

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 27 février 2007 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

NOR : SANH0720868A

Le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-6, L. 162-22-10, L. 162-26, R. 162-32 et R. 162-42-1 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 1112-56, R. 6123-33, D. 6122-25, D. 6124-5, D. 6124-12, D. 6124-104 à D. 6124-116, D. 6124-118 et D. 6124-301 ;

Vu le décret n° 2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de la santé publique ;

Vu le décret n° 2002-1197 du 23 septembre 2002 modifié relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique ;

Vu le décret n° 2006-72 du 24 janvier 2006 relatif à la réanimation dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 29 juin 1978 modifiant un précédent arrêté relatif aux critères et aux procédures de classement applicables aux établissements privés mentionnés à l'article L. 275 du code de la sécurité sociale et prévu par l'article 2 du décret n° 73-183 du 22 février 1973 ;

Vu l'arrêté du 31 décembre 2003 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;

Vu les recommandations n° 2006-26 et n° 2007-4 du conseil de l'hospitalisation respectivement en date du 14 décembre 2006 et du 2 février 2007 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 14 février 2007 ;

Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 14 février 2007,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – La catégorie de prestations visée au 1^o de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par les forfaits suivants :

1^o Des forfaits de séjour et de soins dénommés « groupes homogènes de séjours » (GHS), dont la liste est fixée en annexe 1. Ils sont établis selon la classification des groupes homogènes de malades (GHM) fixée par l'arrêté du 31 décembre 2003 susvisé. Le cas échéant, des suppléments journaliers peuvent être facturés en sus de ces forfaits.

2^o Des forfaits couvrant les prestations délivrées par les structures d'hospitalisation à domicile dénommés « groupes homogènes de tarifs » (GHT), dont la classification est fixée à l'annexe 7 de l'arrêté du 31 décembre 2004 susvisé.

3^o Des forfaits de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale à domicile ou en autodialyse dénommés « dialyse à domicile et autodialyse » (D), dont la liste est fixée en annexe 2. Ils sont établis selon une classification tenant compte des modalités de prise en charge du patient.

Art. 2. – La catégorie de prestations visée au 2° de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par un forfait dénommé « accueil et traitement des urgences » (ATU).

Art. 3. – La catégorie de prestations visée au 3° de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par des forfaits dénommés « prélèvements d'organes » (PO), dont la liste est fixée en annexe 3.

Art. 4. – La catégorie de prestations visée au 4° de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par un forfait dénommé « forfait de petit matériel » (FFM).

Art. 5. – La catégorie de prestations visée au 5° de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par des forfaits dénommés « sécurité et environnement hospitalier » (SE).

Art. 6. – Les modalités de facturation des forfaits et suppléments mentionnés à l'article 1^{er} sont définies aux I à III ci-dessous.

I. – Les forfaits « groupes homogènes de séjours » sont facturés dans les conditions suivantes :

1° Un seul GHS est facturé par séjour, à l'exception des cas suivants :

a) La prise en charge du nouveau-né dans une unité d'obstétrique donne lieu à facturation d'un GHS en complément du GHS couvrant les prestations de séjour et de soins de la mère ;

b) Dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, la réalisation d'un des actes figurant sur la liste 1 fixée à l'annexe 4 donne lieu à facturation d'un GHS couvrant les prestations afférentes à cet acte en sus du GHS couvrant les prestations de séjour et de soins délivrées au patient, à l'exception des cas où ce GHS est l'un de ceux figurant sur la liste 2 fixée à la même annexe ;

c) La réalisation d'un acte d'oxygénothérapie hyperbare donne lieu à facturation du GHS couvrant les prestations afférentes à cet acte en complément du GHS couvrant les prestations de séjour et de soins délivrées au patient ;

d) La réalisation d'un des actes de traitement de l'insuffisance rénale chronique figurant sur la liste 1 fixée à l'annexe 5 donne lieu à facturation d'un GHS couvrant les prestations afférentes à cet acte en complément du GHS couvrant les prestations de séjour et de soins délivrées au patient, à l'exception des cas où ce GHS est un de ceux figurant sur la liste 2 fixée à la même annexe.

2° A la production d'un seul GHM peuvent correspondre plusieurs GHS qui peuvent être facturés dans les conditions suivantes :

a) Lorsque les prestations de séjours et soins donnent lieu à production du GHM de soins palliatifs (23Z02Z), la prise en charge du patient donne lieu à facturation d'un des GHS suivants :

- le GHS 7957 lorsque le patient est pris en charge dans une unité de soins palliatifs identifiée pour cette activité et reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale d'hospitalisation ;
- le GHS 7958 lorsque le patient est pris en charge dans un lit identifié pour cette activité et reconnu par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale d'hospitalisation ;
- le GHS 7956 dans les autres cas.

b) Lorsque les prestations de séjours et soins délivrées au patient donnent lieu à production du GHM d'autogreffes de cellules souches hématopoïétiques (27Z03Z), la prise en charge du patient donne lieu à facturation d'un des GHS suivants :

- le GHS 9051 lorsque le séjour est inférieur ou égal à 11 jours ;
- le GHS 9052 lorsque le séjour est supérieur à 11 jours.

c) Lorsque les prestations de séjours et de soins délivrées au patient donnent lieu à production du GHM de techniques spéciales d'irradiation externe, en séances (28Z11Z) et qu'une séance d'irradiation externe par protonthérapie a été réalisée, la prise en charge du patient donne lieu à facturation du GHS 9515.

d) Lorsque les prestations de séjours et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production du GHM de transplantations pulmonaires (27C04Z), la prise en charge du patient donne lieu à facturation d'un des GHS suivants :

- le GHS 8905 lorsqu'un acte de transplantation cardio-pulmonaire (DZEA004) a été réalisé ;
- le GHS 8902 dans les autres cas.

e) Lorsque les prestations de séjours et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production du GHM de rythmologie interventionnelle (05K11Z), la prise en charge du patient donne lieu à facturation d'un des GHS suivants :

- le GHS 1690 dès lors que l'acte de destruction de foyer arythmogène atrial gauche par méthode physique par voie vasculaire transcutanée (DENF003) a été réalisé ;

– le GHS 1689 dans les autres cas.

f) Lorsque les prestations de séjours et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production du GHM d'hémodialyse en centre (28Z04Z), la prise en charge du patient donne lieu à la facturation d'un des GHS suivants :

- le GHS 9520 lorsque le patient est pris en charge dans une unité d'hémodialyse en centre ;
- le GHS 9521 lorsque le patient est pris en charge en centre pour enfants ;
- le GHS 9522 lorsque le patient est pris en charge dans une unité de dialyse médicalisée.

g) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production d'un des GHM suivants :

- d'hémorroïdectomies pour des séjours de moins de 2 jours (24C45Z) ;
- d'interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales sans complication ou morbidité associée (06C14V) ;
- d'interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales avec complication ou morbidité associée (06C14W),

la prise en charge du patient donne respectivement lieu à facturation d'un des GHS suivants :

- le GHS 8055 ou le GHS 1929 ou le GHS 1930 dès lors que l'acte de réduction de procidence hémorroïdaire interne par agrafage circulaire par voie anale – technique de Longo (EGED001) a été réalisé, sous réserve de l'inscription de cet acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;
- le GHS 8044 ou le GHS 1921 ou le GHS 1922 dans les autres cas.

h) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production du GHM d'affections de la CMD 12 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD. 12 (24C25Z), la prise en charge du patient donne lieu à la facturation de l'un des GHS suivants :

- le GHS 8056 lorsque l'acte de traitement d'une hypertrophie bénigne de la prostate par radiofréquence (JGNE003) a été réalisé sous réserve de l'inscription de cet acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;
- le GHS 8024 dans les autres cas.

i) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production du GHM d'éthylisme avec dépendance (20Z04Z), la prise en charge du patient donne lieu à facturation de l'un des GHS suivants :

- le GHS 7256 lorsque le patient est pris en charge plus de 15 jours dans une unité d'addictologie identifiée pour la prise en charge des sevrages complexes et reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale d'hospitalisation ;
- le GHS 7252 dans les autres cas.

j) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées à un patient épileptique donnent lieu à la production d'un des GHM de craniotomie suivants :

- craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans sans complication ou morbidité associée (01C04V) ;
- craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans avec complication ou morbidité associée (01C04W) ;
- craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans (01C12Z),

la prise en charge du patient donne lieu à facturation du GHS 21 dès lors qu'un acte d'implantation d'électrodes pour enregistrement électrocorticographique (AALA002 ou AALB002) a été réalisé. Dans les autres cas, lorsque les prestations de séjour et de soins donnent lieu à production du GHM 01C04V ou 01C04W ou 01C12Z, la prise en charge du patient donne respectivement lieu à facturation du GHS 5 ou du GHS 6 ou du GHS 17.

3° La prise en charge du patient dans une unité d'hospitalisation de courte durée définie au 4° de l'article D. 6124-22 du code de la santé publique, non suivie d'une hospitalisation dans un service de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie de l'établissement, donne lieu, quelle que soit la durée de séjour dans cette unité, à facturation d'un GHS correspondant à un GHM de la catégorie majeure 24 définie à l'annexe IV de l'arrêté du 31 décembre 2003 susvisé, lorsque, à l'issue de son passage dans l'espace d'examen et de soins de la structure des urgences, l'état de santé du patient :

- présente un caractère instable ou que le diagnostic reste incertain ;
- nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation ;
- nécessite la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques.

Lorsque l'une de ces conditions n'est pas remplie, la prise en charge du patient donne lieu à facturation du forfait ATU mentionné au I de l'article 6.

4° Lorsque la durée de séjour du patient est inférieure à la borne basse fixée par l'arrêté pris en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale fixant notamment les tarifs nationaux des prestations, le GHS est facturé sur la base de 50 % de son tarif, à l'exception des séjours à l'issue desquels le patient décède.

5° Lorsque la durée de séjour du patient est supérieure à la borne haute fixée par l'arrêté mentionné au 4° ci-dessus, un supplément dénommé « extrême haut » (EXH) est facturé pour chaque journée d'hospitalisation au-delà de cette borne.

6° Lorsque le patient est pris en charge dans une unité de réanimation, de soins intensifs, de surveillance continue ou dans une chambre spécifique d'une unité d'hématologie, un des suppléments suivants est facturé :

a) Un supplément dénommé « réanimation » (REA) pour chaque journée où le patient est pris en charge dans une unité de réanimation autorisée et qu'il présente un indice de gravité simplifié (IGS) d'une valeur supérieure ou égale à 15 et qu'un des actes de la liste 1 figurant en annexe 6 y a été effectué, ou que trois occurrences d'au moins un des actes de la liste 2 figurant à la même annexe y ont été effectuées. Pour les patients de moins de 16 ans, la valeur de l'IGS n'est pas prise en compte.

A titre transitoire, dans l'attente de la notification de l'autorisation de réanimation mentionnée au décret du 5 avril 2002 susvisé, les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale peuvent facturer le supplément REA dès lors que les conditions relatives à la réalisation des actes et à la valeur de l'IGS définies ci-dessus sont remplies. A compter du rejet de la demande d'autorisation ou à l'issue de la période de dépôt de demande d'autorisation lorsque l'autorisation d'activité de réanimation n'a pas été demandée, ce supplément ne peut plus être facturé.

b) Un supplément dénommé « réanimation pédiatrique » (REP) pour chaque journée où le patient de moins de 18 ans est pris en charge dans une unité de réanimation pédiatrique ou de réanimation pédiatrique spécialisée autorisée et que les conditions mentionnées au *a*, à l'exception de la valeur de l'IGS pour les patients de moins de 16 ans, sont remplies.

Les établissements pratiquant l'activité de réanimation adulte, pédiatrique ou pédiatrique spécialisée à la date d'ouverture de la période de dépôt de demande d'autorisation mentionnés à l'article 4 du décret du 5 avril 2002 ou à l'article 5 du décret du 24 janvier 2006 susvisés peuvent facturer les suppléments mentionnés aux *a* et *b*, s'il y a lieu, à compter de la notification de leur autorisation.

c) Un supplément dénommé « soins intensifs » (STF) pour chaque journée où le patient est pris en charge soit dans une unité de réanimation autorisée et que les conditions définies aux *a* et *b* ne sont pas remplies, soit dans une unité de soins intensifs reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de l'hospitalisation et répondant aux conditions techniques de fonctionnement définies aux articles D. 6124-104 à D. 6124-116 du code de la santé publique, soit dans une chambre d'une unité d'hématologie équipée d'un système de traitement et de contrôle de l'air réduisant les risques de contamination microbienne par voie aérienne et reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de l'hospitalisation.

d) Un supplément dénommé « surveillance continue » (SRC) pour chaque journée où le patient est pris en charge dans une unité de surveillance continue reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de l'hospitalisation et répondant aux conditions techniques de fonctionnement définies aux articles D. 6124-117 et D. 6124-118 du code de la santé publique.

7° Lorsque le patient est pris en charge dans un établissement ou un service bénéficiant d'un classement hors catégorie en application des dispositions de l'arrêté du 29 juin 1978 susvisé, les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale peuvent facturer un des suppléments suivants :

a) Un supplément dénommé « supplément soins particulièrement coûteux » (SRA) pour chaque journée où le patient est pris en charge soit dans un lit de réanimation classé en application des dispositions de l'annexe B de l'arrêté du 29 juin 1978 susvisé, soit dans un centre lourd de néphrologie et d'hémodialyse mentionné à l'annexe C du même arrêté, soit dans un lit classé en chirurgie à soins particulièrement coûteux en application des dispositions de l'annexe A du même arrêté et bénéficiant d'une reconnaissance de soins hautement coûteux en chirurgie ;

b) Un supplément dénommé « supplément surveillance continue » (SSC) pour chaque journée où le patient est pris en charge dans un lit de surveillance continue classé en application des dispositions de l'annexe B de l'arrêté du 29 juin 1978 susvisé.

Dès lors que l'établissement peut facturer un des suppléments mentionnés au 6°, il ne peut plus facturer les suppléments SRA et SSC. A titre dérogatoire, les établissements éligibles à la facturation du supplément SRA obtenant, avant le 29 février 2008, la reconnaissance contractuelle d'une unité de soins intensifs ou d'une unité de surveillance continue ouvrant droit à facturation des suppléments mentionnés aux *c* et *d* du 6° optent pour le maintien de la facturation des suppléments SRA et SSC. Ces dispositions ne s'appliquent pas aux établissements bénéficiant d'une reconnaissance contractuelle et autorisés au titre d'une activité de réanimation adulte ou pédiatrique.

8° Lorsque l'enfant est pris en charge en unité de néonatalogie ou de réanimation néonatale, un des suppléments suivants est facturé en sus du GHS couvrant les prestations de séjour et de soins à l'exception du GHS n° 5803 :

a) Un supplément dénommé « néonatalogie » (NN1) pour chaque journée où l'enfant est pris en charge dans une unité de néonatalogie autorisée ;

b) Un supplément dénommé « néonatalogie avec soins intensifs » (NN2) pour chaque journée où l'enfant est pris en charge soit dans un lit de soins intensifs d'une unité de néonatalogie autorisée soit dans un lit d'une unité de réanimation néonatale autorisée et que les conditions définies au c ne sont pas remplies ;

c) Un supplément dénommé « réanimation néonatale » (NN3) pour chaque journée où l'enfant est pris en charge dans une unité de réanimation néonatale autorisée et qu'un des actes de la liste 1 figurant en annexe 6 y a été effectué, ou que trois occurrences d'au moins un des actes de la liste 2 figurant à la même annexe y ont été effectuées.

9° Pour la facturation des suppléments prévus aux 6° et 8°, lorsque le patient ou l'enfant est présent moins d'une journée dans l'unité ou le lit, un supplément est facturé.

10° Lorsque le patient est pris en charge moins d'une journée, à l'exception des cas où il est pris en charge dans un service d'urgence, un GHS ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent :

- une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ;
- un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ;
- l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient.

Lorsque l'une de ces conditions n'est pas remplie, la prise en charge du patient donne lieu à facturation de consultations ou actes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale ou réalisés en médecine de ville.

11° a) Dans l'attente de la notification de l'autorisation de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale délivrée en application des dispositions de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique, les établissements de santé disposant d'une autorisation en application des dispositions de l'article R. 712-2 du code de la santé publique peuvent facturer les forfaits suivants :

- dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, par dérogation au f du 2° du I du présent article, les forfaits GHS couvrant les prestations de séjour et de soins afférentes au traitement de l'insuffisance rénale chronique figurant sur la liste 1 de l'annexe 7 ;
- dans les établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les forfaits D couvrant les prestations de séjour et de soins afférentes au traitement de l'insuffisance rénale chronique figurant sur la liste 2 de l'annexe 7.

b) A compter de la notification de l'autorisation délivrée en application des dispositions de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique et jusqu'en 2012, les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale facturent les forfaits D couvrant les prestations de séjour et de soins afférentes au traitement de l'insuffisance rénale chronique figurant sur la liste 3 de l'annexe 7.

L'un des forfaits figurant en annexe 7 peut être facturé en sus du GHS couvrant les prestations de séjour et de soins délivrées au patient, à l'exception des cas où ce GHS est l'un de ceux figurant sur la liste 2 fixée à l'annexe 5, lorsqu'un des actes de traitement de l'insuffisance rénale chronique figurant sur la liste 1 fixée en annexe 5 est réalisé.

II. – Un forfait « groupe homogène de tarifs » est facturé pour chaque journée où le patient est hospitalisé à son domicile. Lorsque le patient est hospitalisé moins d'une journée, un forfait est facturé. Ce forfait peut être facturé en sus d'un GHS correspondant aux catégories majeures 24 ou 28 définies à l'annexe IV de l'arrêté du 31 décembre 2003 susvisé ou d'un SE.

Lorsque le patient pris en charge est hébergé dans les conditions prévues au quatrième alinéa du 1° de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale, le montant du GHT facturé est minoré du taux fixé dans l'arrêté pris en application de l'article R. 162-42-1 du code de la sécurité sociale.

III. – Un forfait « dialyse à domicile et autodialyse » est facturé pour chaque séance d'hémodialyse ou d'autodialyse réalisée en dehors d'un établissement de santé ou, dans le cadre de la dialyse péritonéale, pour chaque semaine de traitement. Les forfaits de dialyse péritonéale peuvent être facturés en sus d'un GHS ou d'un SE.

Art. 7. – Les modalités de facturation des forfaits mentionnés aux articles 2 à 5 sont définies aux I à IV ci-dessous :

I. – Le forfait « accueil et traitement des urgences » est facturé dès lors que des soins non programmés sont délivrés au patient par la structure des urgences. Lorsque le patient nécessite une hospitalisation en service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie ou dans une zone de surveillance de très courte durée au sein de l'établissement, les prestations de séjour et de soins délivrées au patient ne donnent pas lieu à facturation d'un ATU.

II. – Un forfait « prélèvement d'organes » est facturé pour chaque prélèvement d'un ou plusieurs organes sur une personne décédée dans les établissements autorisés à effectuer des prélèvements d'organes.

III. – Le forfait « forfait de petit matériel » est facturé dès lors que des soins réalisés sans anesthésie et inscrits sur la liste fixée en annexe 8, nécessitant la consommation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation, sont délivrés au patient dans les établissements de santé qui ne sont pas autorisés à exercer l'activité de médecine d'urgence.

Lorsque le patient nécessite une hospitalisation au sein de l'établissement, ou que le praticien a établi une prescription couvrant les dépenses engagées, les prestations de séjour et de soins délivrées au patient ne donnent pas lieu à facturation d'un FFM.

IV. – Les forfaits « sécurité et environnement hospitalier » sont facturés dans les conditions suivantes :

- le SE 1 est facturé dès lors qu'un acte d'endoscopie sans anesthésie générale ou locorégionale inscrit sur la liste 1 de l'annexe 9, nécessitant le recours à un secteur opératoire, est délivré au patient ;
- le SE 2 est facturé dès lors qu'un acte sans anesthésie générale ou locorégionale inscrit sur la liste 2 de l'annexe 9, nécessitant le recours à un secteur opératoire, est délivré au patient ;
- le SE 3 est facturé dès lors qu'un acte inscrit sur la liste 3 de l'annexe 9, nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier, est délivré au patient.

Lorsque le patient nécessite une hospitalisation au sein de l'établissement ou qu'il est pris en charge dans un service d'urgence, les actes délivrés au patient ne donnent pas lieu à facturation d'un SE.

Art. 8. – Pour le calcul de la durée de séjour du patient et pour la facturation des forfaits et des suppléments mentionnés au 1^o de l'article 1^{er}, le jour de sortie (de l'établissement ou de l'unité) n'est pas pris en compte, à l'exception, pour les suppléments, des séjours à l'issue desquels le patient décède.

Le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale est facturé pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie, à l'exception des séjours à l'issue desquels le patient décède. Ce forfait n'est pas facturé pour les journées de permissions de sortie mentionnées à l'article R. 1112-56 du code de la santé publique.

Pour la facturation des GHS, les journées de permissions de sortie ainsi que les transferts d'une durée inférieure à deux jours dans un autre établissement n'interrompent pas le séjour.

Pour la facturation des GHT, les transferts comportant au moins une nuitée dans un établissement de santé interrompent le séjour d'hospitalisation à domicile et, dans ce cas, par dérogation aux dispositions du II de l'article 6, aucun GHT ne peut être facturé le jour du transfert du patient.

Lorsque le patient est réhospitalisé dans le même établissement après un transfert d'une durée supérieure à deux jours dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie d'un autre établissement, sa prise en charge donne lieu à facturation d'un GHS sur la base de 50 % de son tarif dès lors que les prestations de séjours et de soins qui lui sont délivrées au cours des deux séjours donnent lieu à la production du même GHM, à l'exception du cas où cette prise en charge relève d'un traitement itératif.

Art. 9. – L'arrêté du 5 mars 2006 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Art. 10. – La directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 27 février 2007.

Le ministre de la santé et des solidarités,
XAVIER BERTRAND

Le ministre délégué à la sécurité sociale,
aux personnes âgées,
aux personnes handicapées
et à la famille,
PHILIPPE BAS

ANNEXE 1

LISTE DES FORFAITS DÉNOMMÉS « GROUPES HOMOGÈNES DE SÉJOURS »

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
1	01C01S	Interventions pour affections du système nerveux, sauf craniotomie, avec CMAS.
3	01C03V	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans sans CMA.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
4	01C03W	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans avec CMA.
5	01C04V	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans sans CMA.
6	01C04W	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans avec CMA.
7	01C05V	Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques sans CMA.
8	01C05W	Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques avec CMA.
9	01C06V	Interventions sur le système vasculaire précérébral sans CMA.
10	01C06W	Interventions sur le système vasculaire précérébral avec CMA.
12	01C08V	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
13	01C08W	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
14	01C09Z	Pose d'un stimulateur cérébral.
15	01C10Z	Pose d'un stimulateur médullaire.
16	01C11Z	Craniotomies pour tumeurs, âge inférieur à 18 ans.
17	01C12Z	Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans.
21	01C04V	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans sans CMA.
	01C04W	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans avec CMA.
	01C12Z	Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans.
20	01C13Z	Libérations du canal carpien et autres actes sur les nerfs périphériques.
18	01K02Z	Embolisations intracrâniennes et médullaires.
19	01K03Z	Autres actes thérapeutiques par voie vasculaire du système nerveux.
150	01M01S	Affections du système nerveux, avec CMAS.
151	01M02Z	Convulsions, épilepsies et céphalées, âge inférieur à 18 ans.
152	01M03V	Convulsions, épilepsies et céphalées, âge de 18 à 69 ans sans CMA.
153	01M03W	Convulsions, épilepsies et céphalées, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.
154	01M04Z	Méningites virales.
155	01M05V	Infections du système nerveux à l'exception des méningites virales, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
156	01M05W	Infections du système nerveux, à l'exception des méningites virales, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
157	01M06V	Tumeurs du système nerveux, sans CMA.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
158	01M06W	Tumeurs du système nerveux, avec CMA.
159	01M07Z	Maladies dégénératives du système nerveux, âge supérieur à 80 ans.
160	01M08V	Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 81 ans sans CMA.
161	01M08W	Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 81 ans avec CMA.
162	01M09Z	Affections et lésions du rachis et de la moelle.
163	01M10V	Autres affections cérébrovasculaires sans CMA.
164	01M10W	Autres affections cérébrovasculaires avec CMA.
165	01M11V	Affections des nerfs crâniens et rachidiens, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
166	01M11W	Affections des nerfs crâniens et rachidiens, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
167	01M12V	Autres affections du système nerveux, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
168	01M12W	Autres affections du système nerveux, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
169	01M13Z	Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique.
170	01M14V	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires sans CMA.
171	01M14W	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires avec CMA.
172	01M15Z	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge supérieur à 80 ans.
173	01M16Z	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge inférieur à 81 ans.
174	01M17V	Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
175	01M17W	Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
176	01M18V	Lésions traumatiques intracrâniennes sévères, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
177	01M18W	Lésions traumatiques intracrâniennes sévères, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
178	01M19V	Autres lésions traumatiques intracrâniennes, sauf commotions, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
179	01M19W	Autres lésions traumatiques intracrâniennes, sauf commotions, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
180	01M20V	Commotions cérébrales, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
181	01M20W	Commotions cérébrales, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
182	01M21Z	Douleurs chroniques rebelles.
400	02C02V	Interventions sur la rétine, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
401	02C02W	Interventions sur la rétine, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
402	02C03Z	Interventions sur l'orbite.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
403	02C04Z	Autres interventions intra-oculaires.
404	02C05Z	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie.
405	02C06Z	Interventions primaires sur l'iris.
406	02C07Z	Autres interventions extra-oculaires, âge inférieur à 18 ans.
407	02C08V	Autres interventions extraoculaires, âge de 18 à 69 ans sans CMA.
408	02C08W	Autres interventions extra-oculaires, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.
409	02C09Z	Allogreffes de cornée.
500	02M02Z	Hyphéma.
501	02M03Z	Infections oculaires aiguës sévères.
502	02M04Z	Affections oculaires d'origine neurologique.
503	02M05Z	Autres affections oculaires, âge inférieur à 18 ans.
504	02M06V	Autres affections oculaires, âge supérieur à 17 ans sans CMA.
505	02M06W	Autres affections oculaires, âge supérieur à 17 ans avec CMA.
600	03C02V	Interventions majeures sur la tête et le cou sans CMA.
601	03C02W	Interventions majeures sur la tête et le cou avec CMA.
602	03C03Z	Exérèses de glandes salivaires.
603	03C04Z	Interventions sur les glandes salivaires autres que les exérèses.
604	03C05Z	Réparations de fissures labiale et palatine.
605	03C06Z	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge inférieur à 18 ans.
606	03C07V	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge de 18 à 69 ans sans CMA.
607	03C07W	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.
610	03C09Z	Rhinoplasties.
611	03C10Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans.
612	03C11Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans.
613	03C12Z	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans.
614	03C13Z	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans.
615	03C14Z	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
616	03C15Z	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans.
617	03C16V	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
618	03C16W	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
619	03C17Z	Interventions sur la bouche.
620	03C18Z	Pose d'implants cochléaires.
621	03C19Z	Ostéotomies de la face.
622	03C20Z	Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne.
623	03C21Z	Interventions pour oreilles décollées.
800	03K02Z	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires.
801	03M02Z	Traumatismes et déformations du nez.
802	03M03Z	Otites moyennes et infections des voies aériennes supérieures, âge inférieur à 18 ans.
803	03M04V	Otites moyennes et infections des voies aériennes supérieures, âge de 18 à 69 ans sans CMA.
804	03M04W	Otites moyennes et infections des voies aériennes supérieures, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.
805	03M05Z	Troubles de l'équilibre.
806	03M06Z	Epistaxis.
807	03M07V	Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
808	03M07W	Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
809	03M08Z	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge inférieur à 18 ans.
810	03M09V	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans sans CMA.
811	03M09W	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans avec CMA.
812	03M10Z	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge inférieur à 18 ans.
813	03M11V	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge de 18 à 69 ans sans CMA.
814	03M11W	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.
1000	04C01S	Interventions pour affections de l'appareil respiratoire, avec CMAS.
1001	04C02V	Interventions majeures sur le thorax sans CMA.
1002	04C02W	Interventions majeures sur le thorax avec CMA.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
1003	04C03V	Autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire sans CMA.
1004	04C03W	Autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire avec CMA.
1100	04M02V	Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans sans CMA.
1101	04M02W	Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans avec CMA.
1102	04M03V	Bronchites et asthme, âge de 18 à 69 ans sans CMA.
1103	04M03W	Bronchites et asthme, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.
1104	04M04Z	Pneumonies et pleurésies banales, âge inférieur à 18 ans.
1105	04M05V	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans sans CMA.
1106	04M05W	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans avec CMA.
1107	04M06Z	Infections et inflammations respiratoires, âge inférieur à 18 ans.
1108	04M07V	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans sans CMA.
1109	04M07W	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans avec CMA.
1110	04M08V	Bronchopneumopathies chroniques sans CMA.
1111	04M08W	Bronchopneumopathies chroniques avec CMA.
1112	04M09V	Tumeurs de l'appareil respiratoire sans CMA.
1113	04M09W	Tumeurs de l'appareil respiratoire avec CMA.
1114	04M10V	Embolies pulmonaires sans CMA.
1115	04M10W	Embolies pulmonaires avec CMA.
1116	04M11V	Signes et symptômes respiratoires sans CMA.
1117	04M11W	Signes et symptômes respiratoires avec CMA.
1118	04M12V	Pneumothorax sans CMA.
1119	04M12W	Pneumothorax avec CMA.
1120	04M13Z	Œdème pulmonaire et détresse respiratoire.
1121	04M14V	Maladies pulmonaires interstitielles sans CMA.
1122	04M14W	Maladies pulmonaires interstitielles avec CMA.
1123	04M15V	Autres diagnostics portant sur le système respiratoire sans CMA.
1124	04M15W	Autres diagnostics portant sur le système respiratoire avec CMA.
1125	04M16V	Traumatismes thoraciques majeurs sans CMA.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
1126	04M16W	Traumatismes thoraciques majeurs avec CMA.
1127	04M17V	Epanchements pleuraux sans CMA.
1128	04M17W	Epanchements pleuraux avec CMA.
1400	05C02Z	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie.
1401	05C03V	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, sans CMA.
1402	05C03W	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, avec CMA.
1403	05C04V	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie sans CMA.
1404	05C04W	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie avec CMA.
1405	05C05V	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque ni coronarographie sans CMA.
1406	05C05W	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque ni coronarographie avec CMA.
1407	05C06V	Autres interventions cardiopulmonaires, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, sans CMA.
1408	05C06W	Autres interventions cardiopulmonaires âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, avec CMA.
1409	05C07Z	Autres interventions cardiopulmonaires, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle.
1410	05C08V	Autres interventions cardiopulmonaires âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle, sans CMA.
1411	05C08W	Autres interventions cardiopulmonaires âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle, avec CMA.
1412	05C09Z	Autres interventions cardiopulmonaires, âge inférieur à 2 ans, sans circulation extracorporelle.
1413	05C10V	Chirurgie majeure de revascularisation sans CMA.
1414	05C10W	Chirurgie majeure de revascularisation avec CMA.
1415	05C11V	Autres interventions de chirurgie vasculaire sans CMA.
1416	05C11W	Autres interventions de chirurgie vasculaire avec CMA.
1417	05C12V	Amputations du membre inférieur, sauf des orteils, pour troubles circulatoires, sans CMA.
1418	05C12W	Amputations du membre inférieur, sauf des orteils, pour troubles circulatoires, avec CMA.
1419	05C13V	Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils sans CMA.
1420	05C13W	Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils avec CMA.
1421	05C14Z	Pose d'un stimulateur cardiaque permanent avec insuffisance cardiaque.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
1422	05C15Z	Pose d'un stimulateur cardiaque permanent sans insuffisance cardiaque.
1424	05C17V	Ligatures de veines et é veinages, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
1425	05C17W	Ligatures de veines et é veinages, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
1426	05C18Z	Autres interventions sur le système circulatoire.
1427	05C19Z	Pose d'un défibrillateur cardiaque.
1428	05C20Z	Remplacement ou ablation chirurgicale d'électrodes ou de boîtier de stimulation cardiaque permanente.
1681	05K05V	Endoprothèses vasculaires et infarctus du myocarde sans CMA.
1682	05K05W	Endoprothèses vasculaires et infarctus du myocarde avec décès et/ou complications et/ou morbidités associées.
1683	05K06V	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde sans CMA.
1684	05K06W	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde avec CMA.
1685	05K07Z	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses avec pathologie cardio-vasculaire sévère en dehors de l'infarctus aigu du myocarde.
1686	05K08Z	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses sans pathologie cardio-vasculaire sévère.
1687	05K09Z	Actes diagnostiques par voie vasculaire avec pathologie cardio-vasculaire sévère en dehors d'un infarctus aigu du myocarde.
1688	05K10Z	Actes diagnostiques par voie vasculaire sans pathologie cardio-vasculaire sévère.
1689	05K11Z	Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire.
1690		
1654	05M02E	Infarctus aigu du myocarde avec décès.
1655	05M03Z	Infarctus aigu du myocarde avec complications cardio-vasculaires et sortie en vie de l'établissement.
1656	05M04V	Infarctus aigu du myocarde sans complication cardio-vasculaire sans CMA.
1657	05M04W	Infarctus aigu du myocarde sans complication cardio-vasculaire avec CMA.
1658	05M05V	Syncopes et lipothymies, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
1659	05M05W	Syncopes et lipothymies, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
1660	05M06V	Angine de poitrine sans CMA.
1661	05M06W	Angine de poitrine avec CMA.
1662	05M07V	Thrombophlébites veineuses profondes, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
1663	05M07W	Thrombophlébites veineuses profondes, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
1664	05M08V	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, âge inférieur à 70 ans sans CMA.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
1665	05M08W	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
1666	05M09V	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire sans CMA.
1667	05M09W	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA.
1668	05M10Z	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge inférieur à 18 ans.
1669	05M11V	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge de 18 à 69 ans sans CMA.
1670	05M11W	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.
1671	05M12V	Troubles vasculaires périphériques, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
1672	05M12W	Troubles vasculaires périphériques, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
1673	05M13Z	Douleurs thoraciques.
1674	05M14Z	Arrêt cardiaque.
1675	05M15Z	Hypertension artérielle.
1676	05M16V	Athérosclérose coronarienne sans CMA.
1677	05M16W	Athérosclérose coronarienne avec CMA.
1678	05M17V	Autres affections de l'appareil circulatoire sans CMA.
1679	05M17W	Autres affections de l'appareil circulatoire avec CMA.
1680	05M18Z	Endocardites aiguës et subaiguës.
1900	06C02Z	Chirurgie majeure des malformations digestives.
1901	06C03V	Résections rectales sans CMA.
1902	06C03W	Résections rectales avec CMA.
1903	06C04V	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon sans CMA.
1904	06C04W	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon avec CMA.
1905	06C05Z	Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum, âge inférieur à 18 ans.
1908	06C07V	Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon sans CMA.
1909	06C07W	Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon avec CMA.
1910	06C08V	Appendicectomies compliquées, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
1911	06C08W	Appendicectomies compliquées, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
1912	06C09V	Appendicectomies non compliquées, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
1913	06C09W	Appendicectomies non compliquées, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
1914	06C10Z	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans.
1915	06C11V	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA.
1916	06C11W	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans avec CMA.
1917	06C12V	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA.
1918	06C12W	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans avec CMA.
1919	06C13V	Libérations d'adhérences péritonéales, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
1920	06C13W	Libérations d'adhérences péritonéales, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
1921	06C14V	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales sans CMA.
1929		
1922	06C14W	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales avec CMA.
1930		
1923	06C15V	Autres interventions sur le tube digestif sans CMA.
1924	06C15W	Autres interventions sur le tube digestif avec CMA.
1925	06C16V	Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum pour tumeurs malignes, âge supérieur à 17 ans sans CMA.
1926	06C16W	Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum pour tumeurs malignes, âge supérieur à 17 ans avec CMA.
1927	06C17V	Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans sans CMA.
1928	06C17W	Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans avec CMA.
2100	06M01S	Affections du tube digestif avec CMAS.
2101	06M02V	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans sans CMA.
2102	06M02W	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans avec CMA.
2103	06M03V	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans sans CMA.
2104	06M03W	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.
2105	06M04V	Hémorragies digestives, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
2106	06M04W	Hémorragies digestives, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
2107	06M05V	Tumeurs malignes du tube digestif, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
2108	06M05W	Tumeurs malignes du tube digestif, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
2109	06M06V	Occlusions intestinales non dues à une hernie sans CMA.
2110	06M06W	Occlusions intestinales non dues à une hernie avec CMA.
2111	06M07V	Maladies inflammatoires de l'intestin sans CMA.
2112	06M07W	Maladies inflammatoires de l'intestin avec CMA.
2113	06M08Z	Autres affections digestives, âge inférieur à 18 ans.
2114	06M09V	Autres affections digestives, âge de 18 à 69 ans sans CMA.
2115	06M09W	Autres affections digestives, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.
2116	06M10Z	Ulcères gastroduodénaux compliqués.
2117	06M11V	Ulcères gastroduodénaux non compliqués, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
2118	06M11W	Ulcères gastroduodénaux non compliqués, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
2304	07C04V	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale sans CMA.
2305	07C04W	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale avec CMA.
2308	07C06Z	Interventions diagnostiques sur le système hépatobiliaire et pancréatique pour des affections malignes.
2309	07C07Z	Interventions diagnostiques sur le système hépatobiliaire et pancréatique pour des affections non malignes.
2310	07C08Z	Autres interventions sur le système hépatobiliaire et pancréatique.
2311	07C09V	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes sans CMA.
2312	07C09W	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes avec CMA.
2313	07C10V	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour affections non malignes sans CMA.
2314	07C10W	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour affections non malignes avec CMA.
2315	07C11V	Dérivations biliaires sans CMA.
2316	07C11W	Dérivations biliaires avec CMA.
2317	07C12V	Autres interventions sur les voies biliaires sauf cholécystectomies isolées sans CMA.
2318	07C12W	Autres interventions sur les voies biliaires sauf cholécystectomies isolées avec CMA.
2500	07M01S	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas avec CMAS.
2501	07M02V	Affections des voies biliaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
2502	07M02W	Affections des voies biliaires, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
2503	07M03V	Hépatites alcooliques et cirrhoses, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
2504	07M03W	Hépatites alcooliques et cirrhoses, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
2505	07M04V	Affections hépatiques à l'exception des tumeurs malignes, des cirrhoses, des hépatites alcooliques, sans CMA.
2506	07M04W	Affections hépatiques à l'exception des tumeurs malignes, des cirrhoses, des hépatites alcooliques, avec CMA.
2507	07M05V	Affections non malignes du pancréas sans CMA.
2508	07M05W	Affections non malignes du pancréas avec CMA.
2509	07M06V	Affections malignes du système hépatobiliaire ou du pancréas, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
2510	07M06W	Affections malignes du système hépatobiliaire ou du pancréas, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
2700	08C01S	Interventions pour affections de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, avec CMAS non traumatiques.
2701	08C02Z	Interventions majeures multiples sur les genoux et/ou les hanches.
2704	08C04Z	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge inférieur à 18 ans.
2705	08C05V	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge supérieur à 17 ans sans CMA.
2706	08C05W	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge supérieur à 17 ans avec CMA.
2707	08C06Z	Amputations pour affections de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif.
2710	08C08Z	Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge inférieur à 18 ans.
2711	08C09V	Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge supérieur à 17 ans sans CMA.
2712	08C09W	Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge supérieur à 17 ans avec CMA.
2713	08C10V	Interventions sur le genou, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
2714	08C10W	Interventions sur le genou, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
2715	08C11V	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
2716	08C11W	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
2717	08C12Z	Biopsies ostéoarticulaires.
2718	08C13Z	Résections osseuses localisées et/ou ablations de matériel de fixation interne au niveau de la hanche et du fémur.
2719	08C14Z	Résections osseuses localisées et/ou ablations de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur.
2720	08C15V	Interventions sur le pied sans CMA.
2721	08C15W	Interventions sur le pied avec CMA.
2724	08C17Z	Interventions sur la main et le poignet pour kyste synovial.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
2725	08C18V	Interventions sur la main et le poignet pour une affection autre qu'un kyste synovial sans CMA.
2726	08C18W	Interventions sur la main et le poignet pour une affection autre qu'un kyste synovial avec CMA.
2727	08C19Z	Arthroscopies.
2728	08C20Z	Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif.
2729	08C21V	Autres interventions portant sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif sans CMA.
2730	08C21W	Autres interventions portant sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif avec CMA.
2731	08C22Z	Interventions pour reprise de prothèses articulaires.
2732	08C23V	Prothèses de hanche sans CMA.
2733	08C23W	Prothèses de hanche avec CMA.
2734	08C24Z	Prothèses de genou.
2735	08C25Z	Prothèses d'épaule.
2736	08C26Z	Interventions majeures sur le rachis.
2737	08C27V	Autres interventions sur le rachis sans CMA.
2738	08C27W	Autres interventions sur le rachis avec CMA.
2739	08C28Z	Interventions maxillofaciales.
2740	08C29Z	Interventions sur le tissu mou pour tumeurs malignes.
2741	08C30V	Interventions sur les tissus mous pour affections non malignes sans CMA.
2742	08C30W	Interventions sur les tissus mous pour affections non malignes avec CMA.
3000	08M01S	Affections de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, avec CMAS non traumatiques.
3001	08M02Z	Fractures, entorses, luxations et dislocations de l'avant-bras, de la main, du pied ou multiples ou mal précisées, âge inférieur à 18 ans.
3002	08M03V	Fractures, entorses, luxations et dislocations de l'avant-bras, de la main, du pied ou multiples ou mal précisées, âge de 18 à 69 ans sans CMA.
3003	08M03W	Fractures, entorses, luxations et dislocations de l'avant-bras, de la main, du pied ou multiples ou mal précisées, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.
3004	08M04V	Fractures de la hanche et du bassin sans CMA.
3005	08M04W	Fractures de la hanche et du bassin avec CMA.
3006	08M05Z	Fractures de la diaphyse, de l'épiphyse ou d'une partie non précisée du fémur.
3007	08M06Z	Fractures, entorses, luxations et dislocations du bras, de la jambe à l'exception du pied, âge inférieur à 18 ans.
3008	08M07V	Fractures, entorses, luxations et dislocations du bras, de la jambe à l'exception du pied, âge de 18 à 69 ans sans CMA.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
3009	08M07W	Fractures, entorses, luxations et dislocations du bras, de la jambe à l'exception du pied, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.
3010	08M08Z	Entorses et luxations du bassin et de la hanche.
3011	08M09Z	Arthropathies non spécifiques.
3012	08M10V	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
3013	08M10W	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
3014	08M11V	Fractures pathologiques et affections malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif sans CMA.
3015	08M11W	Fractures pathologiques et affections malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif avec CMA.
3016	08M12V	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
3017	08M12W	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
3018	08M13Z	Signes et symptômes concernant l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif.
3019	08M14V	Affections du tissu conjonctif, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
3020	08M14W	Affections du tissu conjonctif, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
3021	08M15V	Tendinites, myosites et bursites, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
3022	08M15W	Tendinites, myosites et bursites, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
3023	08M16Z	Ostéomyélites.
3024	08M17Z	Arthrites septiques.
3025	08M18Z	Suites de traitement après une affection de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif.
3026	08M19V	Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif sans CMA.
3027	08M19W	Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif avec CMA.
3300	09C02V	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite sans CMA.
3301	09C02W	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite avec CMA.
3302	09C03V	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites sans CMA.
3303	09C03W	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites avec CMA.
3304	09C04V	Mastectomies totales pour tumeur maligne sans CMA.
3305	09C04W	Mastectomies totales pour tumeur maligne avec CMA.
3306	09C05V	Mastectomies subtotales pour tumeur maligne sans CMA.
3307	09C05W	Mastectomies subtotales pour tumeur maligne avec CMA.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
3308	09C06Z	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale.
3309	09C07Z	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein.
3310	09C08Z	Interventions sur la région anale et périanale.
3311	09C09Z	Interventions plastiques en dehors de la chirurgie esthétique.
3312	09C10V	Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins sans CMA.
3313	09C10W	Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins avec CMA.
3500	09M02Z	Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge inférieur à 18 ans.
3501	09M03V	Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge de 18 à 69 ans sans CMA.
3502	09M03W	Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.
3503	09M04Z	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge inférieur à 18 ans.
3504	09M05V	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge de 18 à 69 ans sans CMA.
3505	09M05W	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.
3506	09M06Z	Ulcères cutanés.
3507	09M07V	Autres affections dermatologiques, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
3508	09M07W	Autres affections dermatologiques, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
3509	09M08V	Affections dermatologiques sévères, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
3510	09M08W	Affections dermatologiques sévères, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
3511	09M09Z	Affections non malignes des seins.
3512	09M10V	Tumeurs malignes des seins sans CMA.
3513	09M10W	Tumeurs malignes des seins avec CMA.
9999	09Z02Z	Interventions à visée esthétique.
3700	10C01S	Interventions pour affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles, avec CMAS.
3701	10C02Z	Interventions sur l'hypophyse.
3702	10C03Z	Interventions sur les surrénales.
3704	10C05Z	Interventions sur les parathyroïdes.
3707	10C07Z	Interventions sur le tractus thyroïdien.
3708	10C08Z	Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
3709	10C09Z	Gastroplasties pour obésité.
3711	10C11V	Interventions sur la thyroïde pour tumeurs malignes, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
3712	10C11W	Interventions sur la thyroïde pour tumeurs malignes, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
3713	10C12V	Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
3714	10C12W	Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
3715	10C10Z	Autres interventions pour obésité.
3716	10C13Z	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité.
3900	10M01S	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles, avec CMAS.
3901	10M02V	Diabète, âge de 36 à 69 ans sans CMA.
3902	10M02W	Diabète, âge de 36 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.
3903	10M03Z	Diabète, âge inférieur à 36 ans.
3904	10M04V	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans sans CMA.
3905	10M04W	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans avec CMA.
3906	10M05V	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge de 18 à 69 ans sans CMA.
3907	10M05W	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.
3908	10M06Z	Maladies métaboliques congénitales.
3909	10M07V	Autres troubles endocriniens, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
3910	10M07W	Autres troubles endocriniens, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
4100	11C01S	Interventions pour affections des reins et des voies urinaires, avec CMAS.
4101	11C02V	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, sans CMA.
4102	11C02W	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, avec CMA.
4103	11C03V	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, sans CMA.
4104	11C03W	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, avec CMA.
4105	11C04Z	Autres interventions sur la vessie à l'exception des interventions transurétrales.
4106	11C05V	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée sans CMA.
4107	11C05W	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée avec CMA.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
4108	11C06Z	Interventions sur l'urètre, âge inférieur à 18 ans.
4109	11C07Z	Interventions sur l'urètre, âge supérieur à 17 ans.
4110	11C08V	Autres interventions sur les reins et les voies urinaires sans CMA.
4111	11C08W	Autres interventions sur les reins et les voies urinaires avec CMA.
4271	11K02V	Insuffisance rénale, avec dialyse, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
4272	11K02W	Insuffisance rénale, avec dialyse, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
4250	11M01S	Affections des reins et des voies urinaires, avec CMAS.
4251	11M02V	Lithiases urinaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
4252	11M02W	Lithiases urinaires, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
4253	11M03V	Infections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans sans CMA.
4254	11M03W	Infections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans avec CMA.
4255	11M04V	Infections des reins et des voies urinaires, âge de 18 à 69 ans sans CMA.
4256	11M04W	Infections des reins et des voies urinaires, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.
4259	11M06V	Insuffisance rénale, sans dialyse, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
4260	11M06W	Insuffisance rénale, sans dialyse, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
4261	11M07V	Tumeurs des reins et des voies urinaires sans CMA.
4262	11M07W	Tumeurs des reins et des voies urinaires avec CMA.
4263	11M08Z	Autres affections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans.
4264	11M09V	Autres affections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans sans CMA.
4265	11M09W	Autres affections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans avec CMA.
4266	11M10V	Rétrécissement urétral, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
4267	11M10W	Rétrécissement urétral, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
4268	11M11Z	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge inférieur à 18 ans.
4269	11M12V	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge de 18 à 69 ans sans CMA.
4270	11M12W	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.
4500	12C01S	Interventions pour affections de l'appareil génital masculin, avec CMAS.
4502	12C03Z	Interventions sur le pénis.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
4503	12C04V	Prostatectomies transurétrales sans CMA.
4504	12C04W	Prostatectomies transurétrales avec CMA.
4505	12C05Z	Interventions sur les testicules pour des tumeurs malignes.
4506	12C06Z	Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge inférieur à 18 ans.
4507	12C07Z	Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge supérieur à 17 ans.
4508	12C08Z	Circoncisions.
4509	12C09Z	Autres interventions pour tumeurs malignes de l'appareil génital masculin.
4510	12C10Z	Autres interventions pour des affections non malignes de l'appareil génital masculin.
4511	12C11Z	Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes.
4512	12C12Z	Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour affections non malignes.
4750	12M02V	Infections et inflammations de l'appareil génital masculin, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
4751	12M02W	Infections et inflammations de l'appareil génital masculin, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
4752	12M03V	Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin sans CMA.
4753	12M03W	Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin avec CMA.
4754	12M04V	Hypertrophie prostatique bénigne, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
4755	12M04W	Hypertrophie prostatique bénigne, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
4756	12M05Z	Autres affections de l'appareil génital masculin.
4900	13C01S	Interventions pour affections de l'appareil génital féminin, avec CMAS.
4918	13C14V	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes sans CMA.
4919	13C14W	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes avec CMA.
4920	13C15V	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes sans CMA.
4921	13C15W	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes avec CMA.
4903	13C03V	Hystérectomies, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
4904	13C03W	Hystérectomies, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
4905	13C04V	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
4906	13C04W	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
4907	13C05Z	Interventions sur le système utéroannexiel pour des tumeurs malignes.
4908	13C06Z	Interruptions tubaires pour des affections non malignes.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
4909	13C07V	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
4910	13C07W	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
4911	13C08V	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
4912	13C08W	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
4913	13C09Z	Laparoscopies ou coéloscopies diagnostiques.
4914	13C10Z	Ligatures tubaires par laparoscopie ou coéloscopie.
4915	13C11Z	Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes.
4916	13C12Z	Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes.
4917	13C13Z	Autres interventions sur l'appareil génital féminin.
5200	13M02Z	Infections de l'appareil génital féminin.
5201	13M03V	Tumeurs malignes de l'appareil génital féminin sans CMA.
5202	13M03W	Tumeurs malignes de l'appareil génital féminin avec CMA.
5203	13M04V	Autres affections de l'appareil génital féminin, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
5204	13M04W	Autres affections de l'appareil génital féminin, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
5300	14C02A	Césariennes sans complication significative.
5301	14C02B	Césariennes avec autres complications.
5302	14C02C	Césariennes avec complications majeures.
5303	14C03Z	Accouchements par voie basse avec autres interventions.
5304	14C04Z	Affections du post-partum ou du post-abortum avec intervention chirurgicale.
5305	14C05Z	Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie.
5450	14M02Z	Affections médicales du post-partum ou du post-abortum.
5451	14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative.
5452	14Z02B	Accouchements par voie basse avec autres complications.
5453	14Z02C	Accouchements par voie basse avec complications majeures.
5454	14Z03A	Affections de l'ante-partum, avec ou sans intervention chirurgicale, sans complications.
5455	14Z03B	Affections de l'ante-partum, avec ou sans intervention chirurgicale, avec complications.
5456	14Z04Z	Avortements sans aspiration, ni curetage, ni hystérotomie.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
5457	14Z05Z	Grossesses ectopiques.
5458	14Z06Z	Menaces d'avortement.
5459	14Z07Z	Faux travail.
5800	15Z02Z	Autres problèmes postnéonataux précoces.
5801	15Z03Z	Transferts précoces de nouveau-nés vers un autre établissement.
5802	15Z04E	Nouveau-nés de 1 500 g et plus, décédés.
5803	15Z05A	Nouveau-nés de 2 500 g et plus, sans problème significatif.
5804	15Z05B	Nouveau-nés de 2 500 g et plus, avec autre problème significatif.
5805	15Z05C	Nouveau-nés de 2 500 g et plus, avec problème sévère.
5806	15Z05D	Nouveau-nés de 2 500 g et plus, avec problème majeur.
5807	15Z06A	Nouveau-nés de 2 000 g à 2 499 g, sans problème significatif.
5808	15Z06B	Nouveau-nés de 2 000 g à 2 499 g, avec autre problème significatif.
5809	15Z06C	Nouveau-nés de 2 000 g à 2 499 g, avec problème sévère.
5810	15Z06D	Nouveau-nés de 2 000 g à 2 499 g, avec problème majeur.
5811	15Z07A	Nouveau-nés de 1 500 g à 1 999 g, sans problème significatif.
5812	15Z07B	Nouveau-nés de 1 500 g à 1 999 g, avec autre problème significatif.
5813	15Z07C	Nouveau-nés de 1 500 g à 1 999 g, avec problème majeur ou sévère.
5814	15Z08A	Nouveau-nés de 1 000 g à 1 499 g, sortis en vie.
5815	15Z08E	Nouveau-nés de 1 000 g à 1 499 g, décédés.
5816	15Z09A	Nouveau-nés de moins de 1 000 g, sortis en vie.
5817	15Z09E	Nouveau-nés de moins de 1 000 g, décédés.
6100	16C01S	Interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques, avec CMAS.
6101	16C02Z	Interventions sur la rate.
6102	16C03V	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques sans CMA.
6103	16C03W	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques avec CMA.
6150	16M01S	Affections du sang et des organes hématopoïétiques, avec CMAS.
6151	16M02V	Affections du système réticuloendothélial ou immunitaire sans CMA.
6152	16M02W	Affections du système réticuloendothélial ou immunitaire avec CMA.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
6153	16M03V	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge inférieur à 18 ans sans CMA.
6154	16M03W	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge inférieur à 18 ans avec CMA.
6155	16M04V	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge de 18 à 69 ans sans CMA.
6156	16M04W	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.
6157	16M05V	Troubles de la coagulation, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
6158	16M05W	Troubles de la coagulation, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
6300	17C01S	Interventions pour affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus, avec CMAS.
6301	17C02V	Interventions majeures au cours de lymphomes ou de leucémies sans CMA.
6302	17C02W	Interventions majeures au cours de lymphomes ou de leucémies avec CMA.
6303	17C03V	Autres interventions au cours de lymphomes ou de leucémies sans CMA.
6304	17C03W	Autres interventions au cours de lymphomes ou de leucémies avec CMA.
6305	17C04V	Interventions majeures pour affections myéloprolifératives ou tumeurs de siège imprécis ou diffus, sans CMA.
6306	17C04W	Interventions majeures pour affections myéloprolifératives ou tumeurs de siège imprécis ou diffus, avec CMA.
6307	17C05V	Autres interventions au cours d'affections myéloprolifératives ou de tumeurs de siège imprécis ou diffus sans CMA.
6308	17C05W	Autres interventions au cours d'affections myéloprolifératives ou de tumeurs de siège imprécis ou diffus avec CMA.
6450	17K02Z	Antécédents ou suspicion d'affections tumorales, avec exploration endoscopique.
6452	17K04Z	Autres irradiations.
6463	17K05Z	Curiéthérapies de la prostate.
6464	17K06Z	Autres curiéthérapies et irradiations internes.
6453	17M01S	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus, avec CMAS.
6457	17M04Z	Antécédents ou suspicion d'affections tumorales, sans exploration endoscopique.
6458	17M05Z	Chimiothérapie pour leucémie aiguë.
6459	17M06V	Chimiothérapie pour autre tumeur, sans CMA.
6460	17M06W	Chimiothérapie pour autre tumeur, avec CMA.
6461	17M07V	Autres affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
6462	17M07W	Autres affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
6465	17M08Z	Leucémies aiguës, âge inférieur à 18 ans.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
6466	17M09V	Leucémies aiguës, âge supérieur à 17 ans sans CMA.
6467	17M09W	Leucémies aiguës, âge supérieur à 17 ans avec CMA.
6468	17M10V	Lymphomes ou autres leucémies sans CMA.
6469	17M10W	Lymphomes ou autres leucémies avec CMA.
6700	18C02V	Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires sans CMA.
6701	18C02W	Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires avec CMA.
6750	18M02V	Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur à 18 ans sans CMA.
6751	18M02W	Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur à 18 ans avec CMA.
6752	18M03Z	Maladies virales, âge supérieur à 17 ans.
6753	18M04V	Fièvres d'étiologie indéterminée, âge supérieur à 17 ans sans CMA.
6754	18M04W	Fièvres d'étiologie indéterminée, âge supérieur à 17 ans avec CMA.
6755	18M05V	Infections postopératoires et post-traumatiques sans CMA.
6756	18M05W	Infections postopératoires et post-traumatiques avec CMA.
6757	18M06Z	Septicémies, âge inférieur à 18 ans.
6758	18M07V	Septicémies, âge supérieur à 17 ans sans CMA.
6759	18M07W	Septicémies, âge supérieur à 17 ans avec CMA.
6760	18M08V	Autres maladies infectieuses ou parasitaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
6761	18M08W	Autres maladies infectieuses ou parasitaires, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
6762	18Z01S	Maladies infectieuses et parasitaires, avec CMAS, avec ou sans acte.
7000	19C02Z	Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale.
7050	19M02V	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
7051	19M02W	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
7052	19M03Z	Troubles de la personnalité et du comportement avec réactions impulsives.
7053	19M04Z	Psychoses, âge supérieur à 80 ans.
7054	19M05Z	Psychoses, âge inférieur à 81 ans.
7055	19M06V	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 80 ans sans CMA.
7056	19M06W	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 80 ans avec CMA.
7057	19M07V	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 81 ans sans CMA.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
7058	19M07W	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 81 ans avec CMA.
7059	19M08Z	Maladies et troubles mentaux de l'enfance.
7060	19M09Z	Autres troubles mentaux.
7061	19M10Z	Névroses autres que les névroses dépressives.
7062	19M11V	Névroses dépressives, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
7063	19M11W	Névroses dépressives, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
7250	20Z02Z	Toxicomanies non éthyliques avec dépendance.
7251	20Z03Z	Abus de drogues non éthyliques sans dépendance.
7252	20Z04Z	Ethylisme avec dépendance.
7256		
7253	20Z05Z	Ethylisme aigu.
7254	20Z06V	Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
7255	20Z06W	Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
7400	21C01S	Interventions pour traumatismes, allergies et empoisonnements, avec CMAS.
7401	21C02Z	Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures.
7402	21C03Z	Parages de plaies pour lésions autres que des brûlures.
7403	21C04Z	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures.
7404	21C05V	Autres interventions pour blessures ou complications d'acte sans CMA.
7405	21C05W	Autres interventions pour blessures ou complications d'acte avec CMA.
7550	21M01S	Traumatismes, allergies et empoisonnements, avec CMAS.
7551	21M02Z	Effets toxiques des médicaments et autres produits, âge inférieur à 18 ans.
7552	21M03V	Effets toxiques des médicaments et autres produits, âge de 18 à 69 ans sans CMA.
7553	21M03W	Effets toxiques des médicaments et autres produits, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.
7554	21M04Z	Réactions allergiques non classées ailleurs, âge inférieur à 18 ans.
7555	21M05Z	Réactions allergiques non classées ailleurs, âge supérieur à 17 ans.
7556	21M06Z	Traumatismes complexes, âge inférieur à 18 ans.
7557	21M07V	Traumatismes complexes, âge de 18 à 69 ans sans CMA.
7558	21M07W	Traumatismes complexes, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
7559	21M08V	Autres traumatismes et effets nocifs autres que les intoxications, âge inférieur à 70 ans sans CMA.
7560	21M08W	Autres traumatismes et effets nocifs autres que les intoxications, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA.
7561	21M09V	Complications iatrogéniques non classées ailleurs sans CMA.
7562	21M09W	Complications iatrogéniques non classées ailleurs avec CMA.
7800	22C02Z	Brûlures non étendues avec greffe cutanée.
7801	22C03Z	Brûlures non étendues avec parages de plaie ou autres interventions chirurgicales.
7850	22M02Z	Brûlures non étendues sans intervention chirurgicale.
7851	22Z02Z	Brûlures étendues.
7900	23C02Z	Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé.
7950	23M02Z	Rééducation.
7951	23M03V	Signes et symptômes sans CMA.
7952	23M03W	Signes et symptômes avec CMA.
7953	23M04Z	Suivi thérapeutique avec diagnostic associé d'antécédent d'affection maligne.
7954	23M05Z	Suivi thérapeutique sans diagnostic associé d'antécédent d'affection maligne.
7955	23M06Z	Autres facteurs influant sur l'état de santé.
7956	23Z02Z	Soins palliatifs, avec ou sans acte.
7957		
7958		
7959	23Z03Z	Interventions de confort.
8001	24C02Z	Affections de la CMD. 01 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD. 01.
8002	24C03Z	Interventions sur le cristallin : séjours de moins de 2 jours.
8003	24C04Z	Affections de la CMD. 02 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD. 02.
8004	24C05Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies : séjours de moins de 2 jours.
8005	24C06Z	Drains transtympaniques : séjours de moins de 2 jours.
8006	24C07Z	Affections de la CMD. 03 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD. 03.
8007	24C08Z	Affections de la CMD. 04 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD. 04.
8008	24C09Z	Ligatures de veines et éveinages : séjours de moins de 2 jours.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
8009	24C10Z	Affections de la CMD. 05 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD. 05.
8010	24C11Z	Interventions réparatrices pour hernies abdominales : séjours de moins de 2 jours.
8011	24C12Z	Interventions sur le rectum et l'anus : séjours de moins de 2 jours.
8012	24C13Z	Affections de la CMD. 06 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD. 06.
8013	24C14Z	Affections de la CMD. 07 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD. 07.
8014	24C15Z	Résections osseuses localisées et ablations de matériel de fixation : séjours de moins de 2 jours.
8016	24C17Z	Arthroscopies : séjours de moins de 2 jours.
8017	24C18Z	Affections de la CMD. 08 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD. 08.
8019	24C20Z	Affections de la CMD. 10 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD. 10.
8020	24C21Z	Interventions transurétrales, sauf prostatectomie : séjours de moins de 2 jours.
8021	24C22Z	Affections de la CMD. 11 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD. 11.
8022	24C23Z	Interventions sur les testicules : séjours de moins de 2 jours.
8023	24C24Z	Circoncisions : séjours de moins de 2 jours.
8024	24C25Z	Affections de la CMD. 12 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD. 12.
8056		
8026	24C27Z	Interventions sur la vulve, le vagin et le col utérin : séjours de moins de 2 jours.
8027	24C28Z	Dilatations et curetages en dehors de la grossesse, conisations : séjours de moins de 2 jours.
8028	24C29Z	Affections de la CMD. 13 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD. 13.
8029	24C30Z	Dilatations et curetages au cours de la grossesse, en dehors des interruptions volontaires : séjours de moins de 2 jours.
8030	24C31Z	Affections de la CMD. 14 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD. 14.
8031	24C32Z	Affections de la CMD. 16 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD. 16.
8032	24C33Z	Affections de la CMD. 17 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire.
8033	24C34Z	Affections de la CMD. 18 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire.
8034	24C35Z	Affections de la CMD. 19 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire.
8036	24C37Z	Affections de la CMD. 22 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD. 22.
8037	24C38Z	Motifs de recours de la CMD. 23 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire.
8038	24C39Z	Créations et réfections des fistules artérioveineuses, séjours de moins de 2 jours.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
8039	24C40Z	Interventions pour traumatismes de l'œil, séjours de moins de 2 jours.
8040	24C41Z	Actes non mineurs de la CMD.02, séjours de moins de 2 jours.
8041	24C42Z	Actes non mineurs de la CMD.03, séjours de moins de 2 jours.
8042	24C43Z	Pose d'un défibrillateur cardiaque : séjours de moins de 2 jours.
8043	24C44Z	Pose d'un stimulateur cardiaque permanent : séjours de moins de 2 jours.
8044	24C45Z	Hémorroïdectomies : séjours de moins de 2 jours.
8055		
8045	24C46Z	Actes non mineurs sur la main : séjours de moins de 2 jours.
8046	24C47Z	Interventions sur le sein : séjours de moins de 2 jours.
8047	24C48Z	Interventions sur la peau et les tissus sous-cutanés : séjours de moins de 2 jours.
8048	24C49Z	Prélèvements d'ovocytes : séjours de moins de 2 jours.
8049	24C50Z	Interventions et explorations sur le système utéroannexiel : séjours de moins de 2 jours.
8050	24C51Z	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures : séjours de moins de 2 jours.
8051	24C52Z	Allogreffes de cornée : séjours de moins de 2 jours.
8052	24C53Z	Autres affections de la CMD 21 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 21.
8053	24C54Z	Libérations du canal carpien et autres actes sur les nerfs périphériques : séjours de moins de 2 jours.
8054	24C55Z	Autres interventions sur la main : séjours de moins de 2 jours.
8250	24K01Z	Greffes de cellules souches hématopoïétiques : séjours de moins de 2 jours.
8253	24K04Z	Mise en place de certains accès vasculaires : séjours de moins de 2 jours.
8254	24K05Z	Polysomnographies et autres explorations de longue durée : séjours de moins de 2 jours.
8257	24K08Z	Affections de la CMD 08 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 08, avec anesthésie.
8258	24K09Z	Affections de la CMD 09 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 09, avec anesthésie.
8259	24K10Z	Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire : séjours de moins de 2 jours.
8260	24K11Z	Affections de la CMD 13 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 13, avec anesthésie.
8261	24K12Z	Affections de la CMD 17 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire, avec anesthésie.
8317	24K14Z	Autres séjours de moins de 2 jours sans acte opératoire, avec anesthésie.
8318	24K15Z	Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 03, avec anesthésie.
8319	24K16Z	Endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques : séjours de moins de 2 jours.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
8320	24K17Z	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses et embolisations : séjours de moins de 2 jours.
8321	24K18Z	Affections de la CMD 05 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 05, avec anesthésie.
8322	24K19Z	Affections de la CMD 06 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 06, avec anesthésie.
8323	24K20Z	Evacuation d'ascite : séjours de moins de 2 jours.
8324	24K21Z	Affections de la CMD 21 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 21, avec anesthésie.
8325	24K22Z	Affections de la CMD 22 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 22, avec anesthésie.
8326	24K23Z	Surveillances de greffes de cœur avec acte diagnostique par voie vasculaire : séjours de moins de 2 jours.
8327	24K24Z	Endoscopies biliaires thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours.
8328	24K25Z	Autres endoscopies biliaires : séjours de moins de 2 jours.
8329	24K26Z	Endoscopies digestives thérapeutiques avec anesthésie : séjours de moins de 2 jours.
8330	24K27Z	Endoscopies digestives thérapeutiques sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours.
8331	24K28Z	Endoscopies digestives diagnostiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours.
8332	24K29Z	Endoscopies digestives diagnostiques sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours.
8333	24K30Z	Endoscopies urinaires thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours.
8334	24K31Z	Endoscopies urinaires thérapeutiques sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours.
8335	24K32Z	Endoscopies urinaires diagnostiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours.
8336	24K33Z	Endoscopies urinaires diagnostiques sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours.
8337	24K34Z	Endoscopies oto-rhino-laryngologiques : séjours de moins de 2 jours.
8338	24K35Z	Endoscopies bronchiques : séjours de moins de 2 jours.
8339	24K36Z	Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire : séjours de moins de 2 jours.
8340	24K37Z	Embolisations : séjours de moins de 2 jours.
8341	24K38Z	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours.
8342	24K39Z	Actes diagnostiques par voie vasculaire de la CMD 05 : séjours de moins de 2 jours.
8263	24M01Z	Convulsions, épilepsies et céphalées : séjours de moins de 2 jours.
8264	24M02Z	Commotions cérébrales : séjours de moins de 2 jours.
8265	24M03Z	Affections de la CMD 01 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 01.
8266	24M04Z	Affections de la CMD 02 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 02.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
8267	24M05Z	Otitis moyennes et infections des voies aériennes supérieures : séjours de moins de 2 jours.
8268	24M06Z	Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 03.
8269	24M07Z	Bronchites et asthme : séjours de moins de 2 jours.
8270	24M08Z	Affections de la CMD 04 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 04.
8271	24M09Z	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque : séjours de moins de 2 jours.
8272	24M10Z	Affections de la CMD 05 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 05.
8273	24M11Z	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif : séjours de moins de 2 jours.
8274	24M12Z	Affections de la CMD 06 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 06.
8275	24M13Z	Affections de la CMD 07 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 07.
8276	24M14Z	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical : séjours de moins de 2 jours.
8277	24M15Z	Fractures, entorses et luxations : séjours de moins de 2 jours, sans anesthésie.
8278	24M16Z	Affections de la CMD 08 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 08.
8279	24M17Z	Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés : séjours de moins de 2 jours.
8280	24M18Z	Affections de la CMD 09 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 09.
8281	24M19Z	Affections de la CMD 10 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 10.
8282	24M20Z	Lithiases urinaires : séjours de moins de 2 jours.
8283	24M21Z	Affections de la CMD 11 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 11.
8284	24M22Z	Affections de la CMD 12 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 12.
8285	24M23Z	Affections de la CMD 13 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 13.
8286	24M24Z	Affections de l'ante-partum : séjours de moins de 2 jours.
8287	24M25Z	Affections de la CMD 14 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 14.
8288	24M26Z	Affections de la CMD 16 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 16.
8289	24M27Z	Affections de la CMD 17 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire.
8290	24M28Z	Affections de la CMD 18 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire.
8291	24M29Z	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial : séjours de moins de 2 jours.
8292	24M30Z	Affections de la CMD 19 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire.
8293	24M31Z	Effets toxiques des médicaments et autres produits : séjours de moins de 2 jours.
8294	24M32Z	Affections de la CMD 21 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 21.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
8295	24M33Z	Affections de la CMD 22 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 22.
8296	24M34Z	Autres motifs de recours pour infection à VIH : séjours de moins de 2 jours.
8297	24M35Z	Autres motifs de recours chez un patient diabétique : séjours de moins de 2 jours.
8298	24M36Z	Autres motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire.
8343	24M37Z	Douleurs chroniques rebelles : séjours de moins de 2 jours.
8344	24M38Z	Affections des seins : séjours de moins de 2 jours.
8345	24M39Z	Surveillances de greffes de rein : séjours de moins de 2 jours.
8346	24M40Z	Surveillances de greffes de cœur sans acte diagnostique par voie vasculaire : séjours de moins de 2 jours.
8307	24Z09E	Infarctus du myocarde avec décès : séjours de moins de 2 jours.
8308	24Z10E	Nouveau-nés décédés : séjours de moins de 2 jours.
8309	24Z11E	Autres décès : séjours de moins de 2 jours.
9999	24Z15Z	Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 2 jours.
8315	24Z17Z	Ethylisme aigu : séjours de moins de 2 jours.
8316	24Z18Z	Affections de la CMD 20 : séjours de moins de 2 jours.
8347	24Z19Z	Interventions à visée esthétique et de confort, séjours de moins de 2 jours.
8348	24Z20Z	Accouchements : séjours de moins de 2 jours.
8349	24Z21Z	Nouveau-nés et nourrissons de 5 jours à 120 jours : séjours de moins de 2 jours.
8350	24Z22Z	Autres transferts vers MCO : séjours de moins de 2 jours.
8351	24Z23Z	Nouveau-nés de moins de 5 jours : séjours de moins de 2 jours.
8352	24Z24Z	Transferts de nouveau-nés vers un autre établissement : séjours de moins de 2 jours.
8353	24Z25Z	Brûlures avec transfert vers un autre établissement : séjours de moins de 2 jours.
8700	25C02Z	Interventions pour maladie due au VIH.
8750	25M02A	Autres maladies dues au VIH.
8751	25M02B	Maladies dues au VIH, avec une seule complication infectieuse.
8752	25M02C	Maladies dues au VIH, avec plusieurs complications infectieuses.
8753	25Z02E	Maladies dues au VIH, avec décès.
8754	25Z03Z	Maladies dues au VIH, âge inférieur à 13 ans.
8800	26C01S	Interventions pour traumatismes multiples graves, avec CMAS non traumatiques.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
8801	26C02Z	Interventions pour traumatismes multiples graves, sans CMAS.
8850	26M01S	Traumatismes multiples graves, avec CMAS non traumatiques.
8851	26M02Z	Traumatismes multiples graves, sans CMAS.
8900	27C02Z	Transplantations hépatiques.
8901	27C03Z	Transplantations pancréatiques.
8902	27C04Z	Transplantations pulmonaires.
8905		
8903	27C05Z	Transplantations cardiaques.
8904	27C06Z	Transplantations rénales.
9050	27Z02Z	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques.
9051	27Z03Z	Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques.
9052		
9500	28Z01Z	Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée, en séances.
9501	28Z02Z	Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire, en séances.
9502	28Z03Z	Entraînements à l'hémodialyse, en séances.
9503	28Z04Z	Hémodialyse, en séances.
9520		
9521		
9522		
9504	28Z05Z	Dialyse péritonéale automatisée, en séances.
9505	28Z06Z	Dialyse péritonéale continue ambulatoire, en séances.
9506	28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances.
9507	28Z08Z	Préparations à une irradiation externe avec une dosimétrie tridimensionnelle.
9508	28Z09Z	Autres préparations à une irradiation externe.
9509	28Z10Z	Curiethérapie, en séances.
9510	28Z11Z	Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances.
9515		
9511	28Z12Z	Techniques complexes d'irradiation externe, en séances.

GHS	GHM	LIBELLÉ DU GHM
9512	28Z13Z	Autres techniques d'irradiation externe, en séances.
9513	28Z14Z	Transfusion, en séances.
9514	28Z15Z	Caisson d'oxygénothérapie hyperbare, en séances.
9900	90H02Z	Actes sans relation avec le diagnostic principal : séjours de 2 jours et plus.
9901	90H03Z	Actes sans relation avec le diagnostic principal : séjours de moins de 2 jours.
	90H01Z	Erreurs détectées dans les RSA par le logiciel de mesure de l'activité hospitalière.
	90Z00Z	Erreurs détectées par les contrôles effectués sur les RUM et leur séquençement.
	90Z01Z	Diagnostic invalide comme diagnostic principal, dans certaines circonstances.
	90Z02Z	Autres erreurs détectées dans le parcours de l'arbre de groupage.
	90Z03Z	Autres erreurs détectées dans le parcours de l'arbre de groupage.

ANNEXE 2

LISTE DES FORFAITS DE L'INSUFFISANCE RÉNALE
CHRONIQUE À DOMICILE OU EN AUTODIALYSE

CODE	FORFAIT
D 12	Forfait d'autodialyse simple.
D 13	Forfait d'autodialyse assistée.
D 14	Forfait d'hémodialyse à domicile.
D 15	Forfait de dialyse péritonéale automatisée (DPA).
D 16	Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA).

ANNEXE 3

LISTE DES FORFAITS DÉNOMMÉS
« PRÉLÈVEMENTS D'ORGANES »

PO 1	Prélèvements du ou des reins et/ou du foie.
PO 2	Prélèvements du ou des reins, du foie, du cœur, du pancréas, du ou des poumons et/ou de l'intestin, ou prélèvement d'au moins 7 organes.
PO 3	Autres prélèvements d'organes.
PO 4	Prélèvements d'organes sur cœur arrêté.

ANNEXE 4

LISTE 1 : ACTES PERMETTANT LA VALORISATION
D'UNE SÉANCE DE RADIOTHÉRAPIE

ACTES DE RADIOTHÉRAPIE EN CLASSIFICATION CCAM	
Code	Libellé
AANL 001	Irradiation encéphalique en conditions stéréotaxiques avec cadre invasif, en dose unique.
AANL 002	Séance d'irradiation encéphalique en conditions stéréotaxiques avec cadre non invasif, à dose fractionnée.
AZNL 001	Séance d'irradiation externe du névraxe [irradiation craniospinale].
OZNL 001	Séance d'irradiation cutanée totale à dose fractionnée.
ZZNL 020	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie inférieure à 5 mV par 1 ou 2 faisceaux, sans utilisation de modificateur de faisceau.
ZZNL 021	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie inférieure à 5 mV par 1 ou 2 faisceaux, avec utilisation de modificateur de faisceau.
ZZNL 023	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie inférieure à 5 mV par 3 ou 4 faisceaux, sans utilisation de modificateur de faisceau.
ZZNL 024	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie inférieure à 5 mV par 3 ou 4 faisceaux, avec utilisation de modificateur de faisceau.
ZZNL 025	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie inférieure à 5 mV par 5 faisceaux ou plus, sans utilisation de modificateur de faisceau.
ZZNL 026	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie inférieure à 5 mV par 5 faisceaux ou plus, avec utilisation de modificateur de faisceau.
ZZNL 027	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 mV et inférieure à 15 mV par 1 ou 2 faisceaux, sans utilisation de modificateur de faisceau.
ZZNL 028	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 mV et inférieure à 15 mV par 1 ou 2 faisceaux, avec utilisation de modificateur de faisceau.
ZZNL 030	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 mV et inférieure à 15 mV par 3 ou 4 faisceaux, sans utilisation de modificateur de faisceau.
ZZNL 031	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 mV et inférieure à 15 mV par 3 ou 4 faisceaux, avec utilisation de modificateur de faisceau.
ZZNL 033	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 mV et inférieure à 15 mV par 5 faisceaux ou plus, sans utilisation de modificateur de faisceau.
ZZNL 034	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 mV et inférieure à 15 mV par 5 faisceaux ou plus, avec utilisation de modificateur de faisceau.
ZZNL 036	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 mV par 1 ou 2 faisceaux, sans utilisation de modificateur de faisceau.
ZZNL 037	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 mV par 1 ou 2 faisceaux, avec utilisation de modificateur de faisceau.
ZZNL 039	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 mV par 3 ou 4 faisceaux, sans utilisation de modificateur de faisceau.
ZZNL 040	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 mV par 3 ou 4 faisceaux, avec utilisation de modificateur de faisceau.

ACTES DE RADIOTHÉRAPIE EN CLASSIFICATION CCAM	
Code	Libellé
ZZNL 042	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 mV par 5 faisceaux ou plus, sans utilisation de modificateur de faisceau.
ZZNL 043	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 mV par 5 faisceaux ou plus, avec utilisation de modificateur de faisceau.
ZZNL 047	Séance d'irradiation corporelle totale [ICT].
ZZNL 900	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 mV et inférieure à 15 mV par 1 ou 2 faisceaux, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité].
ZZNL 902	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 mV et inférieure à 15 mV par 5 faisceaux ou plus, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité].
ZZNL 903	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 mV par 5 faisceaux ou plus, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité].
ZZNL 904	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 mV par 1 ou 2 faisceaux, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité].
ZZNL 905	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 5 mV et inférieure à 15 mV par 3 ou 4 faisceaux, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité].
ZZNL 906	Séance d'irradiation externe par machine produisant des photons d'énergie égale ou supérieure à 15 mV par 3 ou 4 faisceaux, avec utilisation dynamique de collimateur multilame [modulation d'intensité].

**LISTE 2 : GHS EXCLUANT LE PAIEMENT
DES ACTES DE RADIOTHÉRAPIE EN SUS**

GHM	GHS	INTITULÉ DES GHM
28Z08Z	9507	Préparations à une irradiation externe avec une dosimétrie tridimensionnelle.
28Z09Z	9508	Autres préparations à une irradiation externe.
28Z10Z	9509	Curiéthérapie, en séances.
28Z11Z	9510	Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances.
28Z12Z	9511	Techniques complexes d'irradiation externe, en séances.
28Z13Z	9512	Autres techniques d'irradiation externe, en séances.

A N N E X E 5

**LISTE 1 : ACTES PERMETTANT LA FACTURATION D'UNE SÉANCE
DE DIALYSE EN HOSPITALISATION EN SUS D'UN GHS**

EN CLASSIFICATION CCAM	
Code	Libellé
JVJF003	Séance d'épuration extrarénale par hémoperfusion.
JVJF004	Séance d'épuration extrarénale par hémodialyse pour insuffisance rénale chronique.

EN CLASSIFICATION CCAM	
Code	Libellé
JVJF008	Séance d'épuration extrarénale par hémodiafiltration, hémofiltration ou biofiltration sans acétate pour insuffisance rénale chronique.
JVRP007	Séance entraînement à dialyse péritoneale. Automatisée.
JVRP008	Séance entraînement à dialyse péritoneale. Continue ambulatoire.
JVRP004	Séance entraînement à hémodialyse.

LISTE 2 : LISTE DES GHS EXCLUANT LE PAIEMENT
DES ACTES DE DIALYSE EN SUS

GHM	GHS	INTITULÉ DES GHM
28Z01Z	9500	Entraînements à la dialyse péritoneale automatisée, en séances.
28Z02Z	9501	Entraînements à la dialyse péritoneale continue ambulatoire, en séances.
28Z03Z	9502	Entraînements à l'hémodialyse, en séances.
28Z04Z	9503	Hémodialyse, en séances.
	9520	
	9521	
	9522	
24M21Z	8283	Affections de la CMD 11 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 11.

ANNEXE 6

LISTE 1 : ACTES MARQUEURS DE SUPPLÉANCE VITALE
POUR LESQUELS UNE OCCURRENCE SUFFIT

EN CLASSIFICATION CCAM	
Code V2	Libellé
ABQP001	Surveillance continue de la pression intracrânienne, par 24 heures.
DERP005	Stimulation cardiaque temporaire transcutanée.
DERP004	Choc électrique cardiaque externe [Cardioversion], en urgence.
DCJB002	Evacuation d'une collection du péricarde, par voie transcutanée.
DCJB001	Drainage d'une collection du péricarde, par voie transcutanée.
DFNF001	Fibrinolyse <i>in situ</i> de l'artère pulmonaire, par voie veineuse transcutanée.
EQLF003	Injection intraveineuse continue de dobutamine ou de dopamine à débit supérieur à 8 µg/kg/min, d'adrénaline ou de noradrénaline en dehors de la période néonatale, par 24 heures.

EN CLASSIFICATION CCAM	
Code V2	Libellé
EQLF002	Perfusion intraveineuse de produit de remplissage à un débit supérieur à 50 ml/kg en moins de 24 heures.
FELF004	Transfusion de concentré globulaire à un débit supérieur à une demi-masse sanguine chez l'adulte ou à 40 ml/kg chez le nouveau-né en moins de 24 heures.
EQMP001	Suppléance hémodynamique par dispositif de contrepulsion diastolique intraaortique, par 24 heures.
EQMF003	Suppléance hémodynamique et ventilatoire d'un patient en état de mort encéphalique, en vue de prélèvement d'organe.
EQCF001	Circulation extracorporelle pour réchauffement d'une hypothermie accidentelle.
EQQP004	Surveillance continue d'une circulation extracorporelle pour assistance circulatoire, par 24 heures.
EQQP013	Surveillance d'une assistance circulatoire mécanique ventriculaire, par 24 heures.
DKMD 002	Ressuscitation cardiorespiratoire avec intubation intratrachéale, dans un bloc médicotechnique.
DKMD 001	Ressuscitation cardio-respiratoire avec intubation intratrachéale, en dehors d'un bloc médicotechnique.
GLLD 003	Ventilation spontanée au masque facial, par canule nasale ou par canule nasopharyngée, sans aide inspiratoire, avec pression expiratoire positive [PEP], par 24 heures.
GLQP015	Surveillance continue de la saturation jugulaire en oxygène par dispositif intraveineux, par 24 heures.
GLLD 019	Ventilation barométrique ou volumétrique non invasive au masque facial pendant au moins 2 heures cumulées au cours des 12 heures, pour insuffisance respiratoire aiguë.
GLLD 012	Ventilation mécanique continue au masque facial pour suppléance ventilatoire, par 24 heures.
GLLD 008	Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive [PEP] supérieure à 6 et/ou FiO ₂ supérieure à 60 %, par 24 heures.
GLLD 004	Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive [PEP] supérieure à 6 et/ou FiO ₂ supérieure à 60 %, avec technique de décubitus ventral alterné par 24 heures.
GLLD 007	Ventilation mécanique à poumons séparés, par 24 heures.
GLLD 011	Ventilation à fréquence supérieure à 80 par minute [ventilation à haute fréquence] [VHF], par 24 heures.
GLLD 009	Ventilation par oscillations à haute fréquence, par 24 heures.
GLLD 010	Ventilation liquide, par 24 heures.
GLJF001	Épuration extracorporelle du gaz carbonique [CO ₂] par voie veineuse, par 24 heures.
GLJF002	Épuration extracorporelle du gaz carbonique [CO ₂] par voie veinoartérielle, par 24 heures.
GLLD 001	Oxygénothérapie hyperbare avec utilisation de ventilation mécanique et d'agent pharmacologique vasoactif.
JVJF003	Séance d'épuration extrarénale par hémoperfusion.
JVJF002	Épuration extrarénale par hémodialyse, hémofiltration ou hémofiltration discontinue pour insuffisance rénale aiguë, par 24 heures.

EN CLASSIFICATION CCAM	
Code V2	Libellé
JVJF005	Epuration extrarénale par hémodialyse, hémofiltration ou hémofiltration continue pour insuffisance rénale aiguë, par 24 heures.
JVJB002	Epuration extrarénale par dialyse péritonéale pour insuffisance rénale aiguë, par 24 heures.
FEJF001	Séance d'épuration semi-sélective de substance plasmatique par double filtration [épuration en cascade].
FELF012	Exsanguinotransfusion d'épuration ou de substitution.
FELF003	Suppléance de coagulopathie par injection intraveineuse simultanée de deux des produits sanguins suivants : plasma frais congelé, plaquettes, facteur antihémophilique, fibrinogène, antithrombine III pour suppléance de coagulopathie, par 24 heures.
FEJF002	Séance non programmée de soustraction thérapeutique de plasma avec perfusion de produit de substitution [échange plasmatique] pour affection aiguë.
EQLF005	Administration intraveineuse continue d'agent pharmacologique vasoactif chez le nouveau-né pour suppléance hémodynamique, par 24 heures.
JVJF006	Epuration extrarénale par hémodialyse ou hémofiltration discontinue pour insuffisance rénale aiguë chez le nouveau-né, par 24 heures.
JVJF007	Epuration extrarénale par hémodialyse ou hémofiltration continue pour insuffisance rénale aiguë chez le nouveau-né, par 24 heures.
FELF005	Exsanguinotransfusion d'épuration ou de substitution, chez le nouveau-né.

LISTE 2 : ACTES MARQUEURS DE SUPPLÉANCE VITALE
POUR LESQUELS IL FAUT AU MOINS TROIS OCCURRENCES

ACTES DE RADIOTHÉRAPIE EN CLASSIFICATION CCAM	
Code V2	Libellé
GLLD 015	Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive [PEP] inférieure ou égale à 6 et FiO ₂ inférieure ou égale à 60 %, par 24 heures.

A N N E X E 7

LISTE DES FORFAITS DE TRAITEMENT
DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE EN CENTRE

Liste 1 : forfaits facturables par les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale avant la notification de l'autorisation délivrée en application de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique

GHS	GHM V10	LIBELLÉ DES GHM
9503	28Z04Z	Hémodialyse en centre.
9500	28Z01Z	Entraînement à la dialyse péritonéale assistée.
9501	28Z02Z	Entraînement à la dialyse continue péritonéale assistée.
9502	28Z03Z	Entraînement à l'hémodialyse.

Liste 2 : Forfaits facturables par les établissements de santé mentionnés au *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale avant la notification de l'autorisation délivrée en application de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique

CODE	FORFAIT
D 01	Hémodialyse en centre ou en unité de dialyse médicalisée.
D 03	Entraînement à l'hémodialyse à domicile et à l'autodialyse.
D 04	Entraînement à la DPA.
D 05	Entraînement à la DPCA.

Liste 3 : Forfaits facturables par les établissements de santé mentionnés au *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale à compter de la notification de l'autorisation délivrée en application de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique

CODE	FORFAIT
D 09	Forfait d'hémodialyse en centre.
D 10	Forfait d'hémodialyse en centre pour enfant.
D 11	Forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée.
D 17	Forfait d'entraînement à l'hémodialyse à domicile et à l'autodialyse.
D 18	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée.
D 19	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire.

ANNEXE 8

LISTE DES ACTES DONNANT LIEU À RÉMUNÉRATION SUR LA BASE D'UN FFM

CCAM	LIBELLÉS
	Traitement des lésions traumatiques <i>Fractures</i>
MZMP001	Confection d'une contention souple d'une articulation du membre supérieur.
ZDMP013	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation thoracobrachial.
ZDMP017	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation brachio-antébrachio-palmaire.
ZDMP014	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation antébrachiopalmaire.
MGMP002	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation du poignet et/ou de la main.
NFMP001	Confection d'une contention souple du genou.
NGMP001	Confection d'une contention souple de la cheville et/ou du pied, ou confection d'une semelle plâtrée.
ZEMP005	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation fémorocrural [fémorojambier], fémoropédieux ou cruropédieux [jambopédieux].
ZEMP009	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation solidaire bifémorocrural [bifémorojambier] ou bifémoropédieux.
NFMP002	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du genou.

CCAM	LIBELLÉS
NGMP002	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation de la cheville.
	Actes sur les tissus
QZJA002	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de moins de 3 cm de grand axe, en dehors de la face.
QZJA017	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face.
QZJA015	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de plus de 10 cm de grand axe, en dehors de la face.
QAJA013	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de moins de 3 cm de grand axe.
QAJA005	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de 3 cm à 10 cm de grand axe.
QAJA002	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de plus de 10 cm de grand axe.
QZJA016	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de moins de 3 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main.
QZJB002	Evacuation de collection superficielle et/ou profonde de la peau et des tissus mous, par voie transcutanée sans guidage.
	Actes sur la tête <i>Orbite. Œil</i>
BACA003	Suture partielle ou totale des bords libres des paupières supérieure et inférieure.
BACA005	Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, avec atteinte du bord libre.
BAFA013	Exérèse de chalazion.
BAFA006	Exérèse non transfixiante d'une lésion d'une paupière.
BAFA005	Exérèse non transfixiante de lésions multiples unilatérales de paupière.
BCCA001	Suture de plaie de la conjonctive.
BEHB001	Ponction de la chambre antérieure de l'œil [humeur aqueuse].
	<i>Face</i>
GAGD 002	Ablation de corps étranger de la cavité nasale.
GABD 002	Tamponnement nasal antérieur.
GABD 001	Tamponnement nasal antérieur et postérieur.
GASE001	Hémostase intranasale par cautérisation ou électrocoagulation, par endoscopie.
QZJA009	Evacuation de collection superficielle de la peau, par abord direct.
HAJA006	Parage et/ou suture de plaie transfixiante de lèvre.
QAJA004	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de moins de 3 cm de grand axe.
	<i>Maxillaires</i>

CCAM	LIBELLÉS
HBLD 052	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle composite collée, sur 1 à 6 dents.
HBLD 053	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle métallique coulée et collée, sur 1 à 6 dents.
OZFA020	Actes sur membre sup./ actes sur membre inf. Exérèse partielle ou totale de la tablette d'un ongle.
OZFA039	Exérèse partielle de l'appareil unguéal.
OZFA029	Exérèse totale de l'appareil unguéal.

ANNEXE 9

LISTE 1 : LISTE DES ACTES DONNANT LIEU
À RÉMUNÉRATION SUR LA BASE D'UN SE1

CODE	LIBELLÉ
BBCE001	Dacryo-cysto-rhinostomie [DCR], par endoscopie nasale.
DZQJ001	échographie-doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, par voie œsophagienne [échocardiographie-doppler transœsophagienne].
DZQJ008	Echographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie œsophagienne du cœur et des vaisseaux intrathoraciques.
DZQJ010	Echographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie œsophagienne du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, avec injection intraveineuse de produit de contraste ultrasonore ne franchissant pas le diaphragme.
DZQJ011	Echographie-doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques par voie œsophagienne, avec injection intraveineuse de produit de contraste ultrasonore ne franchissant pas le diaphragme.
GBQA002	Sinuscopie maxillaire, par voie méatale inférieure et/ou par abord de la fosse canine [abord vestibulaire].
GDQE004	Fibroscopie du larynx et de la trachée.
GEQE002	Fibroscopie bronchique, avec prélèvement lymphonodal à l'aiguille par voie transbronchique.
GEQE004	Fibroscopie bronchique, avec lavage bronchioloalvéolaire à visée diagnostique.
GEQE006	Fibroscopie bronchique, avec biopsie pulmonaire par voie transbronchique sans guidage.
GEQE007	Fibroscopie bronchique.
GEQE009	Fibroscopie bronchique avec lavage bronchioloalvéolaire à visée diagnostique, chez un patient intubé ou trachéotomisé.
GEQE010	Fibroscopie trachéobronchique avec photodétection de lésion par autofluorescence sans laser.
GEQH002	Fibroscopie bronchique, avec biopsie pulmonaire par voie transbronchique avec guidage radiologique.
HEGE001	Ablation de corps étranger de l'œsophage, par endoscopie rigide.

CODE	LIBELLÉ
HEGE002	Ablation de corps étranger de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par œso-gastro-duodéoscopie.
HEQE001	Œsophagoscopie au tube rigide.
HEQE002	Endoscopie œso-gastro-duodénale.
HEQE003	Endoscopie œso-gastro-duodénale avec test à l'uréase, avant l'âge de 6 ans.
HEQE005	Endoscopie œso-gastro-duodénale avec test à l'uréase, après l'âge de 6 ans.
HGNE001	Séance de destruction de lésion du duodénum, par œso-gastro-duodéoscopie.
HGQE002	Duodéoscopie par appareil à vision latérale.
HJQE001	Rectosigmoïdoscopie.
HMQH005	Cholangiopancréatographie rétrograde sans manométrie oddienne, par œso-gastro-duodéoscopie.
HMQH007	Cholangiographie rétrograde, par œso-gastro-duodéoscopie.
HQQE001	Bilan fonctionnel de la déglutition avec fibroscopie du pharynx et du larynx par voie nasale, essai alimentaire et enregistrement vidéo.
JCGE003	Ablation unilatérale ou bilatérale d'une sonde urétérale, par endoscopie rétrograde.
JCGE004	Ablation d'une endoprothèse urétérale, par endoscopie rétrograde.
JDQE001	Fibroscopie urétrovésicale.
JDQE002	Exploration endoscopique d'une néovessie intestinale.
JDQE003	Urétrocystoscopie à l'endoscope rigide.
JEGE001	Ablation de corps étranger de l'urètre, par uréthroscopie.
JEHE002	Biopsie de l'urètre à la pince, par endoscopie.

LISTE 2 : LISTE DES ACTES DONNANT LIEU
À RÉMUNÉRATION SUR LA BASE D'UN SE2

CODE	LIBELLÉ
AELB002	Implantation d'électrode de stimulation de la moelle épinière à visée thérapeutique, par voie transcutanée.
AHHA001	Biopsie de nerf périphérique, par abord direct.
AHHA002	Biopsie neuromusculaire, par abord direct.
BACA003	Suture partielle ou totale des bords libres des paupières supérieure et inférieure.
BACA005	Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, avec atteinte du bord libre.
BAGA001	Ablation secondaire de corps étranger de la paupière.

CODE	LIBELLÉ
BCCA001	Suture de plaie de la conjonctive.
BDCA003	Suture d'une plaie linéaire non transfixiante de la cornée.
BELB001	Injection de substance inerte ou organique dans la chambre antérieure de l'œil, par voie transcornéenne [reformation de la chambre antérieure].
BGLB001	Injection d'agent pharmacologique dans le corps vitré.
BGLB002	Injection de gaz dans le corps vitré.
BKLB001	Injection thérapeutique intraorbitaire, rétrobulbaire ou latérobulbaire, d'agent pharmacologique.
CAEA002	Repositionnement de tout ou partie de l'auricule, sans anastomose vasculaire.
EBGA001	Ablation d'un système diffuseur implanté et du cathéter relié à une veine profonde du membre supérieur ou du cou.
EBHA001	Biopsie unilatérale ou bilatérale de l'artère temporale superficielle, par abord direct.
EBNE002	Coagulation unilatérale de l'artère sphéno palatine, par endoscopie nasale.
EGFA007	Excision d'une thrombose hémorroïdaire.
GBJD 002	Evacuation de collection du sinus maxillaire, par voie méatale inférieure.
HAJA006	Parage et/ou suture de plaie transfixiante de lèvre.
JAHB001	Biopsie du rein, par voie transcutanée sans guidage.
JAHJ002	Ponction de kyste du rein, par voie transcutanée avec guidage échographique.
JAHJ006	Biopsie du rein sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique.
JAKD 001	Changement d'une sonde de néphrostomie ou de pyélostomie.
JCKD 001	Changement d'une sonde d'urétérostomie cutanée.
JDLF001	Pose d'un cathéter intravésical, par voie transcutanée suprapubienne.
JHSB001	Ligature, section ou résection unilatérale ou bilatérale du conduit déférent, par voie transcutanée.
LHNH001	Thermocoagulation de facettes articulaires de vertèbre, par voie transcutanée avec guidage radiologique.
LHNH003	Destruction d'un disque intervertébral par injection d'agent pharmacologique [Chémonucléolyse], par voie transcutanée avec guidage radiologique.
LHPH001	Exérèse d'un disque intervertébral, par voie transcutanée avec guidage radiologique [Nucléotomie transcutanée].
MHDB001	Arthrorise temporaire d'une articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt par broche, par voie transcutanée.
NJAB001	Allongement du tendon calcanéen [d'Achille], par voie transcutanée.
NJMB001	Réparation d'une rupture du tendon calcanéen [d'Achille], par voie transcutanée.

CODE	LIBELLÉ
PDFA001	Exérèse de lésion fasciale et/ou sousfasciale des tissus mous, sans dissection d'un gros tronc vasculaire ou nerveux.
QAGA004	Ablation d'un corps étranger profond des tissus mous du visage ou des mains.
QAJA004	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de moins de 3 cm de grand axe.
QZFA001	Exérèse de 2 à 5 lésions sous-cutanées susfasciales de moins de 3 cm de grand axe.
QZFA002	Exérèse d'une lésion sous-cutanée susfasciale de moins de 3 cm de grand axe.
QZFA005	Exérèse de 6 lésions sous-cutanées susfasciales ou plus de moins de 3 cm de grand axe.
QZFA007	Exérèse de lésion sous-cutanée susfasciale de 3 cm à 10 cm de grand axe.
QZGA003	Ablation d'un corps étranger profond des tissus mous, en dehors du visage et des mains.
QZGA006	Ablation de plusieurs corps étrangers profonds de la peau et es tissus mous, en dehors du visage et des mains.
QZJA012	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main.

LISTE 3 : LISTE DES ACTES DONNANT LIEU
À RÉMUNÉRATION SUR LA BASE D'UN SE3

CODE	LIBELLÉ
GGHB002	Biopsie de la plèvre, par voie transcutanée sans guidage.
GGJB001	Drainage d'un épanchement de la cavité pleurale, par voie transcutanée sans guidage.
GGJB002	Evacuation d'un épanchement de la cavité pleurale, par voie transcutanée sans guidage.
HPJB001	Evacuation d'un épanchement intrapéritonéal, par voie transcutanée.
JGHB001	Ponction-cytoaspiration de la prostate, par voie transrectale ou transpérinéale.
JGHB002	Biopsie de la prostate, par voie transpérinéale avec guidage au doigt.
JGHD 001	Biopsie de la prostate, par voie transrectale avec guidage au doigt.
JGHJ001	Biopsie de la prostate, par voie transrectale avec guidage échographique.
JGHJ002	Biopsie de la prostate, par voie transpérinéale avec guidage échographique.
JPHJ001	Amniocentèse sur plusieurs sacs amniotiques, avec guidage échographique.
JPHJ002	Amniocentèse sur un sac amniotique unique, avec guidage échographique.