

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ, DES SOLIDARITÉS ET DES FAMILLES

Décision du 22 avril 2025 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

NOR : TSSU2514781S

Le collège des directeurs,

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

Vu la délibération de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie en date du 25 février 2025 ;

Vu l'avis de la commission de hiérarchisation des actes et prestations de biologie médicale en date du 28 mars 2024 ;

Vu l'avis HAS n° 2023.0034/AC/SEAP du 27 septembre 2023,

Décide :

Art. 1^{er}. – A la deuxième partie de la nomenclature des actes de biologie médicale telle qu'elle a été définie par la décision de l'UNCAM du 4 mai 2006 modifiée, l'acte 9011 est créé dans le paragraphe Article 4 *quinquies* à la suite du forfait de prise en charge pré-analytique du patient - dépistage organisé HPV (9010) :

«

9011	<p>Forfait de prise en charge pré-analytique du patient en cas de dépistage COVID</p> <p>Ce forfait comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le recueil des données administratives du patient ; - le recueil des renseignements nécessaires à la bonne exécution des analyses ; - la vérification de la conformité des échantillons biologiques. <p>Il ne peut être facturé qu'un forfait pré-analytique par patient et par jour, quel que soit le nombre de prescripteurs, de prescriptions, d'échantillons biologiques et de laboratoires exécutants.</p> <p>Le forfait 9011 est cumulable avec les forfaits 9105, 9106.</p> <p>Il n'est pas cumulable avec les autres forfaits pré analytiques.</p>	B17
------	--	-----

».

Au chapitre 7 IMMUNOLOGIE – sous chapitre 06 Sérologie virale de la nomenclature des actes de biologie médicale prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, telle qu'elle a été définie par la décision de l'UNCAM du 4 mai 2006 modifiée, les actes 4719 et 4721 sont modifiés comme détaillé ci-dessous :

«

4719	<p>Les tests sérologiques peuvent être réalisés à partir de J+7 pour les patients symptomatiques graves hospitalisés après l'apparition des premiers symptômes et J+14 pour les patients symptomatiques sans signe de gravité après l'apparition des premiers symptômes.</p> <p>Chaque prélèvement doit obligatoirement être accompagné d'une fiche de renseignement clinique comportant notamment la date de début des signes cliniques et la réalisation antérieure d'un test RT-PCR dans le cas de la réalisation de l'acte 4719.</p> <p>Seuls les tests marqués CE, dont les personnes physiques ou morales se livrant à leur fabrication, à leur mise sur le marché, à leur distribution ou à leur importation se sont déclarées auprès de l'ANSM et conformes au cahier des charges établi par la Haute Autorité de santé peuvent faire l'objet d'une prise en charge. La liste des tests répondant à ces critères est publiée sur le site du ministère des solidarités et de la santé.</p> <p>Ces actes peuvent être présentés au remboursement lorsque le traitement des données administratives du test COVID 19 a été réalisé et présenté au remboursement (acte 9006). Ce traitement administratif comprend la vérification de l'inscription du patient contact COVID 19 dans le téléservice « Contact covid », l'enregistrement de la date de la réalisation du prélèvement et le fait que le test ait été réalisé dans ce téléservice et l'enregistrement de l'ensemble des informations demandées dans SI-DEP. La réalisation de cette vérification et de ces enregistrements et la facturation de l'acte 9006 conditionnent donc le remboursement du test.</p> <p>Cette recherche fera l'objet d'un remboursement pour l'identification des personnes étant ou ayant été contact avec le virus (en complément notamment de la RT-PCR qui reste le test de première intention pour le diagnostic de la phase aiguë du COVID-19) dans le cas d'une :</p> <p>Recherche d'IgG et d'IgM ou d'Ig totaux par tests automatisables de type ELISA</p> <p>Cette recherche peut être réalisée dans les indications suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnostic initial de patients symptomatiques graves hospitalisés, si tableau clinique ou scano-graphique évocateur et RT-PCR négative. - diagnostic de rattrapage de patients symptomatiques graves hospitalisés mais n'ayant pas été en mesure de réaliser un test RT-PCR dans l'intervalle des sept jours suivant l'apparition des symptômes. - diagnostic initial de patients symptomatiques sans signe de gravité suivis en ville si tableau clinique évocateur et test RT-PCR négatif.
------	--

	<p>– diagnostic de rattrapage chez des patients symptomatiques avec suspicion clinique sans signe de gravité mais n'ayant pas été en mesure de réaliser un test RT-PCR dans l'intervalle des sept jours suivant l'apparition des symptômes.</p>
4721	<p>Tests sérologiques par immunochromatographie de diagnostic pour la recherche des anticorps dirigés contre le SARS-CoV-2 Les tests sérologiques peuvent être réalisés à partir de J+7 pour les patients symptomatiques graves hospitalisés après l'apparition des premiers symptômes et J+14 pour les patients symptomatiques sans signe de gravité après l'apparition des premiers symptômes. Chaque prélèvement doit obligatoirement être accompagné d'une fiche de renseignement clinique comportant notamment la date de début des signes cliniques et la réalisation antérieure d'un examen de biologie médicale RT-PCR. Seuls les tests marqués CE et conformes au cahier des charges établi par la Haute autorité de santé et déclarés auprès de l'ANSM peuvent faire l'objet d'une prise en charge. La liste des tests répondant à ces critères est publiée sur le site du ministère des solidarités et de la santé. Ces actes peuvent être présentés au remboursement lorsque le traitement des données administratives du test COVID 19 a été réalisé et présenté au remboursement (acte 9006). Ce traitement administratif comprend la vérification de l'inscription du patient contact COVID 19 dans le téléservice « Contact covid », l'enregistrement de la date de la réalisation du prélèvement et le fait que le test ait été réalisé dans ce téléservice et l'enregistrement de l'ensemble des informations demandées dans SI-DEP. La réalisation de cette vérification et de ces enregistrements et la facturation de l'acte 9006 conditionnent donc le remboursement du test. Cette recherche fera l'objet d'un remboursement pour l'identification des personnes étant ou ayant été contact avec le virus (en complément de la RT-PCR qui reste le test de première intention pour le diagnostic de la phase aiguë du COVID-19) dans le cas d'une :</p> <p>Recherche d'IgG et d'IgM ou d'Ig totaux par tests sérologiques par immunochromatographie Cette recherche peut être réalisée dans l'indication suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> – diagnostic initial de patients symptomatiques graves hospitalisés, si tableau clinique ou scano-graphique évocateur et RT-PCR négative. – diagnostic de rattrapage de patients symptomatiques graves hospitalisés mais n'ayant pas été en mesure de réaliser un test RT-PCR dans l'intervalle des sept jours suivant l'apparition des symptômes. – diagnostic initial de patients symptomatiques sans signe de gravité suivis en ville si tableau clinique évocateur et test RT-PCR négatif. – diagnostic de rattrapage chez des patients symptomatiques avec suspicion clinique sans signe de gravité mais n'ayant pas été en mesure de réaliser un test RT-PCR dans l'intervalle des sept jours suivant l'apparition des symptômes

».

Au sous-chapitre 13-01 SANG de la nomenclature des actes de biologie médicale prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, telle qu'elle a été définie par la décision de l'UNCAM du 4 mai 2006 modifiée, le libellé de l'acte 0592 est modifié comme détaillé ci-dessous :

«

0592	<p>Créatinine (créatininémie) : Il est rappelé que le dosage de créatininémie est réalisé par méthodes enzymatiques. Le compte-rendu doit préciser la méthode utilisée. Le compte rendu de l'acte 0592 devra systématiquement comporter l'estimation du débit de filtration glomérulaire (DFGe) par l'équation CKD-EPI, exprimé en mL/min/1,73m² y compris dans le cadre de l'adaptation posologique des médicaments. Les formules de Cockcroft et Gault, ainsi que le MDRD ne doivent plus être utilisées. Dans le cadre du dépistage de la MRC pour les pathologies référencées dans le guide du parcours de soins maladie rénale chronique de l'adulte (HAS) ou chez les patients ayant un DFGe < 60 ml/min/1,73m², le biologiste médical peut réaliser et coter une fois par an à son initiative une albuminurie (acte 1133), une créatininurie (acte 0627) et calculer un Score de Risque Rénal (KFRE Kidney Failure Risk Equation) calculé à partir de l'âge, du sexe, de la créatininémie et de l'albuminurie. Le résultat précise les 3 possibilités :</p> <ul style="list-style-type: none"> – score à 5 ans < 3 % : parcours de soins non spécialisés (risque faible) – score à 5 ans > 3 % : parcours de soins spécialisés (risque élevé) – score à 2 ans > 10 % : parcours de soins multidisciplinaire (risque très élevé). <p>On recommande le score de risque rénal (KFRE) ou à défaut la matrice KDIGO (tableau). Dans le cadre du suivi, le compte rendu doit également comporter une représentation graphique permettant d'objectiver l'évolution du DFG d'une année sur l'autre.</p>
------	---

».

Au sous-chapitre 13-03 URINES de la nomenclature des actes de biologie médicale prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, telle qu'elle a été définie par la décision de l'UNCAM du 4 mai 2006 modifiée, les libellés des actes 0627, 2004 et 1133 sont modifiés comme détaillé ci-dessous :

«

0627	Créatinine (créatininurie)
2004	<p>Protéines totales (protéinurie) : Selon la prescription médicale, albuminurie (1133) et protéinurie (2004) peuvent être cumulables. Le dosage de la protéinurie doit être associé au dosage de la créatininurie (0627). Le compte-rendu devra explicitement comporter le résultat du rapport urinaire protéine sur créatinine (RPC). Le résultat doit être exprimé en mg/g et/ou mg/mmol.</p>
1133	<p>Albumine (albuminurie) : La mesure peut s'effectuer à partir d'un échantillon d'urine. Pour tout dosage de l'albuminurie, le biologiste médical doit réaliser le dosage de la créatininurie (acte 0627). La prise en charge de cet examen par l'assurance maladie participe au dépistage annuel de la maladie rénale chronique (MRC) pour les pathologies référencées dans le guide du parcours de soins maladie rénale chronique de l'adulte (HAS) et au suivi thérapeutique de la MRC. Le compte rendu doit explicitement comporter le résultat du rapport urinaire albumine / créatinine (RAC) et précise les trois possibilités :</p> <ul style="list-style-type: none"> – A1 : résultat normal (< 30 mg/g ou < 3 mg/mmol) ; – A2 : albuminurie modérément augmentée (entre 30 et 300 mg/g ou entre 3 et 30 mg/mmol) ; – A3 : albuminurie augmentée (> 300 mg/g ou > 30 mg/mmol).

».

Art. 2. – La présente décision entrera en vigueur sept jours après sa publication.

Art. 3. – La présente décision sera publiée au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 22 avril 2025.

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

T. FATOME

*La directrice générale de la Caisse centrale
de la mutualité sociale agricole,*

A.-L. TORRESIN