



ASSEMBLÉE NATIONALE

10ème législature

Fecondation in vitro

Question écrite n° 6239

Texte de la question

M. Louis de Broissia demande a Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la sante et de la ville, de bien vouloir lui indiquer quel est le tarif de remboursement par la securite sociale des operations de fecondation artificielle pratiquees par les hopitaux.

Texte de la réponse

Les cotations servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie pour ce qui concerne les actes lies a la procreation medicalement assistee, effectues par les etablissements publics de sante, sont fixees par la lettre inter-ministerielle du 1er octobre 1990 prise en application de l'alinéa 2 de l'article 4 des dispositions generales de la nomenclature generale des actes professionnels. Ces cotations sont les suivantes : examen echographique pour surveillance du monitoring de l'ovulation avec un maximum de 60 par cycle : K 20 ; inseminiation artificielle, cervicale ou intra-uterine avec un maximum de trois actes par cycle : K 15 ; inseminiation artificielle intra-peritoneale, par acte avec un maximum de trois actes par cycle : K 15. Prelevement d'ovocytes echoguides sur un ou deux ovaires, dans la limite de quatre tentatives non suivies de naissance : prelevement : KC 31 ; echoguidage : K 20 ; prelevement d'ovocytes sur un ou deux ovaires, par coelioscopie, dans la limite de quatre tentatives non suivies de naissance : KC 42 - anesthesie K 25 ; coelioscopie pour transfert intra-tubaire de gametes uni ou bilateral (GIFT), y compris le prelevement d'ovocytes : KC 61 - anesthesie K 25 ; coelioscopie pour transfert intra-tubaire d'embryon(s) uni ou bilateral (ZIFT ou TET) : KC 41 - anesthesie K 25 ; transfert intra-uterin d'embryons : K 15 ; reduction embryonnaire : K 30. La limite de quatre tentatives s'applique quels que soient la ou les structures autorisees dans laquelle ou lesquelles ces tentatives sont effectuees et le ou les praticiens qui les realisent et quel que soit le nombre de transferts auxquels chaque tentative donne lieu. En ce qui concerne les actes de biologie medicale afferents a la PMA, les tarifs servant de base au remboursement par l'assurance maladie sont ceux qui resultent du produit de la valeur de la lettre cle B, fixee a 1,76 F par la convention nationale des directeurs de laboratoire et des cotations suivantes : isolement des spermatozoides en vue d'insemination artificielle : B 70 ; acte en vue du transfert intratubaire de gametes : B 670 ; fecondation in vitro avec recueil ovocytaire (FIV) : BV 2000 ; congelation d'embryons : B 350 ; decongelation d'embryons : B 135 ; cryoconservation d'embryons : B 120 ; congelation du sperme : B 250 ; cryoconservation du sperme : B 120. En vertu de l'article L. 322-3 du code de la securite sociale, les frais lies aux investigations necessaires au diagnostic de la sterilité et traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insemination artificielle, sont pris en charge a 100 p. 100 par les regimes d'assurance maladie.

Données clés

Auteur : [M. de Broissia Louis](#)

Circonscription : - RPR

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 6239

Rubrique : Assurance maladie maternite : prestations

Ministère interrogé : affaires sociales, santé et ville
Ministère attributaire : affaires sociales, santé et ville

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 4 octobre 1993, page 3262

Réponse publiée le : 28 mars 1994, page 1502