

# RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des solidarités  
et de la santé

## **Arrêté du 2021** **fixant les modalités de financement des recettes liées à l'activité des structures des** **urgences mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale**

NOR :

**Le ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'économie, des finances et de la relance,**

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-8-2 et R. 162-33-1 ;

Vu la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, notamment son article 51 ;

Vu la loi n° 2021- du décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ;

Vu l'arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence 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 et dans un but de veille et de sécurité sanitaires ;

Vu l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

Vu l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, 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 1<sup>er</sup> juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire, notamment son article 33 ;

Vu la saisine du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du ;

Vu la saisine de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du ;

Vu la saisine de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du ,

**ARRÊTENT**

## Article 1<sup>er</sup>

I.- Chaque passage non programmé au sein d'une structure de médecine d'urgence mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 du code de la santé publique, qui n'est pas suivi d'une hospitalisation en service de médecine de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement, donne lieu à facturation de forfaits dénommés « forfaits âge urgences » (FU).

Le passage d'un patient au sein de la structure des urgences autorisée donne lieu à la facturation d'un seul forfait prévu au présent article.

Ces forfaits sont facturés dès lors que le patient a bénéficié d'une prise en charge complète au sens du 1<sup>er</sup> alinéa de l'article R. 6123-19, par le médecin de la structure des urgences ou de la structure des urgences pédiatriques, au sens des articles D. 6124-1, D. 6124-26-1, D. 6124-26-3, D. 6124-26-6, D. 6124-26-8 et D. 6124-26-9 du code de la santé publique, dans les conditions suivantes :

1° Le Forfait pour une prise en charge complète au sein d'une structure des urgences pour la tranche d'âge n°1 (FU1) est facturé pour la prise en charge d'un patient de moins de 16 ans ;

2° Le Forfait pour une prise en charge complète au sein d'une structure des urgences pour la tranche d'âge n°2 (FU2) est facturé pour la prise en charge d'un patient d'au moins 16 ans et de moins de 45 ans ;

3° Le Forfait pour une prise en charge complète au sein d'une structure des urgences pour la tranche d'âge n°3 (FU3) est facturé pour la prise en charge d'un patient d'au moins 45 ans et de moins de 75 ans ;

4° Le Forfait pour une prise en charge complète au sein d'une structure des urgences pour la tranche d'âge n°4 (FU4) est facturé pour la prise en charge d'un patient de 75 ans et plus.

L'âge ainsi que la situation médico-administrative du patient sont déterminés à la date du début de sa prise en charge par le médecin au sein de la structure.

II. La facturation de ce forfait peut être cumulée avec celle du forfait arrêté en application des dispositions du quatrième alinéa du I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale et le cas échéant avec celle d'un ou plusieurs suppléments définis par le présent arrêté.

La facturation du forfait âge urgence n'est pas cumulable avec celle d'un acte inscrit sur les listes prévues à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale sauf exceptions mentionnées à l'article 3 du présent arrêté.

III.- Les tarifs des forfaits mentionnés au I du présent article des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que ceux applicables pour les établissements mentionnés aux *d* et *e* du même article, y compris pour les établissements situés dans les territoires de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane et de la Réunion sont précisés en annexe 1 du présent arrêté.

## Article 2

I.- A la facturation d'un forfait mentionné à l'article 1<sup>er</sup> peut s'ajouter la facturation d'un supplément lorsque l'état clinique du patient correspond aux cas suivants :

1° Lorsque l'état clinique du patient, pris en charge au sein de la structure des urgences autorisée, est classé au niveau CCMU 2 et donne lieu à la réalisation d'un acte figurant sur la liste fixée en annexe 2, sa prise en charge donne lieu à la facturation d'un supplément dénommé « Supplément prise en charge spécifique CCMU 2 + » (SU2) ;

2° Lorsque l'état clinique du patient, pris en charge au sein de la structure des urgences autorisée, est classé au niveau CCMU 3, 4 ou 5, sa prise en charge donne lieu à la facturation d'un supplément dénommé « Supplément prise en charge spécifique CCMU 3,4,5 » (SU3).

Le passage d'un patient au sein de la structure des urgences autorisée donne lieu à la facturation d'un seul supplément prévu au présent article.

Ce supplément ne peut pas être facturé seul sans un forfait âge.

II.- Les tarifs des suppléments mentionnés au I du présent article des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que ceux applicables pour les établissements mentionnés aux *d* et *e* du même article, y compris pour les établissements situés dans les territoires de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane et de la Réunion sont précisés en annexe 3 du présent arrêté.

## Article 3

I.- A la facturation d'un forfait mentionné à l'article 1<sup>er</sup> peut s'ajouter la facturation d'un supplément pour la réalisation d'un acte de biologie par un laboratoire de biologie médicale mentionnés à l'article L. 162-14 du code de la sécurité sociale inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du même code dans les conditions suivantes :

1° La réalisation d'un acte de biologie inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale auprès d'un patient âgé de moins de 16 ans donne lieu à la facturation d'un supplément dénommé « Supplément biologie pour prise en charge complète au sein d'une structure des urgences tranche d'âge n°1 » (SUB), équivalent au code acte 9077 de la nomenclature des actes de biologie médicale pour les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et au code acte 9080 pour les établissements mentionnés aux *a*, *b*, *c* du même article ;

2° La réalisation d'un acte de biologie inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale auprès d'un patient âgé de 16 ans et de moins de 45 ans donne lieu à la facturation d'un supplément dénommé « Supplément biologie pour prise en charge complète au sein d'une structure des urgences tranche d'âge n°2 » (SB2) équivalent au code acte 9078

de la nomenclature des actes de biologie médicale pour les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et au code acte 9081 pour les établissements mentionnés aux *a*, *b*, *c* du même article ;

3° La réalisation d'un acte de biologie inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale auprès d'un patient âgé de 45 ans et plus donne lieu à la facturation d'un supplément dénommé « Supplément biologie pour prise en charge complète au sein d'une structure des urgences tranche d'âge n°3 » (SB3) équivalent au code acte 9079 de la nomenclature des actes de biologie médicale pour les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et au code acte 9082 pour les établissements mentionnés aux *a*, *b*, *c* du même article.

L'âge ainsi que la situation médico-administrative du patient sont déterminés à la date de la réalisation du premier acte de biologie médicale réalisé pour le patient concerné.

Ce supplément ne peut pas être facturé seul sans un forfait âge.

Le passage d'un patient au sein de la structure des urgences autorisée donne lieu à la facturation d'un seul supplément prévu au présent article.

La facturation d'un supplément prévu au présent article n'est pas cumulable avec celle d'un acte inscrit sur les listes prévues à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, à l'exception, le cas échéant, des règles spécifiques de prise en charge des actes de biologie médicale dont les indications visent le covid-19, que ces actes soient inscrits à la nomenclature de biologie médicale ou que leur prise en charge résulte des dispositions de l'arrêté du 1<sup>er</sup> juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

II.- Les tarifs des suppléments mentionnés au I du présent article des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que ceux applicables pour les établissements mentionnés aux *d* et *e* du même article, y compris pour les établissements situés dans les territoires de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane et de la Réunion sont précisés en annexe 4 du présent arrêté.

#### **Article 4**

I.- A la facturation d'un forfait mentionné à l'article 1<sup>er</sup> peut s'ajouter la facturation d'un supplément pour la réalisation d'au moins un acte de radiologie inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale dans les conditions suivantes :

1° La réalisation d'au moins un acte d'imagerie conventionnelle ou d'échographie inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, donne lieu à la facturation d'un supplément dénommé « Supplément d'imagerie conventionnelle pour prise en charge complète au sein d'une structure des urgences 1 » (SIM) ;

2° La réalisation d'au moins un acte d'imagerie en coupe donnant lieu à la facturation d'un forfait technique, et le cas échéant d'actes d'imagerie conventionnelle ou d'échographie réalisés pour le même passage, inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, donne lieu à la facturation d'un supplément dénommé « Supplément d'imagerie en coupe pour prise en charge complète au sein d'une structure des urgences 2 » (SIC).

Ces suppléments sont facturables uniquement si le ou les actes sont effectués par un radiologue, dans le respect de l'obligation de la réalisation d'un compte rendu écrit et détaillé dans les mêmes conditions que celles définies dans les dispositions générales fixées dans la classification commune des actes et médicaux.

Le passage d'un patient au sein de la structure des urgences autorisée donne lieu à la facturation d'un seul supplément prévu au présent article et le cas échéant, pour le « Supplément d'imagerie en coupe pour prise en charge complète au sein d'une structure des urgences 2 », un ou plusieurs forfaits techniques.

Ce supplément ne peut pas être facturé seul sans un forfait âge.

II.- Les tarifs des suppléments mentionnés au I du présent article des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que ceux applicables pour les établissements mentionnés aux *d* et *e* du même article, sont précisés en annexe 5 du présent arrêté.

## Article 5

I.- A la facturation d'un forfait mentionné à l'article 1<sup>er</sup> peut s'ajouter la facturation d'un supplément dans les conditions suivantes :

1° Un supplément dénommé « Supplément Urgences Mode d'arrivée » (SUM) peut être facturé si le patient est arrivé par le moyen d'un véhicule de catégorie A, B ou C mentionné à l'article R. 6312-8 ou d'un aéronef effectuant un transport sanitaire dans les conditions prévues à l'article R. 6312-25 du code de la santé publique.

Ce supplément ne peut pas être facturé seul sans un forfait âge.

2° Lorsque, sur sollicitation du médecin urgentiste, un avis est délivré par un médecin spécialiste intervenant directement auprès du patient, un supplément spécifique est facturable. Ce supplément, est dénommé « avis spécialiste aux urgences » (SAS).

Lorsque l'avis sollicité relève de la pédiatrie ce supplément est uniquement facturable si le médecin spécialiste en pédiatrie n'est pas le médecin assurant la prise en charge complète du patient au sein de la structure des urgences.

Un seul supplément est facturable par spécialité.

Ce supplément ne peut pas être facturé seul sans un forfait âge.

3° La réalisation d'une prise en charge entre 22h00 et 08h00 au sein de la structure des urgences donne lieu à la facturation d'un supplément dénommé « supplément nuit forfait âge urgences » (SUN).

La date et l'heure sont déterminées au début de la prise en charge médicale du patient par le médecin urgentiste.

Ce supplément ne peut pas être facturé seul sans un forfait âge. Un seul supplément est facturable par passage.

4° La réalisation d'une prise en charge en soirée de 20h00 à 22h00, un samedi après-midi entre 14h00 et 20h00, un dimanche ou un jour férié entre 08h00 et 20h00 au sein de la structure des urgences donne lieu à la facturation d'un supplément dénommé « supplément férié forfait âge urgences » (SUF).

La date et l'heure sont déterminées au début de la prise en charge médicale du patient par le médecin urgentiste.

Ce supplément ne peut pas être facturé seul sans un forfait âge. Un seul supplément est facturable par passage.

Les suppléments prévus au 3° et 4° du présent article ne sont pas cumulables.

II.- Les tarifs des suppléments mentionnés au I du présent article des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que ceux applicables pour les établissements mentionnés aux *d* et *e* du même article, y compris pour les établissements situés dans les territoires de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane et de la Réunion sont précisés en annexe 6 du présent arrêté.

## Article 6

I.- A la facturation d'un supplément mentionné à l'article 4 et au 2° de l'article 5 peut s'ajouter la facturation d'un supplément dans les conditions suivantes :

1° La réalisation des actes et consultations mentionnés à l'article 4 ou au 2° de l'article 5 entre 20h00 et 08h00, donne lieu à la facturation d'un supplément dénommé « supplément nuit avis spécialiste et imagerie » (SSN).

La date et l'heure sont déterminées au début de la prise en charge médicale du patient par le radiologue ou le médecin spécialiste.

Ce supplément ne peut être pas facturé seul sans la facturation d'un supplément mentionné à l'article 4 ou au 2° de l'article 5 au cours d'un même passage.

Ce supplément n'est pas cumulable avec la facturation du supplément mentionné au 2° du présent article.

2° La réalisation des actes et consultations mentionnés à l'article 4 ou au 2° de l'article 5 un dimanche ou un jour férié entre 08h00 et 20h00 donne lieu à la facturation d'un supplément dénommé « supplément férié avis spécialiste et imagerie » (SSF).

La date et l'heure sont déterminées au début de la prise en charge médicale du patient par le radiologue ou le médecin spécialiste.

Ce supplément ne peut être facturé seul sans la facturation d'un supplément mentionné à l'article 4 ou au 2° de l'article 5 au cours d'un même passage.

Ce supplément n'est pas cumulable avec la facturation du supplément mentionné au 1° du présent article.

II.- Les tarifs des suppléments mentionnés au I du présent article des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que ceux applicables pour les établissements mentionnés aux *d* et *e* du même article, sont précisés en annexe 7 du présent arrêté.

## **Article 7**

Les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022.

## **Article 8**

La directrice générale de l'offre de soins et le directeur de la sécurité sociale 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 le

Le ministre de l'économie, des finances et de la relance,  
Pour le ministre et par délégation,

Le ministre des solidarités et de la santé,  
Pour le ministre et par délégation,



## ANNEXES

### **ANNEXE 1 : LISTE DES FORFAITS AGE URGENCES (FU)**

POUR LES ETABLISSEMENTS MENTIONNES AUX A, B ET C DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

<b>FORFAIT</b>	<b>TARIF</b>
FU1	27,53 €
FU2	35,21 €
FU3	41,11 €
FU4	49,27 €

*Pour les établissements situés dans les territoires de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane, et de la Réunion*

<b>FORFAIT</b>	<b>TARIF</b>
FU1	32,20 €
FU2	41,19 €
FU3	48,09 €
FU4	57,64 €

POUR LES ETABLISSEMENTS MENTIONNES AUX D ET E DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

<b>FORFAIT</b>	<b>TARIF</b>
FU1	27,25 €
FU2	34,86 €
FU3	40,70 €
FU4	48,78 €

*Pour les établissements situés dans les territoires de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane, et de la Réunion*

<b>FORFAIT</b>	<b>TARIF</b>
FU1	31,87 €
FU2	40,77 €
FU3	47,61 €
FU4	57,06 €

## ANNEXE 2 : LISTE DES ACTES CCMU 2

TYPE D'ACTE SITUATION CLINIQUE	CODE	LIBELLÉ
<b>Parage/suture des plaies profondes, des plaies de la face et des mains</b>	<b>BACA002</b>	Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, sans atteinte du bord libre
	<b>BACA005</b>	Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, avec atteinte du bord libre
	<b>BACA007</b>	Suture de plaies cutanées multiples unilatérales ou bilatérales des paupières
	<b>BACA008</b>	Suture de plaie du sourcil
	<b>BAGA001</b>	Ablation secondaire de corps étranger de la paupière
	<b>CAJA002</b>	Parage et/ou suture de plaie de l'auricule
	<b>GAJA002</b>	Parage et/ou suture de plaie du nez
	<b>HAJA003</b>	Parage et/ou suture de plaie cutanée non transfixiante de lèvre
	<b>HAJA006</b>	Parage et/ou suture de plaie transfixiante de lèvre
	<b>HAJA007</b>	Parage et/ou suture de plaies muqueuses intrabuccales multiples
	<b>HAJA009</b>	Parage et/ou suture de plaie de la langue
	<b>HAJA010</b>	Parage et/ou suture d'une plaie muqueuse intrabuccale
	<b>QCJA001</b>	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la main
	<b>QZJA021</b>	Parage et/ou suture de plusieurs plaies pulpo-unguéales
	<b>QZJA022</b>	Parage et/ou suture d'une plaie pulpo-unguéale
<b>QAJA004</b>	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	
<b>QAJA006</b>	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de 3 cm à 10 cm de grand axe	

	<b>QAJA012</b>	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de plus de 10 cm de grand axe
	<b>QZJA016</b>	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
	<b>QZJA012</b>	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
	<b>QZJA001</b>	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de plus de 10 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main
<b>Réduction orthopédique d'une fracture ou luxation-fracture</b>	<b>MEEP001</b>	Réduction orthopédique d'une luxation ou luxation-fracture acromioclaviculaire ou sternoclaviculaire
	<b>MEEP002</b>	Réduction orthopédique d'une luxation scapulo-humérale
	<b>MFEP001</b>	Réduction orthopédique d'une pronation douloureuse du coude
	<b>MFEP002</b>	Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture du coude
	<b>MCEP001</b>	Réduction orthopédique de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité distale d'un os ou des 2 os de l'avant-bras
	<b>MCEP002</b>	Réduction orthopédique de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité proximale et/ou de fracture de la diaphyse d'un os ou des 2 os de l'avant-bras
	<b>MDEP001</b>	Réduction orthopédique de fractures de plusieurs os de la main
	<b>MDEP002</b>	Réduction orthopédique d'une fracture d'un os de la main
	<b>MGEP002</b>	Réduction orthopédique de fracture du carpe et/ou d'une luxation du poignet
	<b>MHEP001</b>	Réduction orthopédique de plusieurs luxations et/ou luxations-fractures métacarpophalangiennes et/ou interphalangiennes de doigt

	<b>MHEP002</b>	Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt
	<b>MHEP004</b>	Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture carpométacarpienne
	<b>NFEP001</b>	Réduction orthopédique d'une luxation de la patelle
	<b>NFEP002</b>	Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture de l'articulation fémorotibiale
	<b>NDEP001</b>	Réduction orthopédique de fracture et/ou de luxation de l'avant-pied
	<b>NGEP001</b>	Réduction orthopédique d'une luxation tibiotaliennne ou d'une luxation-fracture du tarse
	<b>LBEP005</b>	Réduction orthopédique d'une luxation temporomandibulaire unilatérale ou bilatérale
<b>Ablation de corps étranger profond de la peau et des tissus mous</b>	<b>QAGA001</b>	Ablation de plusieurs corps étrangers profonds de la peau et des tissus mous du visage et/ou des mains
	<b>QAGA004</b>	Ablation d'un corps étranger profond des tissus mous du visage ou des mains
	<b>QZGA003</b>	Ablation d'un corps étranger profond des tissus mous, en dehors du visage et des mains
	<b>QZGA006</b>	Ablation de plusieurs corps étrangers profonds de la peau et des tissus mous, en dehors du visage et des mains
<b>Evacuation de collection profonde, Traitement d'une thrombose hémorroïdaire, Panaris</b>	<b>CAJA001</b>	Évacuation de collection de l'auricule
	<b>MJFA003</b>	Excision d'un panaris profond de la pulpe des doigts [phlegmon pulpaire]
	<b>MJPA010</b>	Incision ou excision d'un panaris superficiel
	<b>EGFA007</b>	Excision d'une thrombose hémorroïdaire
	<b>EGJA001</b>	Évacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe
	<b>QZJA011</b>	Évacuation de collection profonde de la peau et des tissus mous, par abord direct
<b>Hématurie</b>	<b>JDJD002</b>	Décaillotage de la vessie par sonde, par voie urétrale
<b>Pneumothorax</b>	<b>GGJB001</b>	Drainage d'un épanchement de la cavité pleurale, par voie transcutanée sans guidage

<b>Epistaxis</b>	<b>GABD001</b>	Tamponnement nasal antérieur et postérieur
	<b>GABD002</b>	Tamponnement nasal antérieur
<b>Epanchement pleural</b>	<b>GGHB001</b>	Ponction d'un épanchement pleural, sans guidage
	<b>GGJB002</b>	Évacuation d'un épanchement de la cavité pleurale, par voie transcutanée sans guidage
<b>Epanchement péritonéal</b>	<b>HPHB003</b>	Ponction d'un épanchement péritonéal, par voie transcutanée
	<b>HPJB001</b>	Évacuation d'un épanchement intrapéritonéal, par voie transcutanée
<b>Rétention aiguë d'urine</b>	<b>JDLF001</b>	Pose d'un cathéter intravésical, par voie transcutanée suprapubienne
<b>Epanchement articulaire</b>	<b>NZHB002</b>	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage
	<b>NZJB001</b>	Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage
	<b>MZHB002</b>	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage
	<b>MZJB001</b>	Évacuation de collection articulaire du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage
<b>Lésion traumatique des ongles</b>	<b>QZMP001</b>	Couverture du lit de l'ongle par reposition de la tablette ou pose de prothèse provisoire
	<b>QZFA020</b>	Exérèse partielle ou totale de la tablette d'un ongle
	<b>QZFA029</b>	Exérèse totale de l'appareil unguéal
	<b>QZFA039</b>	Exérèse partielle de l'appareil unguéal
<b>Aérosol</b>	<b>GELD005</b>	Nébulisation d'agent thérapeutique à destination bronchique [aérosol] avec surveillance de la saturation en oxygène par mesure transcutanée [SpO2] et surveillance de la fréquence cardiaque, pendant au moins 2 heures

### ANNEXE 3 : LISTE DES SUPPLEMENTS ASSOCIES (SU)

POUR LES ETABLISSEMENTS MENTIONNES AUX A, B ET C DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

SUPPLEMENT	TARIF
SU2	14,53 €
SU3	19,38 €

*Pour les établissements situés dans les territoires de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane, et de la Réunion*

SUPPLEMENT	TARIF
SU2	16,88 €
SU3	22,51 €

POUR LES ETABLISSEMENTS MENTIONNES AUX D ET E DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

SUPPLEMENT	TARIF
SU2	14,39 €
SU3	19,18 €

*Pour les établissements situés dans les territoires de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane, et de la Réunion*

SUPPLEMENT	TARIF
SU2	16,71 €
SU3	22,28 €

**ANNEXE 4 : LISTE DES SUPPLEMENTS BIOLOGIE (SUB ET SB)**

POUR LES ETABLISSEMENTS MENTIONNES AUX A, B ET C DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

*Pour les établissements situés en métropole*

<b>SUPPLEMENT</b>	<b>CODE FACTURATION ASSURANCE MALADIE</b>	<b>TARIF</b>
SUB	9080	43,20 €
SB2	9081	52,11 €
SB3	9082	54,27 €

*Pour les établissements situés dans les territoires de la Martinique et de la Guadeloupe*

<b>SUPPLEMENT</b>	<b>CODE FACTURATION ASSURANCE MALADIE</b>	<b>TARIF</b>
SUB	9080	49,60 €
SB2	9081	59,83 €
SB3	9082	62,31 €

*Pour les établissements situés dans les territoires de la Réunion et de la Guyane*

<b>SUPPLEMENT</b>	<b>CODE FACTURATION ASSURANCE MALADIE</b>	<b>TARIF</b>
SUB	9080	52,80 €
SB2	9081	63,69 €
SB3	9082	66,33 €

POUR LES ETABLISSEMENTS MENTIONNES AUX D ET E DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

*Pour les établissements situés en métropole*

<b>SUPPLEMENT</b>	<b>CODE FACTURATION ASSURANCE MALADIE</b>	<b>TARIF</b>
-------------------	---	--------------



SUB	9077	46,17 €
SB2	9078	63,18 €
SB3	9079	68,04 €

*Pour les établissements situés dans les territoires de la Martinique et de la Guadeloupe*

<b>SUPPLEMENT</b>	<b>CODE FACTURATION ASSURANCE MALADIE</b>	<b>TARIF</b>
SUB	9077	53,01 €
SB2	9078	72,54 €
SB3	9079	78,12 €

*Pour les établissements situés dans les territoires de la Réunion et de la Guyane*

<b>SUPPLEMENT</b>	<b>CODE FACTURATION ASSURANCE MALADIE</b>	<b>TARIF</b>
SUB	9077	56,43 €
SB2	9078	77,22 €
SB3	9079	83,16 €

**ANNEXE 5 : LISTE DES SUPPLEMENTS RADIOLOGIE (SIM ET SIC)**

POUR LES ETABLISSEMENTS MENTIONNES AUX *A*, *B* ET *C* DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

<b>SUPPLEMENT</b>	<b>TARIF</b>
SIM	33,99 €
SIC	53,48 €

POUR LES ETABLISSEMENTS MENTIONNES AUX *D* ET *E* DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

<b>SUPPLEMENT</b>	<b>TARIF</b>
SIM	37,74 €
SIC	56,00 €

## ANNEXE 6 : LISTE DES SUPPLEMENTS

POUR LES ETABLISSEMENTS MENTIONNES AUX A, B ET C DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

### SUPPLEMENT URGENCES MODE D'ARRIVEE

SUPPLEMENT	TARIF
SUM	12,66 €

*Pour les établissements situés dans les territoires de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane, de la Réunion*

SUPPLEMENT	TARIF
SUM	14,70 €

### SUPPLEMENT AVIS SPECIALISTE AUX URGENCES

SUPPLEMENT	TARIF
SAS	24,56 €

*Pour les établissements situés dans les territoires de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane, et de la Réunion*

SUPPLEMENT	TARIF
SAS	27,12 €

### SUPPLEMENT NUIT FORFAIT AGE URGENCES

SUPPLEMENT	TARIF
SUN	39,30 €

*Pour les établissements situés dans les territoires de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane, et de la Réunion*

SUPPLEMENT	TARIF
------------	-------

SUN	47,90 €
-----	---------

**SUPPLEMENT FERIE FORFAIT AGE URGENCES**

<b>SUPPLEMENT</b>	<b>TARIF</b>
SUF	10,42 €

*Pour les établissements situés dans les territoires de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane, et de la Réunion*

<b>SUPPLEMENT</b>	<b>TARIF</b>
SUF	12,70 €

**POUR LES ETABLISSEMENTS MENTIONNES AUX D ET E DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE**

**SUPPLEMENT URGENCES MODE D'ARRIVEE**

<b>SUPPLEMENT</b>	<b>TARIF</b>
SUM	12,53 €

*Pour les établissements situés dans les territoires de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane, et de la Réunion*

<b>SUPPLEMENT</b>	<b>TARIF</b>
SUM	14,56 €

**SUPPLEMENT AVIS SPECIALISTE AUX URGENCES**

<b>SUPPLEMENT</b>	<b>TARIF</b>
SAS	25,00 €

*Pour les établissements situés dans les territoires de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane, et de la Réunion*

<b>SUPPLEMENT</b>	<b>TARIF</b>
SAS	27,60 €

**SUPPLEMENT NUIT FORFAIT AGE URGENCES**

<b>SUPPLEMENT</b>	<b>TARIF</b>
SUN	38,91 €

*Pour les établissements situés dans les territoires de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane, et de la Réunion*

<b>SUPPLEMENT</b>	<b>TARIF</b>
SUN	47,41 €

**SUPPLEMENT FERIE FORFAIT AGE URGENCES**

<b>SUPPLEMENT</b>	<b>TARIF</b>
SUF	10,31 €

*Pour les établissements situés dans les territoires de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane, et de la Réunion*

<b>SUPPLEMENT</b>	<b>TARIF</b>
SUF	12,57 €

## **ANNEXE 7 : LISTE DES SUPPLEMENTS**

POUR LES ETABLISSEMENTS MENTIONNES AUX A, B ET C DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

<b>SUPPLEMENT</b>	<b>TARIF</b>
SSN	24,71 €
SSF	18,73 €

POUR LES ETABLISSEMENTS MENTIONNES AUX D ET E DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

<b>SUPPLEMENT</b>	<b>TARIF</b>
SSN	25,15 €
SSF	19,06 €