



Fédération Nationale des **Médecins Radiologues**

CCAM

COTATION ET VALORISATION DES ACTES DE RADIOLOGIE

DES de Radiologie 6 décembre 2017

Jean-Charles LECLERC
FNMR

1. CCAM technique

Classification Commune des Actes Médicaux

- Rappel historique
 - NGAP – ses limites (2005) tarification sans codification.
 - CCAM – ses objectifs
 - ✓ Codification exhaustive et évolutive
 - ✓ Tarification homogène

Méthode retenue : *décrire l'activité médicale*

- Experts publics et libéraux des sociétés savantes
 - Ecriture des libellés, règles. 7200 en 2005.
 - Codification, 4 lettres, 3 chiffres : ZBQK001
 - Tarification : étape conventionnelle : Facturation

Pourquoi un outil de CODIFICATION et de FACTURATION ?

1. Connaissance *de l'activité d'Imagerie*

2. Etablissement de la *facturation* {
- Activité ambulatoire
(dite externe), sans hospitalisation : CCAM
 - Activité en hospitalisation (T2A)
 - Ets privés (cliniques) : bordereau (honoraires et séjours)
 - Ets publics (CH, CHU) : séjour y compris actes médicaux
- Actes médicaux : CCAM
Séjours hospitaliers : GHS

LIBELLES : écriture et codification.

- *Codification* : 4 lettres – 3 chiffres (ex : ZBQK002 = thorax)
 1. 1^{ère} lettre : grand appareil, SNC, SD, SGU
 2. 2^{ème} lettre : organe ou fonction, poumon, coude...
 3. 3^{ème} lettre : action, évacuer, acquisition de données
 4. 4^{ème} lettre : voie d'abord ou technique
RX = K, IRM = N, TDM = H
 5. 3 chiffres, compteur aléatoire

Ex : Rx thorax = ZBQK002

TDM thorax = ZBQH001

Rx coude = MFQK002

*La V41actuelle
comporte presque
8000 libellés*

Conséquences de cette nouvelle hiérarchisation du travail médical.

Dans chaque spécialité, en matière de travail médical:

- Certains actes sont mieux valorisés qu'en NGAP = « **actes gagnants** », dont la valeur finale a été obtenue après de nombreuses étapes au 01/01/2015:
- D'autres sont dévalorisés par rapport à la NGAP = « **actes perdants** », mais ils gardent leur valeur NGAP (accord du 25/02/2005)
- - à l'arrivée, certaines spécialités sont:
 - * **gagnantes**, avec un total de **points de travail** de la spécialité > à celui de NGAP
 - * **perdantes**, avec un total de **points de travail** de la spécialité < à celui de NGAP
 - * plus rarement neutres

Les 2 nomenclatures, dans l'attente d'une Classification des actes cliniques

- La CCAM concerne les **actes techniques** de tous les médecins spécialistes
 - en médecine générale
 - dans les autres spécialités
- La NGAP reste applicable pour notamment les actes cliniques:
 1. Les consultations et visites, les actes de chimiothérapie, les actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux, la pratique thermale.

LIBELLES : tarification

- Pour facturer, il faut *tarifier*
- Recherche d'un *tarif homogène et cohérent*
 - Pour toutes les spécialités
 - En fonction du travail médical
- Principe retenu : *hiérarchiser* les actes médicaux en fonction de
 - La durée
 - La compétence technique
 - L'effort mental
 - Le stress

*En pratique, la durée de l'acte sera
le paramètre essentiel de la hiérarchisation*

Le concept : La CCAM est construite :

- en dissociant le **TRAVAIL MEDICAL** établi en nombre de points (**valeur du point unique 0,44€ en 2005, idem en 2015 !**), par des experts suivant 4 critères: Durée, Stress, Effort mental, Compétence technique
- et le **COUT de la PRATIQUE par point de travail médical, variable** suivant groupe d'actes/ spécialité inchangé depuis 2005
- Avec un **CODAGE** des actes, et des **DISPOSITIONS GENERALES**.

ACTE NON DISSOCIE

NGAP

LETTRE CLE

K,Ke,Kc,Z

X

coefficient

ACTE DISSOCIE

CCAM

TRAVAIL MEDICAL Hiérarchisé

en nombre de points

=nombre points/acte* valeur point valeur

unique point travail 0,44€ *

+ COUT de la PRATIQUE

fixé par groupe d'actes

- La CCAM permet de facturer l'acte intellectuel et le coût de la pratique :
- En radiologie
- En échographie

Mais uniquement l'acte intellectuel en scanner et IRM :

CCAM = ACTE INTELECTUEL

+ FACTURATION SPECIFIQUE DE FORFAITS TECHNIQUES

En IRM : 1 code CCAM valorisé 3CS (puis modification pour certains actes d'osteoarticulaire) et 1 FT

En SCAN : 1 code CCAM qui correspond à la valeur de 1 ou 2 actes NGAP (et 3 en TAP en cancro) et 1 ou 2 FT

HIERARCHISATION

**En 2 temps, intra-spécialité pour chaque spécialité
Puis en inter-spécialité**

1. Intra-spécialité

- A partir d'un acte de référence scoré à 100 dans la partie moyenne de l'échelle de la spécialité
= TDM du crâne SI
- Procédure assez simple plutôt consensuelle entre les experts d'une même spécialité
= attribuer un nombre de points à chaque libellé (acte)

HIERARCHISATION

2. *Inter-spécialité : objectif d'homogénéité IS.*

- Procédure nettement plus complexe et relativement opaque, gérée par la CNAM
- Principe = choix d'actes liens, de différentes spécialités, équivalents à priori, en travail médical
 - Les actes liens de chirurgie et d'anesthésie ont été croisés dans un 1^{er} temps
 - Puis croisements successifs avec 3 ou 4 autres spécialités
 - Objectif : établir une échelle commune à toutes les spécialités, donnant un score en points à chaque libellé (acte)

HIERARCHISATION

3. *L'étape finale pour obtenir le tarif était de*

- Valoriser le point médical (0,44€, stable depuis 2005)
- Etablir le coût de la pratique, différent selon chaque spé

Coût de la pratique = charges financières de l'activité, location des locaux, achat et amortissement de matériel, charges de personnel, ...)

Pour mémoire, il est de 60 à 65% pour les structures d'imagerie

CAS PARTICULIER DES FORFAITS TECHNIQUES TDM ET IRM.

Les actes perdants

- **Anesthésie**: 40% de perte sur l'anesthésie péridurale
- **Angéologie** : 18 % de pertes sur l'échographie veineuse
- **Cardiologie conventionnelle**: 10% de perte sur l'épreuve d'effort, 23% de perte sur le Holter
- **Cardiologie** – Radiologie interventionnelle : 35% de perte
- **Chirurgie**: pertes non quantifiées en raison de la mauvaise appréciation de la pratique en NGAP ☐ modificateur de + 6,5% mis en place
- **Gastroentérologie**: 19% de perte sur l'endoscopie haute, 13% de perte sur la coloscopie 15% de perte sur l'exérèse de polypes, 5% de perte sur la rectosigmoidoscopie
- **Gynéco** obstétrique : 32% de perte sur l'accouchement multipare, 23% de perte sur la césarienne programmée
- **Neurologie** : 20% de perte sur l' EEG
- **Ophtalmologie** : 24% de perte sur la cataracte
- **Pneumologie**: 23% de perte sur la fibroscopie, 29% de perte sur la gazométrie
- **Radiologie** : 25% de perte sur tous les actes
- **ScinRadiothérapie** tigraphie : 40% de perte sur tous les actes
- **Rhumatologie** : 6% de perte sur tous les actes

PROTOCOLE d'ACCORD de février 2005: pas d'actes perdants, mais baisse par la CNAMTS sans expertise de certains actes

EN PRATIQUE, MODE D' EMPLOI (1)

- Chaque Ris comporte *un volet CCAM*, plus ou moins ergonomique
- Par internet, CCAM ouvre le site *ameli.fr*
 - Règles de facturation: DG, DP, annexes.....
 - Recherche de libellé par code, libellé ou chapitre (appareil)

MODE D'EMPLOI (2) – REGLES DE FACTURATION

1. *Dispositions générales* : Livre 1^{er}
 - 15 articles dont codage, prise en charge, acte global, modificateurs, associations, actes donnant droit à forfait technique, pathologie inhabituelle
2. *Dispositions diverses* : Livre 3^{ème}
 - 4 articles dont modificateurs et codes, associations et règles
3. *Annexe 1* : valeur monétaire et pourcentage des modificateurs
4. *Annexe 2* : règles d'association
5. *Annexe 3* : classification des EL, TDM, IRM, TEP

Votre classeur : 0 fiche d'acte | 0 liste de résultat mémorisée

> TROUVER UN ACTE

RECHERCHER
PAR
MOT-CLÉ

RECHERCHER
PAR
CODE

CONSULTER LA
CCAM
PAR CHAPITRE

> OUTILS

LISTE DES ACTES FRÉQUENTS
PAR
SPÉCIALITÉ

À LA UNE

Règles de facturation

Hausse du seuil d'exonération du ticket modérateur

Le seuil d'exonération du ticket modérateur et d'application de la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes coûteux passe de 91 à 120 euros pour les actes CCAM et du coefficient 50 au coefficient 60 pour les actes NGAP, à compter du 1er mars 2011. La base CCAM 23.01 intègre cette mesure.

> Lire l'article ...

Téléchargement

CCAM Version 23

La version 23 de la CCAM permet la fermeture du supplément numérisation à partir du 25/01/2011 .

> Lire l'article ...

Trouver un acte

- [Par mot-clé](#)
- [Par code](#)
- [Consultation par chapitre](#)

Votre classeur : 0 fiche d'acte | 0 liste de résultat mémorisée

Imprimer

1. SYSTÈME NERVEUX CENTRAL, PÉRIPHÉRIQUE ET AUTONOME 1

2. OEIL ET ANNEXES

3. OREILLE 1

4. APPAREIL CIRCULATOIRE 1

5. SYSTÈME IMMUNITAIRE ET SYSTÈME HÉMATOPOÏÉTIQUE

6. APPAREIL RESPIRATOIRE 1

6.1. ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL RESPIRATOIRE

- 6.1.1. EXPLORATIONS ÉLECTROPHYSIOLOGIQUES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
- 6.1.2. ÉCHOGRAPHIE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE 1
- 6.1.3. RADIOGRAPHIE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

6.1. ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL RESPIRATOIRE

- 6.1.1. EXPLORATIONS ÉLECTROPHYSIOLOGIQUES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
- 6.1.2. ÉCHOGRAPHIE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE 1
- 6.1.3. RADIOGRAPHIE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

GEQH001 - Bronchographie

> Voir la fiche

LJQK002 - Radiographie du thorax avec radiographie du squelette du thorax

Notes : Radiographie pulmonaire avec gril costal

> Voir la fiche

ZBQK002 - Radiographie du thorax

Notes : Radiographie pulmonaire

À l'exclusion de : radiographie du squelette du thorax (LJQK001)

> Voir la fiche

ZBQK003 - Examen radiologique dynamique du thorax, pour étude de la fonction respiratoire et/ou cardiaque

Notes : Étude radiologique de prothèse valvulaire cardiaque
Étude radiologique de la cinétique des coupes diaphragmatiques
Avec ou sans : opacification

> Voir la fiche

6.1.4. SCANOGRAPHIE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE 1

6.1.5. REMNOGRAPHIE [IRM] DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE 1

6.1.6. SCINTIGRAPHIE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE 1

6.1.7. ÉPREUVES FONCTIONNELLES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

6.1.8. ENDOSCOPIE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE 1

6.1.9. PONCTION, BIOPSIE ET PRÉLÈVEMENT DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

6.1.10. EXPLORATION CHIRURGICALE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

6.2. ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES VOIES RESPIRATOIRES

6.3. ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE POUMON, LA PLÈVRE ET LE MÉDIASTIN

Trouver un acte

- [Par mot-clé](#)
- [Par code](#)
- Consultation par chapitre

Votre classeur : 0 fiche d'acte | 0 liste de résultat mémorisée

Imprimer

1. SYSTÈME NERVEUX CENTRAL, PÉRIPHÉRIQUE ET AUTONOME ☐
2. OEIL ET ANNEXES
3. OREILLE ☐
4. APPAREIL CIRCULATOIRE ☐
5. SYSTÈME IMMUNITAIRE ET SYSTÈME HÉMATOPOÏÉTIQUE
6. APPAREIL RESPIRATOIRE ☐
7. APPAREIL DIGESTIF ☐
8. APPAREIL URINAIRE ET GÉNITAL ☐
9. ACTES CONCERNANT LA PROCRÉATION, LA GROSSESSE ET LE NOUVEAU-NÉ
10. GLANDES ENDOCRINES ET MÉTABOLISME
11. APPAREIL OSTÉOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DE LA TÊTE ☐
12. APPAREIL OSTÉOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DU COU ET DU TRONC ☐
13. APPAREIL OSTÉOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DU MEMBRE SUPÉRIEUR ☐
14. APPAREIL OSTÉOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DU MEMBRE INFÉRIEUR ☐
15. APPAREIL OSTÉOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE, SANS PRÉCISION TOPOGRAPHIQUE ☐
16. SYSTÈME TÉGUMENTAIRE - GLANDE MAMMAIRE ☐
17. ACTES SANS PRÉCISION TOPOGRAPHIQUE ☐
18. ANESTHÉSIES COMPLÉMENTAIRES ET GESTES COMPLÉMENTAIRES
19. ADAPTATIONS POUR LA CCAM TRANSITOIRE

Trouver un acte

- [Par mot-clé](#)
- [Par code](#)
- [Consultation par chapitre](#)

Votre classeur : 0 fiche d'acte | 0 liste de résultat mémorisée

Fiche d'acte abrégée

[> Voir la fiche détaillée](#)

[Imprimer](#) | [Exporter](#) | [Mémoriser](#)

CODE : ZBQK002
LIBELLE : Radiographie du thorax

Code regroupement : ADI - Acte d'imagerie

Date d'effet : 25/01/2011 [ok](#) [> Historique](#)

Activité : [Activité 1](#) [ok](#) Phase : [Phase 0](#) [ok](#)

Notes : Radiographie pulmonaire

À l'exclusion de : radiographie du squelette du thorax (LJQK001)

Indications : selon rapport d'évaluation technologique "Principales indications et "non indications" de la radiographie du thorax" - HAS - février 2009

Facturation : la radiographie du thorax ne peut pas être facturée dans les situations de "non-indication", notamment : infections des voies aériennes hautes ; hypertension artérielle ; suivi périodique de l'insuffisance cardiaque congestive chronique et des cardiomyopathies ; en préopératoire de chirurgie non cardiothoracique chez les adultes de moins de 60 ans sans pathologie cardio-pulmonaire ou...

[> Lire la suite de la note](#)

Prise en charge [> Plus de détails](#)

Accord préalable : Cet acte n'est pas soumis à une entente préalable

Admission au remboursement : Acte remboursable

Exonération du ticket modérateur : Acte pouvant être exonéré par la règle du seuil mais n'exonérant pas la facture

Tarification [> Plus de détails](#)

Prix de l'acte : 21,28 euros

Suppléments de charges en cabinet : 0,0 euros

Modificateurs

Code	Libellé	Montant
B	Radio. au bloc opératoire, unité de res. ou lit du patient intransportable	+ 1,49%
D	Contrôle radio, segment squelette immobilisé par contention rigide	+ 1,24%
E	Radiologie conventionnelle ou scanographie patient < 5 ans	+ 1,49%
F	Urgence jour, dimanche ou jour férié	19,06 euros
P	Urgence pédiatres et omnipraticiens 20h - 00h et 6h - 8h	35,0 euros
S	Urgence pédiatres et omnipraticiens 00h - 6h	40,0 euros
U	Urgence hors pédiatres et omnipraticiens nuit 20 h - 8 h	25,15 euros
Y	Radiographie réalisée par pneumologue ou rhumatologue	+ 1,158%
Z	Radiographie réalisée par radiologue	+ 1,218%

Associations

Type d'acte : Acte isolé

Procédure(s)

LJQK002 : Radiographie du thorax avec radiographie du squelette du thorax

[> Voir la fiche](#)

Peuvent être codés avec cet acte

ZZLP025 : Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 1

Comment remplir la feuille de soins en CCAM ?

Extrait de la feuille de soins actuellement utilisée :

ACTES EFFECTUES - à remplir par le médecin										
dates des actes	codes d'actes	activité	CCS CIPW	VVS VMS	autres actes (X, CAC, P, J) éléments de la certification CCAM	montant des honoraires échéants	déjà payé	frais de déplacement		
								E.D.	E.R.	montant
								E.D.	E.R.	montant
12/12/2004	A									
12/12/2004	A									
12/12/2004	A	A	B		C	D				
12/12/2004	A									
12/12/2004	A									
12/12/2004	A									

FMR01-04 6 3110h

Pour les actes techniques médicaux relevant de la CCAM, les codes sont à renseigner, lisiblement, dans les zones indiquées comme suit :

A : Code de l'acte sur 7 caractères (1 caractère par case)

B : Code activité (1 code)

Le cas échéant, sont à renseigner selon les circonstances et dans l'ordre :

C : Code modificateur (4 codes au maximum)
puis code association non répertoriée (1 code)
puis code remboursement exceptionnel (1 code)

D : le montant des honoraires est indiqué par ligne d'acte

Extrait de la future feuille de soins (diffusion prévue début 2nd semestre 2005)

ACTES EFFECTUES - à remplir par le médecin										
dates des actes	codes d'actes	activité	CCS CIPW	VVS VMS	autres actes (X, CAC, P, J) éléments de la certification CCAM	montant des honoraires échéants	déjà payé	frais de déplacement		
								E.D.	E.R.	montant
								E.D.	E.R.	montant
12/12/2004										
12/12/2004					C1 C2					
12/12/2004										
12/12/2004										

FMR01-05 6 3110 PROJET

La colonne C de la précédente feuille de soins a été divisée en 2 pour plus de clarté

C1 : Code modificateur

C2 : Code association non répertoriée
puis code remboursement exceptionnel

GESTION DE LA CCAM TECHNIQUE

- Nouveaux *libellés*
 - Sur requête de la Société Savante ou de l'UNCAM à la CEAP de la HAS
 - Puis hiérarchisation (poids de l'UNCAM)
- *Observatoire* de la CCAM (peu actif)
- Comité de *pilotage*
- Instance de *cohérence*
 - Appréciation sur la hiérarchisation des nouveaux libellés
- *CHAP* = commission de hiérarchisation des actes professionnels

INSCRIPTION d'un ACTE, un mécanisme complexe

→ **DEMANDE CONVENTIONNELLE** : convention ou avenant, nécessite lorsque hiérarchisation passage par la CHAP

→ **DEMANDE DIRECTE CHAP**

→ **Procédure accélérée, pour actes innovants (février 2015): sous 180 jours.** Après avis de la HAS – demande de l'Assurance maladie à la CHAP, qui doit se prononcer dans les 5 mois (à défaut c'est l'UNCAM qui décide)- UNOCAM a 21 j pour se prononcer – les ministres 15 jours.

MAINTENANCE de la CCAM, elle reste à réaliser ...

→ **Révision** Obligatoire théorique pour les actes inscrits depuis le 20 décembre 2010 dans un délai de 5 ans.

→ Les actes appartenant à la même famille que celui révisé sont également examinés et peuvent faire l'objet d'une nouvelle hiérarchisation.

→ **procédure identique** à l'inscription d'un acte

Demande directe CHAP, un long processus

Etape 1 DEMANDE **UNCAM**

Etape 2 : Avis HAS

délai de réponse :
**6 mois renouvelable
une fois**

Société Savante ou Syndicats

pas de délai réponse si saisine directe !

HAS

INTERET du binôme Sté savante et Syndicat
dans chaque spécialité et coordination avec le
Syndicat **NECESSITE** d'une communication en
temps réel avec le syndicat

DACT et CHAP

Etape 3 : CHAP hiérarchisation

- Libellés : Stés Savanes ATIH DACT
- Processus de hiérarchisation
- CHAP

Etape 4 : Tarification

UNCAM : proposition ou non d'inscription, information ministre, UNPS, organisations représentatives professionnelles, établissements et transmission

Etape 5 : UNOCAM

à **UNOCAM** et **HAS** : pour avis délai réponse 6 mois

Etape 6 : DECISION

UNCAM : Décision collège des directeurs inscription et tarif

Etape 7 : MINISTRE

MINISTRE : pour opposition ou non, délai réponse 45 jours
garde la possibilité d'inscrire ou de radier un acte après avis HAS

Etape 8 : JO

JO : décision UNCAM application 30 jours plus tard acte CCAM, 1 jour
pour acte NGAP, sauf mention différente dans la décision

Les MODIFICATEURS, pour la plupart issus de la NGAP, d'autres obtenus avec parcimonie ...

4 MODIFICATEURS AU MAXIMUM

AGE : certains actes

Anesthésie < à 4 ans ou > 80 ans (A)	23 €
Radiologie conventionnelle ou scanographie < à 5 ans (E)	49,00%
Glaucome, cataracte, retine, cornée < à 1 ans (G)	25,00%
Extraction corps étranger œsophage, bronche < à 3 ans (G)	25,00%
Médecine Nucleaire < à 3 ans (G)	25,00%

-->objectif en CCAM définitive: modificateur de + 17%, pour les actes < à 5ans +20% > 80ans et anesthésie 3 et 4

CHIRURGIE ITERATIVE: certains actes

Reintervention glaucome, cataracte, retine, cornée (6)	25,00%
Chirurgie iterative voies biliaires ou urinaires (6)	25,00%
Pour l'anesthésie dans les mêmes conditions (8)	20,00%
Actes chir plast.plaies brulures réalisés sur la face ou les mains (R)	50,00%
reduction ou osteosynthèse sur fracture ou luxation ouverte (L)	20,00%
(s'applique aussi aux actes d'anesthésie) majoration transitoire de chirurgie (J)	6,50%
(applicable au CMU en secteur 2) majoration forfait modulable(K)	11,50%

-->objectif en CCAM définitive: modificateur de + 30% pour les actes chirurgicaux reintervention ou pour certains actes avec IMC > à 35

ACTES d'ACCOUCHEMENT: Juillet 2013 sect 1 et CAS (K) 11,50%

ANESTHESIE: modificateur présence permanente liste 2 (7) 4,00%

MG Pédiatre: majoration soins urgence au cabinet (M) 26,88 €

ACTES de RADIOLOGIE

modificateur pour actes effectués par Radiologue (Z)	21,80%
modificateur pour actes effectués par Pneumo et Rhumato (Y)	15,80%
modificateur pour actes réalisés au bloc opératoire, en réanimation ou au lit du patient intransportable (hors ampli, interv,vesicule) (B)	40,00%
contrôle radio segment squelette sous contention (D) 24,00% en cas de radio comparative (C) 49,00%	

URGENCE Nuit entre 20H et 8H (U) : 25,15 €

pediatres et omnipraticiens (P) 20H - 00H 35 €

pediatres, omnipraticiens, actes AG ou LR (S) 00H à 08H 40 €

-->objectif en CCAM définitive: modificateur de + 32% pour l'URGENCE, Nuit, WE, JF

URGENCE Dimanche / J.F. (F)

Des règles générales inadaptées pour les ASSOCIATIONS d'actes CCAM, limitation à 2 actes, réduction de 50% du deuxième

→ Association de **deux actes** maximum dans le **même temps** :

- le premier à 100 % : code : 1
- le second à 50 % : code : 2
- Exceptions dans certains cas

→ **Association d'actes la même journée par le même médecin**: elle est possible pour raisons médicales ou dans l'intérêt du patient : 100 % : code : 5

Il avait été proposé en comité de pilotage, de pouvoir associer 3 actes, mais pas d'accord sur le taux de réduction et proposition non retenue.

Un cas particulier: les échographies

- 1 seul acte tarifé
 - sauf pour les organes intra abdominaux, et ou pelviens, le sein, la thyroïde, les testicules
- Dans ces cas règle générale 100% et 50%
- quelques associations sont reprises dans des procédures exemple écho doppler des membres inférieurs et cervico encéphalique (EBQM002), aorte abdominale et membres inférieurs (DGQM001)
 - Le guidage échographique ne peut être tarifé qu'avec des actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage échographique (sauf pour l'anesthésie locorégionale AHQJ021).
 - L'échographie obstétricale, pour le suivi médical de la grossesse (JQQM010 – 015 – 016 – 017 – 018 - 019) (Gynéco- obst ou MG avec DIU écho obst) peut être cumulé à 100% avec la Cs

Le principe non adapté de non cumul de la Consultation, avec un acte CCAM, sauf exceptions

- Cs (C2) + Radio thorax (100%) pour Pneumos
- Cs (C2) + Ostéo densitométrie (100%)
Rhumatos, Réadaptateurs
- Cs ou C + Echographie obstétricale (100%) (1 fois/trimestre) MG, Gynéco, Obstétricien.

CONCLUSIONS

- Evolutivité limitée
- Lourdeur du processus
- Appropriation et contrôle de l'outil de codification

QUIZZ

LA CCAM permet de coter les consultations ?

QUIZZ

En pratique pour coter en CCAM il faut aller sur le site AMELI.FR pour trouver le bon code ?

QUIZZ

En radiologie les actes ont été valorisés depuis 2005 ?

QUIZZ

La CCAM permet de facturer uniquement l'acte intellectuel

- **En radiologie ?**
- **En échographie ?**
- **En scanner ?**
- **En IRM ?**

