# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES FAMILLES, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

### Décision du 8 septembre 2026 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 : *SFHU2627886S*

Le collège des directeurs,

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

Vu la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 11 mars 2005 ;

Vu l'avis de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie en date du 3 septembre 2026 ;

Vu l'avis de la commission de hiérarchisation des actes et prestations des infirmiers en date du 25 juin 2026,

Décide de modifier le livre III de la décision modifiée du 11 mars 2005 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie :

#### Article 1er

Les dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) sont modifiées comme suit :

I. – L'article 23.3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. 23.3.* – Forfaits journaliers de prise en charge d'un patient dépendant, à domicile et majoration MSG portant sur les patients fragiles et très dépendants.

« Le type de forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant est déterminé par l'outil bilan de soins infirmiers (BSI) à partir des interventions réalisées en propre par l'infirmier et cochées dans cet outil :

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

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

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

« La règle de classement des forfaits est définie en annexe 1 de la NGAP.

« Une majoration MSG est facturable en sus du forfait BSC lorsque le score SEGA total, déterminé par l'outil BSI, correspondant à la somme A+B est supérieur ou égal à 35. Cette majoration MSG se facture une seule fois par jour. »

II. – Après l'article 23.5, il est inséré un nouvel article 23.6 ainsi rédigé :

« *Art. 23.6.* – **Majoration pour l'intervention des infirmiers volontaires à la demande de la régulation MIR "Majoration demande Issue de la Régulation"**

« Lorsqu'un infirmier intervient à domicile suite à la sollicitation par la régulation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ou de la filière ambulatoire du service d'accès aux soins (SAS) dans les conditions fixées par la convention infirmière et les textes en vigueur, la majoration MIR est facturable dans les situations suivantes :

« 1. – En sus d'un acte infirmier prévu dans la nomenclature générale des actes et prestations (NGAP)

« Dans ce cadre, par dérogation au principe de non facturation d'AMI le même jour qu'un forfait journalier de prise en charge d'un patient dépendant à domicile, la lettre clé AMI pourra être facturée.

« 2. – En sus de la cotation AMI 1,35 pour la réalisation de la levée de doute

« Cette cotation AMI 1,35 associée à la MIR n'est cumulable qu'avec les frais de déplacement prévus à l'article 13 de la NGAP et, le cas échéant, avec les majorations d'urgence de nuit, de dimanche et jours fériés, prévues à l'article 14 de la NGAP, ou la majoration jeune enfant (MIE). Elle n'est pas cumulable avec la majoration acte unique (MAU). Aucun autre acte n'est associable.

« Dans les deux cas, l'infirmier réalise obligatoirement un retour d'information à la régulation médicale à l'issue de toute intervention effectuée dans ce cadre afin de permettre le suivi et la traçabilité de l'activité, dans le respect des règles déontologiques et de protection des données personnelles.

« Le nombre de majoration MIR est limité à 20 par semaine calendaire (du lundi au dimanche) et par infirmier.

« Cette majoration est ponctuelle et s'applique uniquement à l'intervention demandée par la régulation.

« Si l'infirmier prend en charge le patient à la suite de cette intervention, la majoration n'est plus applicable pour ces actes supplémentaires. »

III. – Après l'article 23.6, il est inséré un nouvel article 23.7 ainsi rédigé :

*« Art. 23.7.* – **Majoration d'intervention en établissement scolaire et périscolaire pour prise en charge d'un diabète de type I (MSD)**

« Lorsque l'infirmier réalise les soins "Acte de lecture et d'analyse de la valeur glycémique affichée sur un dispositif de mesure du glucose" ou "Acte d'administration d'un bolus d'insuline par l'intermédiaire d'une pompe à insuline" du chapitre 5 *bis* Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité pour des enfants diabétiques bénéficiant d'une ALD, scolarisés, de moins de 16 ans, il peut facturer la majoration MSD. Cette majoration est facturable une seule fois par déplacement. »

## Article 2

L'article III-4-IX de la décision du 11 mars 2005 susvisée est modifié comme suit :

I. – L'article 2 « Pansements courants » du chapitre I de la partie I du titre XVI est modifié comme suit :

*a)* La ligne du tableau intitulée « Pansement de plaie(s) non chirurgicale(s) (ulcère, escarre, plaie chronique ou aiguë non chirurgicale) » est complétée par deux phrases ainsi rédigées :

« Acte facturable avec ou sans prescription médicale par dérogation à l'article 5 des dispositions générales.

« Il n'est pas facturable si la pose de pansement est la conséquence d'un acte réalisé par l'infirmier. »

*b)* Le tableau est complété par une nouvelle ligne ainsi rédigée :

«

| Désignation de l'acte | Coefficient | Lettre clé |
|---|---|---|
| **Bilan infirmier annuel dans le cadre de la prise en charge de plaie à risque de complication ou de récidive**<br>Le bilan peut être réalisé à l'occasion de la réalisation d'un acte de « pansement de plaie(s) non chirurgicale(s) » ou de « pansement de plaie(s) chirurgicale(s) simple(s) » à risque de complication ou de récidive nécessitant la réalisation de pansements courants, qu'il soit effectué en accès direct ou sur prescription médicale.<br>Ce bilan ne nécessite pas de prescription médicale.<br>Ce bilan a pour finalité d'apprécier la situation clinique globale du patient et d'identifier les éléments susceptibles d'influencer l'évolution de la plaie. Il permet notamment de repérer les facteurs de risque généraux d'évolution défavorable, tels que les comorbidités, l'état nutritionnel, les antécédents ou encore le contexte de prise en charge, afin d'adapter la stratégie de soins.<br>Ce bilan est facturable une fois par patient sur une période de douze mois consécutifs. Il ne peut être facturé ni en cumul avec un forfait de soins infirmiers journalier, ni lorsqu'un bilan de plaie complexe a déjà été réalisé au cours de la même période.<br>Ce bilan inclut la réalisation du pansement, qui ne peut être facturé en sus.<br>Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, la prescription médicale des pansements de plaies comprend aussi la réalisation du bilan dans les conditions citées ci-dessus.<br>Le compte rendu de ce bilan est enregistré dans le dossier de soins infirmiers et versé au Dossier Médical Partagé (DMP) du patient. | **3,48** | **AMI** |

».

II. – L'article 3 « Pansements lourds et complexes » du chapitre I de la partie I du titre XVI est modifiée comme suit :

La ligne du tableau intitulée « Bilan à la première prise en charge d'une plaie nécessitant un pansement lourd et complexe », est complétée par deux phrases ainsi rédigées :

« Ce bilan peut être réalisé même si un bilan infirmier annuel dans le cadre de la prise en charge de plaie à risque de complication ou de récidive mentionné à l'article 3 du même chapitre a déjà été réalisé.

« Le compte rendu de ce bilan est enregistré dans le dossier de soins infirmiers et versé au Dossier Médical Partagé (DMP) du patient. »

III. – Le tableau de l'article 5 *bis* « Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité » du chapitre II de la partie I du titre XVI est modifié comme suit :

*a)* Après la ligne intitulée « Analgésie topique préalable à un pansement » sont insérées quatre nouvelles lignes ainsi rédigées :

«

| Désignation de l'acte | Coefficient | Lettre clé |
|---|---|---|
| Actes pour la prise en charge du diabète des enfants scolarisés : | | |
| Acte de lecture et d'analyse de la valeur glycémique affichée sur un dispositif de mesure du glucose, qu'il s'agisse d'une glycémie capillaire préalablement réalisée ou d'une donnée issue d'un dispositif de mesure continue du glucose.<br>Facturable uniquement pour un enfant diabétique scolarisé de moins de 16 ans, pour des interventions réalisées sur le temps scolaire ou périscolaire, au sein de l'établissement scolaire ou de centres d'activités périscolaires, le lieu de prise en charge étant alors assimilé à un domicile de manière dérogatoire dans ce cadre. | **1** | **AMI** |
| Acte d'administration d'un bolus d'insuline par l'intermédiaire d'une pompe à insuline.<br>Facturable uniquement pour un enfant diabétique scolarisé de moins de 16 ans, pour des interventions réalisées sur le temps scolaire ou périscolaire, au sein de l'établissement scolaire ou de centres d'activités périscolaires, le lieu de prise en charge étant alors assimilé à un domicile de manière dérogatoire dans ce cadre. | **1** | **AMI** |
| Les frais de déplacement, les majorations MIE et MSD sont facturables une fois par déplacement au sein de l'établissement scolaire ou de centres d'activités périscolaires. | | |

» ;

*b)* A la ligne du tableau intitulée « Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention, d'une durée d'une demi-heure, pour un patient insulino-traité de plus de 75 ans », les mots : « article 11 ou » sont supprimés.

*c)* La dernière ligne du tableau, intitulée « Les actes peuvent se cumuler entre eux en dérogation de l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels » est supprimée.

*d)* Après le tableau est inséré un paragraphe ainsi rédigé :

« Les actes de l'article 5bis peuvent se cumuler entre eux en dérogation de l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels ».

IV. – Le tableau de l'article 10 « Surveillance et observation d'un patient à domicile » du chapitre I de la partie I du titre XVI, est complété par trois nouvelles lignes ainsi rédigées :

«

| Désignation de l'acte | Coefficient | Lettre clé | AP |
|---|---|---|---|
| **Surveillance clinique et thérapeutique hebdomadaire**<br>Cet acte comprend :<br>- une surveillance clinique adaptée à l'état du patient conformément à la prescription médicale (en l'absence de précisions particulières, sont recherchées et renseignées la pression artérielle, la fréquence cardiaque, la saturation artérielle en oxygène) ;<br>- une surveillance thérapeutique portant sur la tolérance médicamenteuse, la gestion des traitements (incluant le cas échéant la préparation du pilulier hebdomadaire, l'identification de situations de stocks de produits de santé inadaptées, ainsi que l'information du patient relative au bon usage et à la gestion des médicaments non utilisés).<br>Chaque séance donne lieu à l'établissement d'une fiche de surveillance, renseignée à chaque passage, destinée à favoriser la coordination avec les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient.<br>L'administration de médicaments prévue dans le présent article est incluse dans cet acte.<br>Cet acte est facturable au maximum une fois par semaine par patient. | **3,77** | **AMI** | |
| **Surveillance clinique et thérapeutique réalisée dans le cadre d'une pathologie aiguë ou d'une décompensation aiguë d'une pathologie chronique**<br>Cet acte comprend une surveillance clinique et thérapeutique adaptée à l'état du patient conformément à la prescription médicale (en l'absence de précisions particulières, sont recherchées et renseignées la tolérance médicamenteuse et l'observance thérapeutique, la pression artérielle, la fréquence cardiaque et la saturation artérielle en oxygène).<br>Chaque séance de surveillance fait l'objet d'une fiche de surveillance, renseignée à chaque passage, afin de garantir la coordination avec les autres professionnels de santé.<br>Cet acte est limité à quinze passages maximum sur une période de trois mois par patient. Cet acte ne peut être facturé pour la seule surveillance médicamenteuse du patient. L'administration de médicaments prévue au même article est incluse dans cet acte. | **1,49** | **AMI** | |
| **Administration et surveillance des médicaments pour des patients présentant des troubles psychiatriques délirants ou des démences de type Alzheimer et apparentées avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage.**<br>Les voies d'administration suivantes sont concernées : orale, ophtalmique, auriculaire, nasale, cutanée, vaginale et rectale.<br>Cet acte est facturable une seule fois par passage, quel que soit le nombre de médicaments administrés ou le nombre de voies d'administration utilisées.<br>Ne peuvent donner lieu à facturation les actes d'administration de médicaments que lorsqu'au moins un des médicaments administrés est remboursable par l'Assurance Maladie. | **1,48** | **AMI** | **AP** |

| Désignation de l'acte | Coefficient | Lettre clé | AP |
|---|---|---|---|
| L'acte concerne uniquement les patients relevant de l'ALD n° 15 (maladie d'Alzheimer et autres démences) ainsi qu'à certains patients relevant de l'ALD n° 23, identifiés par les codes CIM-10 suivants : F20 (schizophrénies), F22 (troubles délirants persistants), F25 (troubles schizo-affectifs) et F31 (trouble affectif bipolaire) et être pris en charge pour un soin en rapport avec l'ALD.<br>La prescription médicale ne pouvant pas préciser la nature de l'ALD du patient, les infirmiers devront donc s'assurer que le patient est éligible à cet acte en vérifiant les informations (ALD et CIM-10) accessible à travers le téléservice dédié. | | | |

».

V. – Le tableau de l'article 12 « Soins infirmiers à domicile pour un patient en situation de dépendance temporaire ou permanente » du chapitre I de la partie I du titre XVI est modifié comme suit :

*a)* A la première ligne du tableau au I), les mots : « d'une séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, ou de la mise en oeuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue d'insérer ou de maintenir le patient dans son cadre de vie » sont supprimés ;

*b)* A la septième ligne du tableau :

– après la phrase : « Ainsi, la MAU ne peut être facturée dans le cadre des soins liés à la prise en charge du patient dépendant » figurant au II) sont insérées trois phrases ainsi rédigées :

« La majoration MSG définit à l'article 23.3 est facturable le cas échéant en sus du forfait BSC.

« Seuls les actes en AMX sont facturables les jours de facturation d'un forfait journalier de prise en charge d'un patient dépendant.

« Pour l'application des règles de cumul, le forfait journalier de prise en charge d'un patient dépendant est toujours considéré comme le premier acte facturé, quel que soit le passage au cours duquel est réalisé l'acte associé. »

– après le tiret : « ou un prélèvement par ponction veineuse directe de l'article 1er du chapitre I du présent titre » est inséré un dernier tiret ainsi rédigé :

« – ou les actes mentionnés à l'article 5 *bis* du chapitre II du présent titre à l'exception de la séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention pour un patient insulino-traité de plus de 75 ans. Ces actes demeurent considérés comme un seul et unique acte quel que soit le nombre d'actes identiques ou différents facturés au cours d'une même séance. »

VI. – Sous réserve d'un avis de la Haute Autorité de santé, la partie I du titre XVI est complétée par un nouveau chapitre III ainsi rédigé :

## *« Chapitre III*

### *« Les consultations infirmières*

« Conformément aux dispositions du décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025, l'infirmier peut réaliser une consultation infirmière. La consultation infirmière comprend l'analyse de la situation de la personne et de son environnement et la mise en oeuvre, à partir d'un raisonnement clinique, d'une démarche préventive ou thérapeutique relevant de ses domaines de compétences.

« Les consultations sont réalisées lors d'une séance dédiée. Si d'autres actes sont réalisés lors de la même séance, ceux-ci ne peuvent pas être facturés.

« La réalisation d'actes reste possible, le cas échéant, à un autre moment de la journée.

« Ces consultations, par dérogation à l'article 5 des dispositions générales, ne nécessitent pas une prescription médicale.

« Ces consultations font l'objet d'un compte rendu versé au Dossier Médical Partagé du patient.

*« Article 1er. – Consultation pour les patients nouvellement insulino-traités.*

« La ou les consultations infirmières destinées aux patients atteints de diabète de type 2 lors de l'instauration d'un traitement initial par insuline sont réalisables dans les six premiers mois suivant le début du traitement.

« L'infirmier dans ce cadre accompagne le patient dans une approche transversale vers une meilleure autonomie et une compréhension renforcée de sa maladie selon les recommandations HAS en vigueur.

« En prenant en compte le contexte global du patient, l'infirmier réalise une intervention centrée sur :

– l'éducation thérapeutique ;
– la gestion de l'insulinothérapie et du carnet glycémique ;
– la bonne appropriation du protocole prescrit ;
– la prévention des complications et les mesures hygiéno-diététiques.

« Le nombre de consultations est limité à quatre par patient.

« Cette consultation est facturable via la lettre clé CIA pour les patients atteints de diabète de type 2 bénéficiaire d'une exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD.

« Ces consultations, par dérogation à l'article 5 des dispositions générales, ne nécessitent pas de prescription médicale.

« La consultation CIA est non associable à d'autres actes et non facturable pour les patients pris en charge dans le cadre d'un forfait de soins infirmiers.

« Seuls les frais de déplacements sont associables à cette consultation. »

VII. – Le premier alinéa du préambule de la partie II du titre XVI est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« L'IPA prend en charge le patient pour effectuer soit un suivi régulier du patient de pathologie(s), soit une prise en charge ponctuelle d'une pathologie chez un patient ne faisant pas l'objet d'un suivi régulier, sur l'orientation du médecin ou en accès direct selon les situations définies par le code de santé publique ».

VIII. – Le chapitre I « Suivi régulier par l'infirmier en pratique avancée » de la partie II du Titre XVI est modifié comme suit :

*a)* Au préambule :

Le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Ces forfaits concernent les patients nécessitant un suivi régulier. » ;

– au deuxième alinéa, les mots : « Il comprend » sont remplacés par les mots : « Ils comprennent » et les mots : « premier trimestre » sont remplacés par le mot : « semestre » ;

– au troisième alinéa, les mots : « Il comporte » sont remplacés par les mots : « Ils comportent » ;

*b)* Le tableau est remplacé par un tableau ainsi rédigé :

| Désignation de l'acte | Coefficient | Lettre clé |
|---|---|---|
| ***a)*** **Forfait d'initiation du suivi**<br>Le premier contact avec le patient doit être réalisé en sa présence.<br>Les autres contacts réalisés par l'IPA au cours de ce premier trimestre peuvent être réalisés à distance. | **7** | **PAI** |
| ***b)*** **Forfait de suivi**<br>Ce forfait est facturable deux fois par semestre, soit trois fois la première année en cas d'adressage par le médecin, puis quatre fois par an par l'IPA les années suivantes, ou quatre fois par an dès la première année de prise en charge en cas d'accès direct uniquement, dès lors qu'au moins une consultation (en présentiel ou à distance) avec le patient a eu lieu au cours du semestre au titre duquel le forfait de suivi est facturé. | **5** | **PAI** |
| ***c)*** **Forfait de suivi rapproché**<br>Facturation de la 4e et la 5e consultation si le suivi nécessite plus de trois consultations au cours du semestre. | **2,1** | **PAI** |
| Au cours de la première année de soins, jusqu'à huit forfaits (un d'initiation, trois de suivi et jusqu'à 4 de suivi rapproché) sont facturables au maximum par patient en cas d'adressage par le médecin.<br>Au cours de la première année de soins, neuf forfaits (un bilan, quatre de suivi et jusqu'à 4 de suivi rapproché) sont facturables au maximum par patient en cas d'accès direct.<br>Les années suivantes : quatre forfaits de suivi sont facturables par année civile (deux forfaits de suivi par semestre) et jusqu'à quatre forfaits de suivi rapproché (deux par semestre) par patient dès lors qu'au moins un contact avec le patient a eu lieu au cours de chaque semestre.<br>Un forfait peut être facturé dès lors qu'un minimum d'une consultation avec le patient a eu lieu sur la période.<br>Pour les consultations qui ne peuvent être facturées comme « forfait d'initiation du suivi », « forfait de suivi » ou « forfait de suivi rapproché », l'IPA facture un acte traceur (PAI 0,01). | | |

».

IX. – Le chapitre II « Prise en charge ponctuelle par l'infirmier en pratique avancée » de la partie II du titre XVI est modifié comme suit :

*a)* Au préambule :

– à la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « Sur orientation du médecin, » et « chez ce patient » sont supprimés.

Le préambule est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La majoration (MIP) dédiée, liée à l'âge du patient (pour les patients de moins 7 ans et ceux âgés de 80 ans et plus) peut être associée à la facturation de ces différents forfaits. » ;

*b)* Le tableau est modifié comme suit :

– à la ligne intitulée « *a)* Bilan ponctuel », l'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce compte rendu est intégré par l'IPA dans le DMP du patient lorsqu'il est ouvert. » ;

– La ligne « *b)* Séance de soins ponctuelle » est remplacé par une ligne ainsi rédigée :

«

| Désignation de l'acte | Coefficient | Lettre clé |
|---|---|---|
| b) Consultation IPA<br>Dans le cadre d'une consultation, l'IPA peut réaliser un ou plusieurs actes techniques relevant du champ de compétences propre de l'IPA selon la réglementation en vigueur.<br>Cette consultation peut être facturée au maximum quatre fois par année civile par patient en pratique avancée, et ne peut être facturée le même jour qu'un bilan.<br>Les majorations de nuit, dimanche et jour férié, MIE, MCI et MAU sont associables aux séances. | **2,1** | **PAI** |

».

## Article 3

L'article III-4-X de la décision du 11 mars 2005 susvisée est modifié comme suit :

I. – Le 5 du B de l'article 11 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 5. Les forfaits journaliers infirmiers BSA, BSB, BSC, définis à l'article 23.3, sont toujours facturés à taux plein. Le forfait journalier de prise en charge d'un patient dépendant, à domicile est toujours considéré comme le premier acte facturé pour chacun des passages de la journée.

« Seuls les actes AMX sont facturables les jours de facturation de ce forfait journalier, à l'exception des actes facturés avec la MIR lors de l'intervention des infirmiers volontaires à la demande de la régulation.

« Lorsqu'au cours d'une séance de soins en rapport avec la dépendance, un acte en AMX est réalisé, il est noté à 50 % de son coefficient, quelle que soit la valeur du coefficient (sauf dérogations listées au titre XVI, chapitre I, article 12). »

II. – L'article 13 est modifié comme suit :

*a)* Au 3° du C) « IK – Indemnité kilométrique », après les mots : « – la sage-femme ayant pris en charge la parturiente en ante-partum et qui intervient pour le suivi en post-partum. » est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – l'infirmier qui intervient à la demande de la régulation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ou de la filière ambulatoire du Service d'Accès aux Soins (SAS) dans les conditions fixées par la convention infirmière et les textes en vigueur. »

*a)* Au D) « IFI – Indemnité forfaitaire infirmier » :

La référence au « chapitre III, article 1er de la NGAP » est remplacée par la référence à la partie II – soins de pratique avancée ;

Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dans le cadre des soins inscrits au titre XVI, partie II – soins de pratique avancée, l'acte IFI de coefficient égal à 1 est cotable à chaque déplacement réalisé pour des soins de pratique avancée pendant un semestre dès lors qu'un forfait initial, de suivi, de suivi rapproché ou un acte traceur (0,01 PAI) décrits au titre XVI, partie II – soins de pratique avancée, est facturé au préalable sur le semestre considéré. De plus, il est cotable le jour de la facturation du forfait d'éligibilité.

« L'acte IFI de coefficient égal à 1 est cotable à chaque déplacement réalisé pour l'ensemble des soins de pratique avancée pendant un semestre : bilan IPA, consultation IPA, forfait d'initiation de suivi, forfait de suivi, forfait de suivi rapproché ou l'acte traceur. »

## Article 4

Les dispositions prévues à l'annexe 1 « Soins infirmiers » de la NGAP sont modifiées comme suit :

I. – Après les mots : « (voir tableau 2 en fin d'annexe). » est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la combinaison H0 E0 M0 est observée, un forfait journalier BSI ne peut être établi pour le patient. L'infirmier peut toutefois facturer le "BSI initial" correspondant à la saisie du bilan sur "Ameli Pro". Si l'état de santé du patient le justifie, il peut en outre réaliser et facturer jusqu'à deux "BSI intermédiaires" par an, pouvant ainsi aboutir à un forfait. »

II. – Au « Tableau 2 : Règles de classement des forfaits BSI », la ligne : « H0 E0 M0 - Léger – Léger » est remplacée par une ligne ainsi rédigée :

« H0 E0 M0 – pas de forfait pris en charge – pas de forfait pris en charge. »

## Article 5

La présente décision entre en vigueur le 6 novembre 2026, à l'exception du III de l'article 1er et des I, II et III de l'article 2 qui entrent en vigueur le 1er janvier 2027 et du I de l'article 1, des IV et V de l'article 2 et du I de l'article 3 qui entrent en vigueur le 1er janvier 2028.

## Article 6

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

Fait le 8 septembre 2026.

*Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie,*
T. FATOME

*La directrice déléguée aux politiques sociales - Caisse centrale de la mutualité sociale agricole,*
M. RASCLE