'enfant les observations médicales, les interventions et les prescriptions éventuelles qu'il juge utile de mentionner ;
- remplir et adresser la partie médicale des certificats de santé prévus par la loi n° 86-1307 du 29 décembre 1986 et la loi n° 89-899 du 18 décembre 1989, conformément aux dispositions de l'article R. 2132-3 du code de santé publique, à l'exception de l'examen entre la sortie de maternité et le 28^e jour.

Cette consultation ou visite effectuée par le pédiatre ouvre droit, en sus des honoraires et, le cas échéant, des frais de déplacement, à une majoration dénommée MBB.

Cette majoration est cumulable, le cas échéant, avec la FPE et la MNP.

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2. »

5° Après l'article 14.4 *quater*, il est inséré un article 14.4 *quinquies* ainsi rédigé :

« Article 14.4 *quinquies*. – Majoration pour la prise en charge des enfants de 25 mois à 6 ans par le pédiatre.

Les consultations et les visites, effectuées par le pédiatre pour un enfant âgé de 25 mois à 6 ans, ouvrent droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée majoration pédiatre enfant (MPE), lorsqu'elles comportent un interrogatoire, un examen complet, des conseils de prévention et qu'elles donnent lieu à un compte rendu sur le carnet de santé de l'enfant.

Cette majoration peut être cotée dès lors que le pédiatre n'est pas autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011. Par dérogation, le pédiatre autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 précités peut coter la MPE pour les seuls actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé dans le respect du premier alinéa de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale.

Cette majoration est cumulable avec la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste prévue à l'article 2 *bis* (MPC). Elle n'est pas cumulable avec les majorations FPE, MNP, MBB et prévues aux articles 14-4, 14-4 *bis* et 14-4 *ter*. »

6° L'article 14.4.4 est ainsi modifié :

1° Le titre de l'article 14.4.4 est remplacé par : « Majoration pour consultation familiale ou avec un tiers social ou un tiers médico-social d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge spécialisée par le psychiatre ».

2° Le I de l'article 14.4.4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« I. – Consultation avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée d'une durée prévisible au moins égale à un an.

Cette consultation concerne les enfants de moins de 16 ans pris en charge par un psychiatre. Il s'agit d'une consultation longue et spécifique nécessitant la présence de la famille, d'un tiers social ou d'un tiers médico-social pour aborder les aspects de la pathologie, du pronostic, de la stratégie thérapeutique ou des implications relationnelles.

Lors de cette consultation, le psychiatre intervient notamment pour :

- délivrer une information aux parents centrée sur la pathologie de l'enfant, les différentes alternatives thérapeutiques, les éléments de pronostic ;
- permettre un dialogue autour de cette information ;
- identifier avec les parents, ou leurs substituts le cas échéant, les facteurs de risque médicaux, psychologiques et sociaux ;
- tenter d'obtenir une alliance thérapeutique avec la famille, évaluer la capacité de soutien de celle-ci et permettre un dialogue autour de ces fonctions ;
- expliciter le déroulement dans le temps de la prise en charge de l'enfant et/ou du groupe familial et définir le rôle éventuel des différents intervenants de l'équipe thérapeutique ;
- synthétiser une note au dossier du patient ;
- le cas échéant, informer le médecin en charge de l'enfant et les autres intervenants.

Cette consultation ouvre droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée MPF (majoration consultation famille). »

7° Après l'article 15.2, il est inséré un article 15.2.1 ainsi rédigé :

« Article 15.2.1. – Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie.

Cette consultation concerne les sujets à risque de mélanome définis par les recommandations de la HAS :

- antécédent personnel ou familial de mélanome ;
- phototype cutané de type I (peau claire, yeux bleus, cheveux clairs) ;
- nombre élevé de nævus, de nævus de grande taille, de nævus atypiques ;
- antécédents ou mode de vie avec expositions solaires intenses.

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- recueillir les antécédents personnels et familiaux, les habitudes d'exposition solaires ;
- réaliser un examen cutané du corps entier ;
- réaliser un examen au dermatoscope de toute lésion suspecte ;
- informer le patient concernant le mélanome et prodiguer des conseils de prévention de non-exposition solaire et d'auto-surveillance cutanée ;
- synthétiser le dossier du patient et informer par courrier le médecin traitant.

Cette consultation ne peut être tarifée qu'une fois par an. Elle est dénommée CDE. »

8° Après l'article 15.2.1, il est inséré un article 15.2.2 ainsi rédigé :

« Article 15.2.2. – Consultation spécifique entre la sortie de maternité et le 28^e jour réalisée par un pédiatre.

Cette consultation permet un soutien à la parentalité, un dépistage et un suivi des pathologies du nouveau-né.

Lors de cette consultation ou de cette visite entre la sortie de maternité et le 28^e jour, le pédiatre doit notamment :

- prendre connaissance du dossier médico-infirmier de l'enfant et de la mère ;
- pratiquer un examen complet de l'enfant, orienté notamment vers le dépistage des anomalies congénitales, des déficiences et renseigner la rubrique du carnet de santé concernant l'examen clinique de l'enfant dans la période périnatale ;
- porter sur le carnet de santé de l'enfant les observations médicales, les interventions et les prescriptions éventuelles qu'il juge utile de mentionner.

Elle ne s'applique pas dans le cadre d'un enfant hospitalisé en continu pendant son premier mois.

Cette consultation ou visite effectuée par le pédiatre ouvre droit, en sus des honoraires et, le cas échéant, des frais de déplacement, aux majorations MBB, FPE et MNP. »

9° Après l'article 15.2.2., il est inséré un article 15.2.3 ainsi rédigé :

« Article 15.2.3. – Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant.

La visite longue et complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, en présence des aidants habituels, concerne les patients en ALD pour une pathologie neurodégénérative identifiée, particulièrement ceux atteints de la maladie d'Alzheimer et de la maladie de Parkinson.

Cette visite est dénommée VL. Elle peut être tarifée une fois par an et/ou en cas de modification de l'état de santé du patient ou de son environnement nécessitant de réévaluer l'adéquation entre les besoins du patient et des aidants naturels et les moyens mis en place.

Au cours de cette visite, le médecin traitant :

- réalise une évaluation gériatologique comprenant notamment l'évaluation de l'autonomie et des capacités restantes, l'évolution des déficiences (cognitives, sensorielles, nutritionnelles, locomotrices), l'évaluation de la situation familiale et sociale ;
- assure la prévention de la iatrogénie médicamenteuse ;
- repère chez les aidants naturels d'éventuels signes d'épuisement physique et/ou psychique ;
- informe le patient et les aidants naturels :
 - sur les coordinations possibles avec d'autres intervenants ;
 - sur les structures d'aide à la prise en charge : accueil de jour, hébergement temporaire, réseaux et associations ;
 - sur la possibilité de formation pour les aidants naturels ;
 - sur la possibilité d'une protection juridique du patient ;
- inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient. »

10° Après l'article 15.2.3, il est inséré un article 15.2.4 ainsi rédigé :

« Article 15.2.4. – Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre.

Cette consultation est réalisée à la demande du médecin traitant dans les deux jours ouvrables suivant cette demande. Elle concerne les patients atteints d'une pathologie psychiatrique connue en phase de décompensation ou la première manifestation d'une pathologie potentiellement psychiatrique.

Elle donne lieu à la rédaction d'un compte rendu conservé dans le dossier du patient dont un double est adressé au médecin traitant. »

11° L'article 15.4. – Majoration pour certaines consultations par un médecin spécialiste en endocrinologie ou en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie est remplacé par les dispositions suivantes :

« La majoration pour certaines consultations réalisées par un médecin spécialiste en endocrinologie (MCE) ou en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie est applicable pour les consultations suivantes, en coordination avec le médecin traitant :

1. Diabète inaugural ou compliqué insulino-dépendant ou insulino-requérant.

Cette consultation concerne les patients :

Diabétiques de type 1 :

- lors de la consultation initiale d'un patient diabétique de type 1 ;
- lors de la première consultation pour adaptation du protocole d'insulinothérapie dans les suites d'une affection ayant déstabilisé la maladie ;
- lors de la première consultation après survenue d'une ou plusieurs complications du diabète (complications oculaires, rénales, neurologiques, cardio-vasculaires et lésions du pied) ;

Diabétiques de type 2 insulino-requérant ou devenant insulino-requérant :

- lors de la consultation initiale d'un patient diabétique de type 2 insulino-requérant ou devenant insulino-requérant ;
- lors de la première consultation après survenue d'une ou plusieurs complications du diabète (complications oculaires, rénales, neurologiques, cardio-vasculaires et lésions du pied) ;
- lors de la première consultation après hospitalisation pour affection intercurrente ayant déstabilisé la maladie ;
- lors de la ou des consultations pour mise en œuvre de l'insulinothérapie chez un patient non contrôlé par antidiabétiques oraux et mesures hygiéno-diététiques.

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- recueillir et prendre connaissance des éléments constituant le dossier médical (histoire de la maladie, compte rendu d'hospitalisation, faits nouveaux depuis la sortie d'hospitalisation ou depuis le dernier contact, ressenti du patient, comorbidités, examens complémentaires, carnet de surveillance...) ;

- réaliser une information du patient centrée sur la maladie et son évolution, l'insulinothérapie, l'autosurveillance, les mesures hygiéno-diététiques, le suivi à court et moyen terme du diabète, les interférences médicamenteuses, les prescriptions ;
- synthétiser le dossier et informer par courrier le médecin traitant et, éventuellement, les autres soignants ;
- remettre au patient un compte rendu de consultation ainsi que des documents pédagogiques.

2. Première consultation pour les endocrinopathies complexes suivantes :

- thyroïdite, maladie de Basedow ;
- cancer thyroïdien ;
- hyperthyroïdie, nodulaire ou induite par l'iode, avec complications ;
- pathologie hypothalamo-hypophysaire ;
- pathologie du métabolisme hydrique ;
- pathologie des glandes surrénales ;
- pathologie des glandes parathyroïdes ;
- tumeur endocrine de l'ovaire ;
- tumeur endocrine du pancréas ;
- affection pluri-endocrinienne.

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- recueillir et prendre connaissance des éléments constituant le dossier médical ;
- réaliser une information du patient centrée sur la maladie et son évolution, les interférences médicamenteuses, les prescriptions ;
- synthétiser le dossier et informer par courrier le médecin traitant et, éventuellement, les autres soignants ;
- remettre au patient un compte rendu de consultation.

Cette majoration s'applique aux consultations réalisées pour des patients de 16 ans et plus, uniquement dans le cadre du parcours de soins coordonnés, hors acte de consultant. Elle n'est donc pas cumulable avec le DA mentionné à l'article 42.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011. Elle est en revanche cumulable, le cas échéant, avec la majoration de coordination mentionnée à l'article 13.2 de la convention susmentionnée et avec la majoration forfaitaire transitoire MPC (art. 2 *bis* de la NGAP).

Par dérogation, pour les patients de moins de 16 ans, la MCE peut être applicable et cumulée, le cas échéant, avec le montant de la MPC applicable pour ces patients.

La valeur de la MCE est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2. »

12° A l'article 18. Consultation faisant intervenir deux médecins, le paragraphe B. – Avis ponctuel de consultant est ainsi modifié :

A. – Dans la partie Dérogations, le *a* et le *b* sont remplacés par les dispositions suivantes :

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

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

B. – Dans la partie Champ et honoraires, le *a*) Médecins spécialistes est remplacé par les dispositions suivantes :

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

IV. – A l'annexe 1 du livre III, le libellé du modificateur « S » est ainsi modifié :

« Acte réalisé en urgence par les pédiatres et les médecins généralistes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, la nuit de 00 h à 06 h. »

V. – A l'annexe 4 du livre III Autres forfaits, le paragraphe forfait sécurité dermatologie est remplacé comme suit :

« Forfait sécurité dermatologie (FSD) : ce forfait s'applique à une liste d'actes d'exérèse de nævus cellulaires ou de tumeurs malignes cutanées lorsqu'ils sont réalisés sous anesthésie locale. Quand ces actes sont réalisés en établissement de santé, en dehors d'une hospitalisation, ce forfait ne peut être facturé que par le seul établissement de santé et il ne peut pas se cumuler avec une prestation d'hospitalisation telle que définie à l'article R. 162-32 du code de sécurité sociale.

Ce forfait ne peut être facturé, pour un même patient, plus d'une fois par 24 heures par une même structure de soins ou par un même praticien.

Ce forfait est indiqué en regard des actes auxquels il s'applique dans le livre II.

Le tarif du FSD est fixé à 40 €. »

Art. 3. – Le tarif de l'acte PEQP003 est le suivant :

CODE	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)
PEQP003	1	0	65,11

Art. 4. – La présente décision prend effet à compter du trentième jour suivant la date de sa publication au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 20 décembre 2011.

Le collège des directeurs :

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

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

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