

Définition

Les codes regroupement sont définis à partir de la nature de l'acte CCAM.

ADC : actes de chirurgie

ADI : actes d'imagerie (hors échographie)

ACO : actes d'obstétrique

ADE : actes d'échographie

ADA : actes d'anesthésie

ATM : actes techniques (hors imagerie)

Recommandations

Pour des raisons de confidentialité, les codes affinés de la CCAM ne peuvent être communiqués aux tiers, en particulier aux organismes complémentaires. Vous devez alors utiliser le code regroupement correspondant à l'acte effectué.

Ce code est également employé pour toutes les interrogations concernant le suivi d'une facture CCAM.

Les pièges à éviter

Ce code n'est pas utilisé pour la facturation sur feuille de soins papier.

Vous n'avez pas à le saisir en FSE.

Exemples

Les actes non remboursables ne doivent pas être facturés à l'assurance maladie. Vous devez établir une note d'honoraires en indiquant le code regroupement à destination de l'organisme complémentaire (vous ne devez pas indiquer le code CCAM complet). Si vous devez envoyer une note d'honoraires pour dépassement, vous devez également indiquer le code de regroupement.

En cas d'hésitation sur le code regroupement de l'acte effectué, vous pouvez vous aider de votre logiciel de télétransmission (en visualisant à l'écran le détail du code CCAM facturé) ou consulter la base CCAM sur Ameli.fr

Tarification

Acte CCAM

Date d'exécution : 20/03/2006

Code Acte : NCCQK001 1 0

Association Non Prévue : <Sans>

Extension Documentaire :

Prix unitaire de Référence : 19,95

Code Regroupement : ADI

Radiographie de la jambe

Définition

Lorsque des actes sont réalisés pour le même patient, dans un même temps, par le même intervenant, ces actes doivent être associés entre eux par des codes spécifiques appelés code association.

- dans le cas général , 2 actes au plus peuvent être associés au cours de la même séance de soins ;
- il n'y a pas de limitation du nombre d'actes pour les actes de radiologie ;
- pour les lésions multiples , 3 actes chirurgicaux au plus peuvent être associés.

Recommandations

- le code ayant la valeur la plus élevée est à tarifier avec le code association 1 ;
- le deuxième code est à tarifier avec le code 2 pour lui faire subir la décote de 50 % réglementaire ;
- les actes de radiologie sont à tarifier avec le code 4 qui conditionne une prise en charge à taux plein.

Les pièges à éviter

Le code association est différent du code activité qui est égal à 1 pour signaler les actes effectués en cabinet de ville par un seul intervenant.

Le montant des honoraires doit correspondre au code CCAM tarifié selon le code association qui lui a été attribué : il faut positionner chaque honoraire sur chaque ligne :

- **1** : code association pour un acte pris à taux plein ou 100% de sa valeur ;
- **2** : code association pour un acte pris à 50% de sa valeur ;
- **3** : code association pour un acte pris à 75% de sa valeur ;
- **4** : code association pour les actes de radiologie pris à taux plein

La facturation de 2 actes sans codes association provoque un rejet et un retour pour rectification auprès du médecin.

Les actes en YYYY du chapitre 19.1 de la CCAM sont des actes et subissent la règle de l'association de 2 actes.

Les autres actes en YYYY sont des suppléments et aucun code association ne doit être indiqué.

Exemples

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
Date des actes	Codes des actes	Acti	C, CS CNPSY	V,VS VNPSY	Autres actes (K, CsC, P) éléments de tarification CCAM	Montants des honoraires facturés	Dép	Frais de déplacements		
								ID/MD	I.K	
									nbre	montant
31/03/05	DZQM006	1			1	95,06				
31/03/05	DZQP003	1			2	6,53				

Codes associations 1 et 2 à positionner

Définition

UN ACTE GLOBAL comprend tous les gestes nécessaires pour la réalisation d'un acte technique médical. L'acte global est soit :

- un acte isolé (utilisé de manière indépendante) ;
- une procédure c'est à dire le regroupement usuel d'actes isolés. Le libellé décrit toutes les conditions de réalisation de ces différents actes.

Recommandations

Lorsqu'une procédure existe , vous ne devez pas facturer indépendamment les actes qui décrivent cette procédure .

Les pièges à éviter

Actuellement, le logiciel de saisie de FSE ne vous alerte pas de l'existence d'une procédure . Il vous appartient de vérifier qu'une procédure n'existe pas.

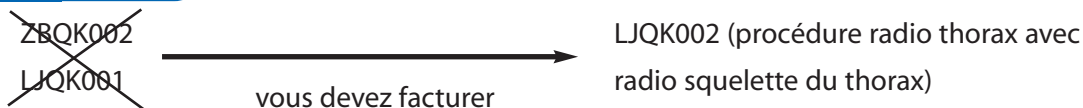
Remarque : Cumul acte NGAP et CCAM, les seuls cumuls possibles sont :

- C+ DEQP003 (ECG) ;
- CS+DEQP003 (cardiologie) ;
- CS+ RADIO (pneumologie).

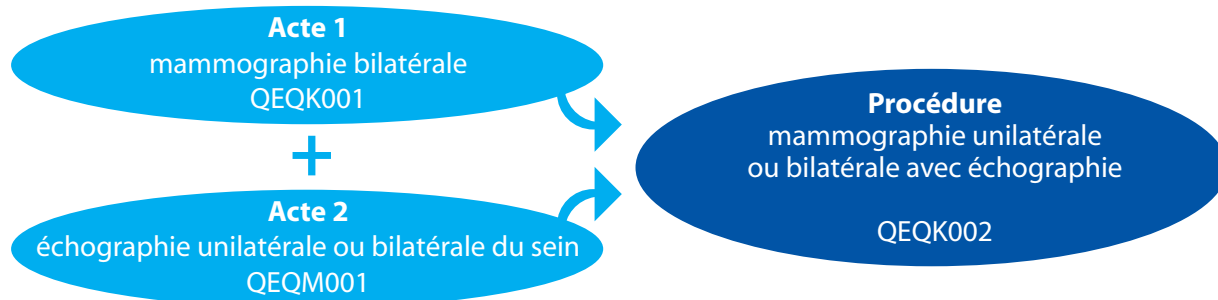
> la préposition « de » dans un libellé signifie « plusieurs ».

> la préposition « et/ou » indique que le code est à utiliser dans les 2 situations.

Exemples



Plusieurs actes au cours d'une même séance : regroupement usuel d'actes



Définition

Un acte soumis à accord préalable (anciennement "entente préalable") est un acte qui fait l'objet d'une demande d'accord auprès du médecin conseil à l'aide d'un imprimé spécifique : l'absence de réponse dans les 15 jours vaut accord.

Recommandations

La date de la demande de l'accord préalable doit obligatoirement être indiquée sur la feuille de soins papier ou électronique.

L'absence de date provoque le rejet de traitement de la facturation avec retour à l'assuré ou au médecin.

Les pièges à éviter

- les échographies prénatales sont souvent soumises à entente préalable ;
- en cas d'urgence, cette situation est à mentionner sur l'imprimé de demande d'accord préalable ;
- l'acte avec « AP » est différent de l'acte avec « RC » (remboursement sous conditions).

Exemples

QZNP026	Destruction de moins de 10 lésions cutanées, avec laser CO2 continu	41,80	AP	1	ATM
À l'exclusion de : destruction de verrue palmaire, plantaire ou périunguéoale, avec laser CO2 continu (QCNP003, QCNP002, QCNP001)					
	(ZZLP025)				

Exemple : 1 acte soumis à "AP"

La date de l'entente préalable est à indiquer obligatoirement en haut à droite de la feuille de soins

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
dates des actes	codes des actes	nombre d'actes	C.C.S.	V.S.	autres codes (K, C, C, P, ...)	montant des honoraires facturés	date de l'acte	frais de déplacement	
								T.D.	T.R.
14/03/2006	QZNP026	1				41,80			
REGLEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)						41,80			

Définition

Un modificateur est soit une lettre soit un chiffre associé à un code acte CCAM pour identifier un critère particulier de réalisation de cet acte ou pour revaloriser cet acte.

Recommandations

Un code acte accepte certains modificateurs ou aucun modificateur : cette information se trouve en regard de chaque acte de la CCAM.

L'application d'un modificateur majore le tarif de l'acte soit par un forfait rajouté à la valeur de l'acte, soit par un pourcentage à appliquer sur la valeur de l'acte

4 modificateurs au plus peuvent être facturés.

Les pièges à éviter

Le **modificateur M** remplace depuis le 01 09 2015 la majoration K 14 pour acte effectué au cabinet du généraliste ou du pédiatre pour certains actes nécessitant un champ opératoire.

Les **modificateurs U, P, S, F** ne s'appliquent qu'une seule fois quel que soit le nombre d'actes réalisés.

Exemples

YYYY212	Supplément pour étude mictionnelle au cours d'une urétrocystographie
[Z]	
YYYY410	Supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour urétrocystographie rétrograde
QZFA022	Exérèse de 6 lésions cutanées ou plus, par curetage
	Indication : acte thérapeutique
	Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés
	(ZZHA001, ZZLP025)
QZFA036	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm²
[F, P, S, U]	Indication : acte thérapeutique
	Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés
	(YYYY036, ZZHA001, ZZLP025, ZZQL010)

Exemple : 1 acte + 1 modificateur

Une visite avec un ECG réalisé un dimanche

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
dates des actes	codes des actes	code de l'acte	C15 C16 C17 C18 C19 C20 C21 C22 C23 C24 C25 C26 C27 C28 C29 C30 C31 C32 C33 C34 C35 C36 C37 C38 C39 C40 C41 C42 C43 C44 C45 C46 C47 C48 C49 C50 C51 C52 C53 C54 C55 C56 C57 C58 C59 C60 C61 C62 C63 C64 C65 C66 C67 C68 C69 C70 C71 C72 C73 C74 C75 C76 C77 C78 C79 C80 C81 C82 C83 C84 C85 C86 C87 C88 C89 C90 C91 C92 C93 C94 C95 C96 C97 C98 C99	autres actes (K, Cx, P, U)	montant des honoraires facturés	Montant des honoraires			
03122005	DEQP0031			F	1213	19.06			
03122005	YYYY4901				960				
03122005		V		MD	3000				
REGLEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)						7173			

Modificateur F pour le dimanche = 19.06 €

ECG = 13.07 € + 19.06 €

Définition

certaines actes ne sont remboursables que « sous conditions » repérés avec le code « **RC** » dans la base CCAM. Ces actes ne peuvent faire l'objet d'une demande de remboursement que s'ils sont réalisés dans les conditions précisées dans le livre II.

Recommandations

Lorsque le libellé signale un acte avec « RC » : vous devez indiquer « **X** » sur la feuille de soins dans la zone « éléments de tarification CCAM » ou cocher la case prévue en FSE, à condition que cet acte soit à **visée thérapeutique et non esthétique**.

Les pièges à éviter

- lorsque vous exécutez un acte soumis à remboursement sous conditions et que celles-ci sont réalisées, si vous n'indiquez pas « **X** » l'assuré ne reçoit aucun remboursement car l'acte est tarifé à 0,00 € ;
- vous ne devez pas établir de feuille de soins ni de FSE pour les actes non remboursables : une note d'honoraires est à remettre à votre patient pour une prise en charge éventuelle par son organisme complémentaire; dans ce cas vous devez utiliser le **code regroupement** qui protège le secret médical et non le code CCAM.

Exemples

Code regroupement

Code CCAM	LIBELLE	prix		
QZFA036	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm ²	28.80	RC	ADC
[F, P, S, U]	Indication : acte thérapeutique			
	Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés			
	(YYYY036, ZZHA001, ZZLP025, ZZQL010)			

Exemple : 1 acte soumis à « RC »

Cette lettre est à indiquer uniquement si l'acte est remboursable car non à visée esthétique

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
dates des actes	codes des actes	acte lib	CUS	VVS	autres actes (K, O, C, P...)	montant des honoraires facturés	devis	Frais de déplacement	
			CUS	VVS	éléments de tarification CCAM			ND	montant
14 03 2006	LKMP0011				X	20 06			
REGLEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)							20 06		