

# Codage CCAM et feuille de soins

La CCAM, remplaçant la NGAP pour les actes techniques est entrée en application le 31 mars 2005.

Sa construction a été réalisée conjointement par l'État, l'Assurance Maladie et 40 sociétés savantes (500 experts publics/privés).

Elle comprend 19 chapitres classés par appareil, chaque chapitre étant divisé en actes diagnostiques et thérapeutiques.

Elle s'applique à tous les médecins exerçant en cabinet ou en établissement, en secteur public ou privé, pour la prise en charge ou le remboursement de leurs actes techniques par l'Assurance Maladie.

Des structures mises en place depuis la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, telles que l'UNCAM, l'HAS, la Commission de hiérarchisation des actes, se positionnent pour l'établissement de la liste des actes (inscription, radiation, indication, fixation de tarif) faisant évoluer les différentes versions entrées en vigueur depuis le 31 mars 2005.

## Définitions

- Chaque libellé de la CCAM décrit l'acte dans sa globalité. Il comprend implicitement l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte dans les règles de l'art.
- Une procédure est un regroupement usuel d'actes isolés.
- Un acte isolé peut être réalisé de manière indépendante.
- Un geste complémentaire est un acte facultatif pratiqué au cours d'un acte isolé ou d'une procédure et qui ne peut être réalisé de manière indépendante. Le code des gestes complémentaires autorisés avec un acte donné est mentionné au dessous du libellé de cet acte.
- Un supplément vient s'ajouter à un acte, il ne peut être codé isolément. Le code des suppléments autorisés avec un acte donné est mentionné au dessous du libellé de l'acte.
- Les modificateurs constituent des critères ou circonstances particulières pour la réalisation de l'acte et/ou pour sa valorisation. Ils sont au nombre de 25. Ils ne peuvent être codés isolément. Ils figurent au chapitre 19.03 de la CCAM.

Le code des modificateurs autorisés avec un acte donné est mentionné au dessous du code de l'acte.

# Codage CCAM et feuille de soins

## Règles de codage

### Un acte = un libellé = un code

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, deux tarifs peuvent co-exister pour les médecins secteur 2, selon qu'ils ont signé ou non le contrat d'accès aux soins.

### 1. Il est important de se référer aux dispositions générales du livre premier.

#### a. Pour définir le codage :

- un code principal à 7 caractères soit le code acte appartenant à la liste des actes du livre II de la CCAM.
- un ou plusieurs codes activités identifiant les gestes réalisés au cours d'un même acte par des médecins différents :
  - code activité 1 = médecin réalisant le geste principal
  - code activité 2 = 2<sup>e</sup> geste éventuel
  - code activité 3 = 3<sup>e</sup> geste éventuel
  - code activité 4 = anesthésie générale ou loco régionale
  - code activité 5 = surveillance d'une circulation extra corporelle
- le code phase de traitement.  
Par défaut, lorsqu'il n'y a qu'une seule phase de traitement, le code est «0».
- trois codes facultatifs
  - le code remboursement exceptionnel «X»
  - le code modificateur
  - le code association

#### b. Pour connaître les règles d'incompatibilités de tarification d'actes (art. I-12 ) en particulier :

- des actes comportant une procédure,
- un acte comportant la mention « avec ou sans », un acte incluant un autre acte, et ce dernier,
- des actes traduisant une même action ou une même finalité diagnostique ou thérapeutique sur le même site,...

#### c. Pour disposer de la convention d'écriture permettant la même lecture des libellés (Art. I-13).

### 2. L'application des règles d'associations d'actes et des modificateurs relèvent du livre III

- **Règles d'association d'actes dans le cadre de la tarification (art. I-11 des dispositions générales).**

Ces actes sont réalisés dans le même temps pour le même patient, par le même médecin. La tarification des actes associés suit une règle générale avec des taux d'application (Art. III-3 du Livre III).

# Codage CCAM et feuille de soins

## Règle générale

L'association de 2 actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut-être tarifée. Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein. Les suppléments peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein.

Règle	Code association	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100 %
2 <sup>e</sup> acte	2	50 %
Supplément autorisé en plus des 2 actes	1	100 %

Dans le cas d'une association de 2 actes seulement dont l'un est soit :

- un geste complémentaire, soit un supplément,
- un acte d'imagerie pour radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle (chap. 19.01.09.02).

Il ne faut pas indiquer de code association.

Si un acte est associé à un geste complémentaire et à un supplément, le code association est 1 pour chacun des actes.

Pas de cumul d'honoraire entre C ou V et les actes techniques sauf dérogations existantes parmi lesquelles :

- consultation + Rx pulmonaire par un pneumologue,
- consultation ou visite et ECG,
- consultation débouchant sur une intervention lui faisant immédiatement suite lorsqu'elle est pratiquée en urgence et entraîne une hospitalisation,
- consultation et prélèvement cervicovaginal tarifé à 50 %,
- consultation (rhumatologue et médecine physique et de réadaptation) et ostéodensitométrie sur 2 sites par méthode biphotonique.
- ...

## Dérogations à la règle générale

- Les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre : le 2<sup>e</sup> acte est alors tarifé à 75 % de sa valeur.

Règle	Code association	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100 %
2 <sup>e</sup> acte	3	75 %

- Les actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes : 3 actes au plus (y compris les gestes complémentaires) peuvent être facturés en association.

Le deuxième acte est tarifé à 75 % et le troisième acte à 50 %.

Règle	Code association	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100 %
2 <sup>e</sup> acte	3	75 %
3 <sup>e</sup> acte	2	50 %

# Codage CCAM et feuille de soins

- Les actes de radiologies conventionnelles peuvent être associés entre eux quel que soit leur nombre. L'acte, dont le tarif hors modificateur est le plus élevé, est tarifé à 100 %. Les autres sont tarifés à 50 %.

Règle	Code association	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100 %
Autre acte de radiologie conventionnelle	2	50 %

- Les actes réalisés sur un même patient dans la même journée, pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, à des moments différents et discontinus.
  - Facturation à taux plein,
  - Justification de leur réalisation inscrite dans le dossier médical,
  - Dossier tenu à disposition du Service médical.

Règle	Code association	Taux à appliquer au tarif
Premier temps Acte de tarif le plus élevé	1	100 %
Deuxième temps 2 <sup>e</sup> acte	5	100 %

## Les modificateurs (CCAM, chapitre 19.03)

Il s'agit de code « lettre » ou numérique à un caractère.

Exemples : urgence, dimanche, enfant... Acte réalisé un dimanche, ou un jour férié : le code est « F ».

Les codes U, P, S, F, sont exclusifs les uns des autres et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par intervenant, quel que soit le nombre d'actes qu'il réalise.

Les modificateurs autorisés sont mentionnés explicitement, au regard de chacun des actes concernés. Seuls peuvent être facturés les modificateurs se rapportant à des actes ayant un tarif. Quatre modificateurs au plus peuvent être facturés par acte. La description de ces modificateurs figure à l'article III-2 du Livre III des dispositions générales et dispositions diverses de la CCAM.