

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 dans 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

- l'acte global se traduit par un libellé comprenant 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 au cours d'un acte isolé ou d'une procédure 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 et/ou la revalorisation de l'acte. Ils sont au nombre de 28. 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 = un tarif

La feuille de soins codée ne comporte pas uniquement le code de l'acte réalisé mais aussi d'autres codes définis par les livres I et III de la CCAM.

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^e geste éventuel
 - code activité 3 = 3^e 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 il n'y a qu'une seule phase de traitement et le code est "0" (le plus souvent).
- 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 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.

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

• Règles association d'actes dans le cadre de la tarification (art. I-11).

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 (livre III - Art. 3).

Codage CCAM et feuille de soins

Règle générale

Règle	Code association	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100 %
2 ^e 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, soit un acte d'imagerie pour radiologie interventionnelle, les deux actes tarifés à 100 % mais 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 :

- 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.

Dérogations à la règle générale

- Les suppléments : ils n'obéissent pas aux règles de restriction du nombre d'actes facturables en association et sont toujours tarifés à taux plein en sus d'autres actes.
- Les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre : le deuxième 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 ^e acte	3	75 %

- Les actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes : trois actes au plus 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 ^e acte	3	75 %
3 ^e acte	2	50 %

- 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
1 ^{er} acte	4	100 %
2 ^e acte	2	50 %

Codage CCAM et feuille de soins

- 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 ^e acte	5	100 %

• Les modificateurs

Il s'agit de code « lettre » ou numérique à un caractère.
 Exemples : urgence, dimanche, enfant...

Le ou les modificateurs applicables aux actes en référence à la liste des actes du livre II conduisent à une majoration du tarif de l'acte sous la forme d'une valeur monétaire ou d'un pourcentage de l'acte ; 4 au plus sont facturables par acte.

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.

Rédaction de la feuille de soins

