

DISPOSITIONS GÉNÉRALES de la NGAP

(sélection des articles applicables aux infirmiers)

Les nomenclatures prises en application de l'article 7 du décret n° 60-451 du 12/05/1960 modifié établissent la liste, avec leur cotation, des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les médecins, et dans la limite de leur compétence, les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.

Ces nomenclatures s'imposent aux praticiens et auxiliaires médicaux pour communiquer aux organismes d'Assurance Maladie, tout en respectant le secret professionnel, et dans l'intérêt du malade, le type et la valeur des actes techniques effectués en vue du calcul par les organismes de leur participation.

Article 2. - Lettres clés et coefficients

Tout acte est désigné par une lettre clé et un coefficient.

1. Lettre clé La lettre clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Selon le type de l'acte les lettres clés à utiliser sont les suivantes :

AMI - Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière, à l'exception des actes infirmiers de soins qui donnent lieu à application de la lettre clé AIS. AIS - Actes infirmiers de soins. La lettre clé AIS est applicable aux séances de soins infirmiers et aux gardes au domicile des malades.

DI - Démarche de soins infirmiers.

BSA – Forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant ayant une charge en soins dite «légère»

BSB – Forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant ayant une charge en soins dite «intermédiaire»

BSC – Forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant ayant une charge en soins dite «lourde»

IFI – Indemnité forfaitaire infirmier applicable dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant relevant du dispositif défini à l'article 23.3 des Dispositions générales

AMX – acte pratiqué par l'infirmier ou l'infirmière, applicable aux soins réalisés à domicile pour les patients dépendants en sus des séances ou des forfaits

2. Coefficient.

Le coefficient est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel.

Article 3 - Notation d'un acte

Le praticien ou l'auxiliaire médical doit indiquer sur la feuille de maladie non pas la nature de l'acte pratiqué, mais simplement sa codification, comportant le numéro de code de l'acte figurant à la Nomenclature.

Toutefois, à titre transitoire, et jusqu'à la date à compter de laquelle l'obligation de codification deviendra effective, le praticien doit indiquer sur la feuille de soins :

1. la lettre clé prévue à l'article précédent selon le type de l'acte et la qualité de celui qui l'exécute ; 2. immédiatement après le coefficient fixé par la Nomenclature.

Article 4. - Remboursement par assimilation

1. Lorsqu'un malade présente une pathologie inhabituelle justifiant un acte ne figurant pas à la Nomenclature, l'acte exceptionnel peut être assimilé à un acte de même importance porté sur la Nomenclature et, en conséquence, affecté du même coefficient. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'avis favorable du contrôle médical rendu après examen clinique du bénéficiaire par le praticien conseil et à l'accomplissement des formalités de l'entente préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Toutefois, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de quinze jours doit être considéré comme un accord tacite de la demande d'assimilation.

2. Lorsqu'un acte ne figure pas à la Nomenclature en raison de l'évolution des techniques médicales, les ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et de l'Agriculture peuvent, sur proposition le cas échéant des caisses nationales d'Assurance Maladie compétentes, autoriser son remboursement par application d'une cotation provisoire qu'ils déterminent pour une période de un an renouvelable. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'accomplissement des formalités d'entente préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Le délai prévu au paragraphe C dudit article est, dans ce cas, porté à quinze jours, l'expiration de ce délai devant être considérée comme un assentiment à la demande d'assimilation

Article 5 - Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement

Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession :

- a) les actes effectués personnellement par un médecin ;
- b) les actes effectués personnellement par un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, sous réserve qu'ils soient de leur compétence ;
- c) les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de sa compétence.

Sauf cas expressément prévu par la présente nomenclature, un acte ne peut être noté par le praticien ou auxiliaire médical et donner lieu à remboursement que si, pendant la durée de son exécution, ce praticien ou auxiliaire médical s'est consacré exclusivement au seul malade qui en a été l'objet.

Article 7 - Accord préalable

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

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

- 1. les actes ne figurant pas à la nomenclature et remboursés par assimilation, conformément aux dispositions de l'article 4 ;
- 2. les actes ou traitements pour lesquels cette obligation d'accord préalable est indiquée par une mention particulière ou par la lettre AP.

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

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

Les demandes d'accord préalable sont établies sur des imprimés conformes aux modèles arrêtés par le ministre des Affaires Sociales et de la Santé.

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

La réponse de la caisse d'Assurance Maladie doit être adressée au malade et en copie au praticien, au plus tard le 15^{ème} jour à compter de la date de réception de la demande par le service du contrôle médical, la caisse ou la mutuelle.

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

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

Lorsque la demande est incomplète, la caisse indique au demandeur les pièces manquantes dont la production est indispensable à l'instruction de la demande. Elle fixe un délai pour la réception de ces pièces.

Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la réception des pièces requises. Lorsqu'il y a urgence manifeste, le praticien dispense l'acte mais remplit néanmoins la formalité ci-dessus indiquée en portant la mention : "acte d'urgence".

Article 11 - Actes multiples au cours de la même séance

B. Actes en, AMI, AMX, AIS, BSA, BSB, BSC, TLS, TLD, TLL effectués au cours de la même séance

1. Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes inscrits à la nomenclature sont effectués sur un même malade par le même praticien, l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre.

Le deuxième acte est ensuite noté à 50% de son coefficient.

Les actes suivant le second ne donnent pas lieu à honoraires et n'ont pas à être notés sur la feuille de maladie.

Lorsque plusieurs actes sont accomplis dans la même séance sur un même malade, ils ne peuvent donner lieu à honoraires pour plusieurs praticiens que si ceux-ci sont des spécialistes ou compétents exclusifs ou des auxiliaires médicaux de disciplines différentes.

Pour chaque praticien, les actes sont notés conformément aux 1. et 2. ci-dessus.

2. Les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas :

c) aux actes d'accompagnement infirmier à la téléconsultation TLS, TLD et TLL.

3. Les forfaits journaliers infirmiers BSA, BSB, BSC, définis à l'article 23.3, sont toujours facturés à taux plein. Lorsqu'au cours d'une séance de soins en rapport avec la dépendance, un acte en AMX est réalisé, il est noté à 50% de son coefficient, quelle que soit la valeur du coefficient (sauf dérogations listées au Titre XVI, Chapitre I, article 12).

Les conditions de cumul de l'AIS avec un acte en AMI sont limitatives et définies au Titre XVI - chapitre I - article 11 - § 2 et 4. Les actes en AMO ne sont pas cumulables entre eux selon le Titre IV - Chapitre II - article 2.

Article 13. - Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade

Lorsqu'un acte inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du professionnel de santé sont remboursés, en sus de la valeur de l'acte ; ce remboursement est, selon le cas, forfaitaire ou calculé en fonction de la distance parcourue et de la perte de temps subie par le professionnel de santé.

A) Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel de l'auxiliaire médical sont situés dans la même agglomération, ou lorsque la distance qui les sépare est inférieure à deux kilomètres en plaine ou à un kilomètre en montagne, l'indemnité de déplacement est forfaitaire. La valeur de cette indemnité forfaitaire de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

C) Indemnité horokilométrique (IK)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du professionnel de santé ne sont pas situés dans la même agglomération, et lorsque la distance qui les sépare est supérieure à 2 km en plaine ou 1 km en montagne, les frais de déplacement sont remboursés sur la base d'une indemnité horokilométrique dont la valeur unitaire est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

L'indemnité horokilométrique s'ajoute à la valeur de l'acte ; s'il s'agit d'une visite, cette indemnité s'ajoute au prix de la visite et non à celui de la consultation. Pour les actes en K, Z, SP, SF, SFI, AMS, AMK, AMC, AMI, AIS, DI, AMX, BSA, BSB, BSC, TLL, TLD, TLS, AMP, POD, AMO et AMY de la

NGAP ou les actes équivalents inscrits à la CCAM, l'indemnité horokilométrique se cumule avec les indemnités forfaitaires prévues aux paragraphes A et D.

L'indemnité horo-kilométrique est calculée et remboursée dans les conditions ci-après :

1° L'indemnité due au professionnel de santé est calculée pour chaque déplacement à partir de son domicile professionnel et en fonction de la distance parcourue sous déduction d'un nombre de kilomètres fixé à 2 sur le trajet tant aller que retour. Cet abattement est réduit à 1 km en montagne et en haute montagne dont les zones sont définies par la Loi n°85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne.

2° Les indemnités horokilométriques pour les actes en AMI, AIS, DI, AMX, BSA, BSB, BSC, TLL, TLD et TLS et en cumul avec l'IFD ou l'IFI sont soumises à un dispositif de plafonnement journalier du montant facturé.

Cet abattement est déterminé au regard de la distance journalière facturée par l'infirmier (la distance journalière étant définie comme le cumul des kilomètres facturables, après déduction des 1 et 2 km définis à l'article 13 des dispositions générales de la nomenclature précitée, du premier au dernier patient du début à la fin du jour civil de réalisation des soins). Les modalités de l'abattement sont les suivantes :

- jusqu'à 299 kilomètres cumulés inclus, aucun abattement n'est appliqué ;
- à partir de 300 kilomètres et jusqu'à 399 kilomètres cumulés, bornes incluses, un abattement de 50% du tarif du remboursement de ces indemnités kilométriques facturées est appliqué ;
- à partir de 400 kilomètres cumulés inclus, un abattement de 100% du tarif du remboursement de ces indemnités kilométriques facturés.

En parallèle, les infirmiers conservent la possibilité de pouvoir facturer les indemnités kilométriques à partir du cabinet professionnel et, ce même, dans le cadre des tournées journalières au domicile des patients pour lesquels les infirmiers ne reviennent pas systématiquement, entre chaque passage, à leur cabinet.

3° Le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un professionnel de santé ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au professionnel de santé de la même discipline, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade.

A titre dérogatoire, la règle mentionnée au 3° ne s'applique pas :

lorsque les déplacements du professionnel de santé sont effectués dans le cadre des programmes de retour à domicile mis en place par les Caisses d'Assurance Maladie répondant aux objectifs des articles L. 1110-1 du Code de la santé publique, L. 162-1-11 alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, et L. 111-2-1 et L. 111-1 du Code de la sécurité sociale ;

D) IFI – Indemnité forfaitaire infirmier

Lorsque les soins sont réalisés dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant relevant du dispositif défini à l'article 23.3 des Dispositions générales, la convention nationale prévoit pour les actes effectués par l'infirmier au domicile du patient une cotation spécifique des indemnités de déplacement appelée IFI (indemnité forfaitaire infirmier).

La valeur en unité monétaire de cette indemnité est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

L'IFI est cotable à chaque déplacement réalisé dans la journée pour des soins liés à la dépendance dès lors qu'un forfait BSA, BSB ou BSC ou DI dans le cadre de l'article 12 du chapitre I, est facturé le même jour au patient. L'IFI peut être facturée isolément ou avec un acte infirmier coté en AMX. De plus, l'IFI peut se cumuler avec les IK et les majorations autorisées dans les articles 14 et 23.2 des Dispositions générales.

Au maximum, 4 IFI peuvent être facturées dans la même journée pour un même patient.

Article 13.1 - Frais de déplacement pour actes effectués dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées régi par le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin, le chirurgien-dentiste ou l'auxiliaire médical intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées, pour effectuer des actes sur plus d'un patient, les frais de déplacement ne peuvent être facturés, selon les modalités prévues par l'article 13 ci-dessus, qu'une seule fois.

Article 14 - Actes effectués la nuit ou le dimanche

Lorsque, en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes sont effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés, ils donnent lieu, en plus des honoraires normaux et, le cas échéant, de l'indemnité de déplacement, à une majoration.

Sont considérés comme actes de nuit les actes effectués entre 20 heures et 8 heures, mais ces actes ne donnent lieu à majoration que si l'appel au praticien a été fait entre 19 heures et 7 heures.

La valeur des majorations forfaitaires pour actes effectués la nuit et le dimanche ou jours fériés légaux est déterminée dans les mêmes conditions que la valeur des lettres clés prévues à l'article 2.

Pour les actes infirmiers répétés, ces majorations ne peuvent être perçues qu'autant que la prescription du médecin indique la nécessité impérieuse d'une exécution de nuit ou rigoureusement quotidienne.

La majoration forfaitaire pour les actes de nuit effectués par les infirmiers ainsi que par les sages-femmes lorsqu'elles dispensent des soins infirmiers peut faire l'objet d'une différenciation. Les valeurs des majorations sont déterminées dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

Article 14.9.5 -Accompagnement du patient par l’infirmier à la téléconsultation réalisée par un médecin dit « téléconsultant »

L’infirmier, en tant que professionnel de santé accompagnant, a notamment pour rôle d’assister le médecin dans la réalisation de certains actes participant à l’examen clinique et éventuellement d’accompagner le patient dans la bonne compréhension de la prise en charge proposée.

Selon la situation, trois codes prestation sont prévus :

Lorsque l’acte est réalisé au décours d’un soin infirmier, le code prestation est TLS. Dans ce cas, il est cumulable avec les actes réalisés au cours de la même séance, et à taux plein conformément à l’article 11B.4.c ;

Lorsque l’acte est réalisé isolément, dans un lieu dédié aux téléconsultations, le code prestation est TLL. Dans ce cas, par dérogation à l’article 13 des Dispositions générales, les indemnités de déplacement sont applicables par l’infirmier.

Elles ne sont applicables qu’une fois lorsque l’infirmier accompagne plusieurs patients au cours de téléconsultations réalisées successivement dans un même lieu dédié.

Deux déplacements dans un lieu dédié aux téléconsultations, au plus, sont facturables par jour.

Lorsque l’acte est réalisé isolément à domicile (intervention spécifique programmée non réalisée au décours d’un soin infirmier), le code prestation est TLD. Dans ce cas, les indemnités de déplacement s’appliquent.

La téléconsultation est organisée dans le respect du parcours de soins coordonnés selon les modalités définies à l’article 6.2.1 de l’avenant 6 à la convention nationale des infirmiers.

La téléconsultation doit être obligatoirement réalisée par vidéotransmission dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises, la traçabilité des échanges, la confidentialité des échanges et l’intimité des patients. Lorsque la téléconsultation est réalisée dans des conditions définies à l’alinéa 5 de l’article 6.2.1 de la convention nationale des infirmiers, l’infirmier peut être amené à transmettre les données administratives du patient au médecin. L’infirmier dispose des équipements nécessaires conformément, à l’article 6.2.3 et 6.2.5 de l’avenant 6 à la convention nationale des infirmiers.

Par dérogation à l’article 5 des Dispositions Générales de la NGAP, l’acte d’accompagnement à la téléconsultation réalisé par les infirmiers n’a pas à faire l’objet d’une prescription médicale.

Article 16 - Visite unique pour plusieurs malades

Lorsque le praticien visite à domicile plusieurs malades de la même famille habitant ensemble, seul le premier acte est compté pour une visite ; les suivants sont considérés comme des consultations, il ne peut être compté plus de deux consultations en sus de la première visite.

Les soins donnés à chaque malade doivent être notés sur une feuille de maladie spéciale à ce malade.

Article 23 - Majorations pour certains actes ou forfaits réalisés par des infirmiers

Article 23.1 - Majoration pour réalisation par un infirmier d'un acte unique

Lorsqu'au cours de son intervention, l'infirmier (ère) réalise un acte unique en AMI avec coefficient inférieur ou égal à 1,5 au cabinet ou au domicile du patient, cet acte donne lieu à la majoration d'acte unique (MAU). La MAU peut se cumuler avec la majoration jeune enfant (MIE) créée à l'article 5.3 de l'avenant 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'Assurance maladie. Elle ne se cumule pas avec les forfaits BSA, BSB ou BSC ni avec les actes cotés en AMX ni avec l'IFI.

Cette majoration ne se cumule pas avec le supplément pour vaccination antigrippale du Titre XVI, chapitre I, article 1, ni avec la majoration de coordination infirmière (MCI).

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

Article 23.2 – Majoration de coordination infirmier(ère)

Lorsque l'infirmier(ère) réalise à domicile :

- Un pansement lourd et complexe inscrit au titre XVI, chapitre I, article 3 ou chapitre II, article 5bis ; Ou
- Des soins inscrits au titre XVI à un patient en soins palliatifs.

Ces prises en charge donnent lieu à la majoration de coordination infirmier(ère) (MCI) du fait du rôle spécifique de l'infirmier(ère) en matière de coordination, de continuité des soins et de gestion des risques liés à l'environnement.

Cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois par intervention.

La prise en charge en soins palliatifs est définie comme la prise en charge d'un patient ayant une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital. Elle vise à soulager la douleur et l'ensemble des symptômes digestifs, respiratoires,

neurologiques et autres, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

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

Article 23.3 – Forfaits journaliers de prise en charge d'un patient dépendant, à domicile

Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « légère ». Afin de facturer ce forfait, le code prestation est BSA ;

Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « intermédiaire ». Afin de facturer ce forfait, le code prestation est BSB ;

Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « lourde ». Afin de facturer ce forfait, le code prestation est BSC.

Le type de forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant est déterminé par l'outil bilan de soins infirmiers (BSI).