

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

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 tarifer avec le code association 1 ;
- le deuxième code est à tarifer avec le code 2 pour lui faire subir la décote de 50 % réglementaire ;
- les actes de radiologie sont à tarifer 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 EFFECTUÉS (à remplir par le médecin)									
Date des actes	Codes des actes	Acti	C, CS CNPSPY	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
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 :

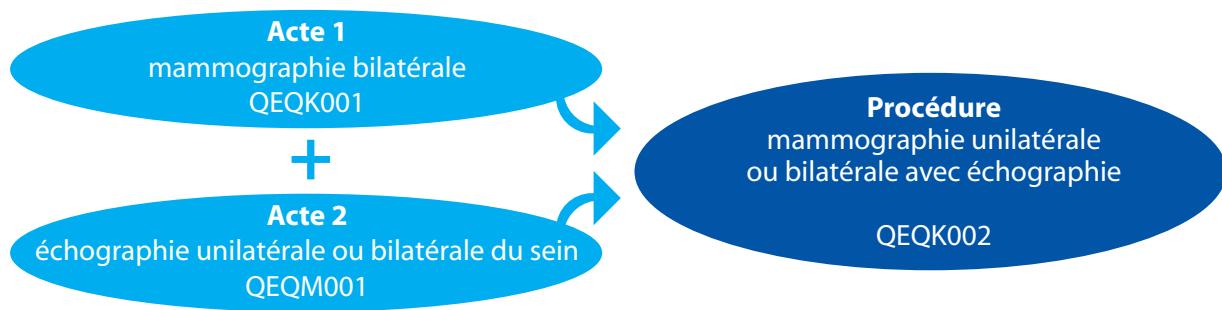
- C+ DEQP003 (ECG) ;
- CS+DEQP003 (cardiologie) ;
- CS+ RADIO (pneumologie).

- > 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.

Recommendations

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 soumise 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
<i>À l'exclusion de : destruction de verrue palmaire, plantaire ou périunguéeale, avec laser CO2 continu (QZNP003, QZNP002, QZNP001)</i>					
	(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 EFFECTUÉS (à remplir par le médecin)									
dates des actes	codes des actes	n° avis CAF/C N°/N S/INRS	autres actes (K, CsC, P...) éléments de justification L'AM			montant des remboursements facturés	frais de déplacement		
			CAF/C N°/N S/INRS	AVS	autres		100 100 100	100 100 100	
14032006	QZNP0261					4180			
14032006	QZNP0261								
14032006	QZNP0261								
REGLLEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL des actes (1+2+3)							4180		

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 09 205 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
	<i>Indication : acte thérapeutique</i>
	<i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>
	(ZZHA001, ZZLP025)
QZFA036	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm ²
[F, P, S, U]	<i>Indication : acte thérapeutique</i>
	<i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>
	(YYYY036, ZZHA001, ZZLP025, ZZQL010)

Exemple : 1 acte + 1 modificateur

Une visite avec un ECG réalisé un dimanche

ACTES EFFECTUÉS (à remplir par le médecin)						Modificateur F pour le dimanche = 19.06 €
dates des actes	codes des actes	durée	CCAM	MONTANT	autres actes (K, Q, C, P, ...)	
03122005 DE Q P U 31				32 13		
03122005 YYYY4901				9 60		
03122005	V		MD	30 00		
REGLLEMENT (à remplir par le médecin)						
						MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)
						71 73

Définition

certains 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 CCAM	LIBELLE	prix	Code regroupement	
			RC	ADC
QZFA036	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm²	28.80	RC	ADC
[F, P, S, U]	<i>Indication : acte thérapeutique</i>			
	<i>Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés</i>			
	<i>(YYYY036, ZZHA001, ZZLP025, ZZQL010)</i>			

Exemple : 1 acte soumis à « RC »

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

ACTES EFFECTUÉS (à remplir par le médecin)						
dates des actes	codes des actes	marque	autres actes (K, CxC, P...)	montant des honoraires facturés	taux de déplacement	
14052006	LKHP0011		X	20,06	100% abro. majorat	
REGLLEMENT (à remplir par le médecin)						
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					20,06	