

La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

Dr Christian FORTEL, radiologue

**Travail de synthèse élaboré par Wilfrid VINCENT
Délégué général de la FNMR**

OBJECTIF

- Prise en main rapide de la facturation avec la CCAM
- Nomenclature = liste sous forme de liste, de codes, de règles d'attribution, etc.

CCAM version 53 applicable au 14.07.2018

FACTURER, C'EST SIMPLE

- CCAM : liste qui comprend tous les actes techniques médicaux dont les actes d'imagerie.
- Pour chaque acte : un code et un tarif.
- Code choisi = acte réalisé

FACTURER, C'EST SIMPLE

Ex : radio du coude

MFQK002 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y]	Radiographie du coude selon 1 ou 2 incidences (ZZLP025)	1	0	19,95	19,95
MFQK001 [B, C, D, E, F, P, S, U, Y]	Radiographie du coude selon 3 incidences ou plus (ZZLP025)	1	0	28,83	28,83

- Libellé choisi = acte réalisé
- le logiciel récupère automatiquement le tarif

FACTURER, PAS TOUJOURS SIMPLE

- Chaque libellé comprend le code et le tarif
- mais aussi d'autres d'éléments (des lettres, des chiffres, des notes) qui peuvent modifier la facturation.
- Des cotations plus compliquées comme les associations d'actes.

FACTURER, PAS TOUJOURS SIMPLE

Des règles = Dispositions générales de la CCAM (Livre I).

Des obligations, par ex :

- Seuls les actes inscrits à la CCAM peuvent être facturés et remboursés,
- Si un libellé décrit une procédure comprenant plusieurs actes, il faut facturer cette procédure et non pas les actes qui la composent,
- Si plusieurs actes sont réalisés, il faut appliquer les règles d'association,
- Etc.

Des interdictions, par ex :

- Interdit de facturer un acte diagnostique et un acte thérapeutique effectués sur le même site avec le même accès et la même technique,
- Certaines associations d'actes sont interdites,
- Interdit de facturer un acte qui ne comporte pas de tarif,
- Etc.

QUE DOIT-ON FACTURER ?

- Facturer = facturation d'un acte technique médical à un patient avec feuille de soins en vue du remboursement par la sécurité sociale.
- Sont remboursables : Tous les actes médicaux techniques qui sont listés dans la CCAM.

QUE DOIT-ON FACTURER ?

Ex

Le libellé est : radiographie du crâne et/ ou du massif facial selon une ou 2 incidences

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Tarif Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Remb. ss Cdtions	Accord Préalable	Exo. TM	Regroupement
LAQK003 [E, F, P, S, U, Y]	Radiographie du crâne et/ou du massif facial selon 1 ou 2 incidences <i>Radiographie des sinus paranasaux</i> <i>Radiographie du maxillaire défilé</i> <i>Radiographie des os propres du nez</i> <i>À l'exclusion de : radiographie</i> <i>- unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire (LBQK005)</i> <i>- de la bouche (cf 07.01.04.01)</i> <i>Indication des radiographies du crâne : surveillance de cathéter de dérivation d'une hydrocéphalie, ostéomyélite, ostéomalacie, maladies osseuses métaboliques et maladie de Paget, myélome, métastases osseuses, tumeurs osseuses primitives du crâne, suspicion de maltraitance chez l'enfant</i> <i>Indication des radiographies du massif facial : sinusite aigue maxillaire ou frontale après échec d'un traitement bien conduit, recherche de corps étranger radio opaque, traumatisme orbitaire</i> <i>Code extension documentaire, pour distinguer :</i> <i>- réalisation de radiographie du crâne : coder A</i> <i>- réalisation de radiographie de sinus : coder B</i> <i>- recherche de corps étranger avant réalisation d'un examen remnographique : coder C</i>	1	0	23,94	23,94			2	ADI

QUE DOIT-ON FACTURER ?

Code = LAQK003

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Tarif Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Remb. ss Cdtions	Accord Préalable	Exo. TM	Regroupement
LAQK003 (E, F, P, S, M, X)	Radiographie du crâne et/ou du massif facial selon 1 ou 2 incidences <i>Radiographie des sinus paranasaux</i> <i>Radiographie du maxillaire défilé</i> <i>Radiographie des os propres du nez</i> <i>À l'exclusion de : radiographie</i> <i>- unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire (LBQK005)</i> <i>- de la bouche (cf 07.01.04.01)</i> <i>Indication des radiographies du crâne : surveillance de cathéter de dérivation d'une hydrocéphalie, ostéomyélite, ostéomalacie, maladies osseuses métaboliques et maladie de Paget, myélome, métastases osseuses, tumeurs osseuses primitives du crâne, suspicion de maltraitance chez l'enfant</i> <i>Indication des radiographies du massif facial : sinusite aigue maxillaire ou frontale après échec d'un traitement bien conduit, recherche de corps étranger radio opaque, traumatisme orbitaire</i> <i>Code extension documentaire, pour distinguer :</i> <i>- réalisation de radiographie du crâne : coder A</i> <i>- réalisation de radiographie de sinus : coder B</i> <i>- recherche de corps étranger avant réalisation d'un examen remnographique : coder C</i>	1	0	23,94	23,94			2	ADI

QUE DOIT-ON FACTURER ?

Activité : Si un médecin ou 1 équipe = 1

Phase : s'il y a plusieurs phases de traitement

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Tarif Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Remb. ss Cdtions	Accord Préalable	Exo. TM	Regroupement
LAQK003 [E, F, P, S, U, Y]	Radiographie du crâne et/ou du massif facial selon 1 ou 2 incidences <i>Radiographie des sinus paranasaux</i> <i>Radiographie du maxillaire défilé</i> <i>Radiographie des os propres du nez</i> <i>À l'exclusion de : radiographie</i> <i>- unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire (LBQK005)</i> <i>- de la bouche (cf 07.01.04.01)</i> <i>Indication des radiographies du crâne : surveillance de cathéter de dérivation d'une hydrocéphalie, ostéomyélite, ostéomalacie, maladies osseuses métaboliques et maladie de Paget, myélome, métastases osseuses, tumeurs osseuses primitives du crâne, suspicion de maltraitance chez l'enfant</i> <i>Indication des radiographies du massif facial : sinusite aigue maxillaire ou frontale après échec d'un traitement bien conduit, recherche de corps étranger radio opaque, traumatisme orbitaire</i> <i>Code extension documentaire, pour distinguer :</i> <i>- réalisation de radiographie du crâne : coder A</i> <i>- réalisation de radiographie de sinus : coder B</i> <i>- recherche de corps étranger avant réalisation d'un examen remnographique : coder C</i>	1	0	23,94	23,94			2	ADI

QUE DOIT-ON FACTURER ?

Tarif secteur 1 et/ou adhérent OPTAM

Tarif hors secteur 1 / Non adhérent OPTAM

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Tarif Hors secteur 1 hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Remb. ss Cdtions	Accord Préalable	Exo. TM	Regroupement
LAQK003 [E, F, P, S, U, Y]	<p>Radiographie du crâne et/ou du massif facial selon 1 ou 2 incidences</p> <p><i>Radiographie des sinus paranasaux</i></p> <p><i>Radiographie du maxillaire défilé</i></p> <p><i>Radiographie des os propres du nez</i></p> <p><i>À l'exclusion de : radiographie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire (LBQK005) - de la bouche (cf 07.01.04.01) <p><i>Indication des radiographies du crâne : surveillance de cathéter de dérivation d'une hydrocéphalie, ostéomyélite, ostéomalacie, maladies osseuses métaboliques et maladie de Paget, myélome, métastases osseuses, tumeurs osseuses primitives du crâne, suspicion de maltraitance chez l'enfant</i></p> <p><i>Indication des radiographies du massif facial : sinusite aigue maxillaire ou frontale après échec d'un traitement bien conduit, recherche de corps étranger radio opaque, traumatisme orbitaire</i></p> <p><i>Code extension documentaire, pour distinguer :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - réalisation de radiographie du crâne : coder A - réalisation de radiographie de sinus : coder B - recherche de corps étranger avant réalisation d'un examen remnographique : coder C 	1	0	23,94	23,9			2	ADI

QUE DOIT-ON FACTURER ?

Remboursement sous condition : s'il existe une condition au remboursement par l'assurance maladie

Accord préalable : si l'acte doit faire l'objet d'un accord préalable de l'assurance maladie

Exonération TM : si l'acte justifie l'exonération du ticket modérateur

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Tarif Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Remb. ss Cdtions	Accord Préalable	Exo. TM	Regroupement
LAQK003 [E, F, P, S, U, Y]	Radiographie du crâne et/ou du massif facial selon 1 ou 2 incidences <i>Radiographie des sinus paranasaux</i> <i>Radiographie du maxillaire défilé</i> <i>Radiographie des os propres du nez</i> À l'exclusion de : radiographie - unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire (LBQK005) - de la bouche (cf 07.01.04.01) <i>Indication des radiographies du crâne : surveillance de cathéter de dérivation d'une hydrocéphalie, ostéomyélite, ostéomalacie, maladies osseuses métaboliques et maladie de Paget, myélome, métastases osseuses, tumeurs osseuses primitives du crâne, suspicion de maltraitance chez l'enfant</i> <i>Indication des radiographies du massif facial : sinusite aigue maxillaire ou frontale après échec d'un traitement bien conduit, recherche de corps étranger radio opaque, traumatisme orbitaire</i> <i>Code extension documentaire, pour distinguer :</i> - réalisation de radiographie du crâne : coder A - réalisation de radiographie de sinus : coder B - recherche de corps étranger avant réalisation d'un examen remnographique : coder C	1	0	23,94	23,94			2	ADI

QUE DOIT-ON FACTURER ?

- ADC : actes de chirurgie
- ACO : actes d'obstétrique
- ADA : actes d'anesthésie
- **ADI : actes d'imagerie (hors échographie)**
- **ADE : actes d'échographie**
- ATM : actes techniques (hors imagerie)

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Tarif Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Remb. ss Cdtions	Accord Préalable	Exc	Regroupement
LAQK003 [E, F, P, S, U, Y]	<p>Radiographie du crâne et/ou du massif facial selon 1 ou 2 incidences</p> <p>Radiographie des sinus paranasaux Radiographie du maxillaire défilé Radiographie des os propres du nez</p> <p>À l'exclusion de : radiographie - unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire (LBQK005) - de la bouche (cf 07.01.04.01)</p> <p>Indication des radiographies du crâne : surveillance de cathéter de dérivation d'une hydrocéphalie, ostéomyélite, ostéomalacie, maladies osseuses métaboliques et maladie de Paget, myélome, métastases osseuses, tumeurs osseuses primitives du crâne, suspicion de maltraitance chez l'enfant</p> <p>Indication des radiographies du massif facial : sinusite aigue maxillaire ou frontale après échec d'un traitement bien conduit, recherche de corps étranger radio opaque, traumatisme orbitaire</p> <p>Code extension documentaire, pour distinguer : - réalisation de radiographie du crâne : coder A - réalisation de radiographie de sinus : coder B - recherche de corps étranger avant réalisation d'un examen remnographique : coder C</p>	1	0	23,94	23,94				ADI

QUE DOIT-ON FACTURER ?

Modificateurs :

- précisent des conditions particulières à un acte,
- ou
- modifient le tarif de l'acte

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Tarif Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Remb. ss Cdtions	Accord Préalable	Exo. TM	Regroupement
LAQK003 [E, F, P, S, U, Y]	<p>Radiographie du crâne et/ou du massif facial selon 1 ou 2 incidences</p> <p><i>Radiographie des sinus paranasaux</i></p> <p><i>Radiographie du maxillaire défilé</i></p> <p><i>Radiographie des os propres du nez</i></p> <p><i>À l'exclusion de : radiographie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire (LBQK005) - de la bouche (cf 07.01.04.01) <p><i>Indication des radiographies du crâne : surveillance de cathéter de dérivation d'une hydrocéphalie, ostéomyélite, ostéomalacie, maladies osseuses métaboliques et maladie de Paget, myélome, métastases osseuses, tumeurs osseuses primitives du crâne, suspicion de maltraitance chez l'enfant</i></p> <p><i>Indication des radiographies du massif facial : sinusite aigue maxillaire ou frontale après échec d'un traitement bien conduit, recherche de corps étranger radio opaque, traumatisme orbitaire</i></p> <p><i>Code extension documentaire, pour distinguer :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - réalisation de radiographie du crâne : coder A - réalisation de radiographie de sinus : coder B - recherche de corps étranger avant réalisation d'un examen remnographique : coder C 	1	0	23,94	23,94			2	ADI

QUE DOIT-ON FACTURER ?

Réintroduction du modificateur Z en 2019: majoration spécifique aux radiologues
Remplaçant le modificateur Y qui apparaît sur vos diapositives (qui n'était plus spécifique à notre spécialité)

QUE DOIT-ON FACTURER ?

**Tableau 2 : Modificateurs utilisés par les radiologues
valeur monétaire ou pourcentage**

Code	Libellé	Valeur
U	Acte réalisé en urgence par les médecins la nuit entre 20h et 08h	25,15€
F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19,06€
E	Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans	+49%
C	Réalisation d'une radiographie comparative	+49%
D	Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide	+24%
Y	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue, un pneumologue ou un rhumatologue	+15,8%
B	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité de réanimation ou au lit du patient intransportable	+49%

?

QUE DOIT-ON FACTURER ?

Note de libellé :

précise les conditions de réalisation de l'acte

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Tarif Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Remb. ss Cdtions	Accord Préalable	Exo. TM	Regroupement
LAQK003 [E, F, P, S, U, Y]	<p>Radiographie du crâne et/ou du massif facial selon 1 ou 2 incidences</p> <p><i>Radiographie des sinus paranasaux</i> <i>Radiographie du maxillaire défilé</i> <i>Radiographie des os propres du nez</i> À l'exclusion de : radiographie - unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire (LBQK005) - de la bouche (cf 07.01.04.01)</p> <p><i>Indication des radiographies du crâne : surveillance de cathéter de dérivation d'une hydrocéphalie, ostéomyélite, ostéomalacie, maladies osseuses métaboliques et maladie de Paget, myélome, métastases osseuses, tumeurs osseuses primitives du crâne, suspicion de maltraitance chez l'enfant</i></p> <p><i>Indication des radiographies du massif facial : sinusite aigue maxillaire ou frontale après échec d'un traitement bien conduit, recherche de corps étranger radio opaque, traumatisme orbitaire</i></p> <p><i>Code extension documentaire, pour distinguer :</i> - réalisation de radiographie du crâne : coder A - réalisation de radiographie de sinus : coder B - recherche de corps étranger avant réalisation d'un examen remnographique : coder C</p>	1	0	23,94	23,94			2	ADI

La CCAM :

Quelques grands principes

QUELQUES GRANDS PRINCIPES

La CCAM est :

- le cadre du remboursement des actes techniques médicaux
- Les médecins libéraux et salariés doivent obligatoirement utiliser cette liste d'actes pour communiquer avec l'assurance maladie.

L'ACTE GLOBAL (1)

"chaque libellé décrit un acte global qui comprend l'ensemble des gestes nécessaires à sa réalisation dans le même temps d'intervention ou d'examen, conformément aux données acquises de la science et au descriptif de l'acte dans la liste »

(article I-6 des Dispositions générales de la CCAM).

L'ACTE GLOBAL (2)

peut être :


- ***un acte isolé, avec un seul code***, réalisable de façon indépendante. Le terme isolé n'est jamais écrit dans le libellé.

Ou

- ***une procédure, qui est le regroupement d'actes isolés***. Le libellé décrit toutes les conditions de réalisation des différents actes.

ACTE GLOBAL (3)

Impossible de facturer indépendamment les actes qui composent une procédure

-  **Ex: impossible** de facturer l'association:
ZBQK002 : « radiographie du thorax » (21,28€) et
LJQK001 : « radiographie du squelette du thorax » (23,94€)
puisque'une procédure existe.

- **Il faut coder et facturer :**



LJQK002 Radiographie du thorax avec radiographie du squelette du thorax
Radiographie pulmonaire avec gril costal

- (45,22€) avec le Y pour un radiologue.

PAS DE CODAGE PAR ASSIMILATION



Le codage par assimilation est interdit

- **Le code à utiliser doit être celui du libellé** dont la rédaction correspond le plus exactement à la description de l'acte effectué.
- Si aucun libellé ne correspond à l'acte réalisé, cet acte ne doit pas être codé.

L'ACTE RÉALISÉ EST CODÉ

Si l'acte prévu n'a pas été pratiqué,




quelle que soit la raison,

il ne peut pas être facturé.

Un acte ne peut être codé qu'à l'issue de sa complète réalisation, à l'exception ... (Art I-3)

GESTES COMPLÉMENTAIRES ET SUPPLÉMENTS (1)

- Un acte peut être accompagné de gestes complémentaires, d'acte de guidage ou de suppléments.
- **Ceux-ci ne peuvent être tarifés que si les actes qu'ils complètent sont réalisés.**
- **Les gestes complémentaires et les suppléments qui peuvent être tarifés avec un acte sont mentionnés, sous forme de codes, pour chaque acte avec lequel ils peuvent être codés.**
-  **Le geste complémentaire ne peut pas être coté indépendamment**

GESTES COMPLÉMENTAIRES ET SUPPLÉMENTS (2)

MZQK002

Scanographie unilatérale ou bilatérale de segment du membre supérieur, sans injection de produit de contraste

[E, F, P, S, U, Y] (ZZLP025, ZZQP004, YYYY600)

3 suppléments :

- ZZLP025 : anesthésie
- ZZPQ004 : Restitution tridimensionnelle des images acquises par scanographie
- YYYY600 : archivage numérique d'une mammographie ou d'un examen scanographique ou remnographique

GESTES COMPLÉMENTAIRES ET SUPPLÉMENTS (3)

3 suppléments peuvent être cotés MAIS



- L'anesthésie pas par le radiologue.

- La restitution tridimensionnelle mais pas de tarif.

ZZQP004

Restitution tridimensionnelle des images acquises par scanographie

Non pris en charge

- L'archivage numérique : 0,75 € (depuis V54)

L'ANESTHÉSIE

« l'anesthésie-réanimation générale ou locorégionale est prise en charge à condition qu'elle soit administrée .../... et faite personnellement par un médecin autre que celui effectuant l'acte qui la nécessite » (DG I-7).



Le radiologue ne peut pratiquer qu'une anesthésie locale comprise dans le tarif de l'acte.

LES MODIFICATEURS (1)

- **Modifient les circonstances de réalisation d'un acte et éventuellement de sa tarification.**
- ✓ **une lettre** (ex: Z pour les actes de radiologie conventionnelle et scanner réalisés par les radiologues)
- ✓ **un chiffre** (ex : 5 pour les actes réalisés dans la même journée mais à des moments discontinus par le même médecin pour le même patient).

LES MODIFICATEURS (2)

- Le modificateur peut permettre une **majoration tarifaire** sous forme:
 - ✓ d'un forfait (U acte d'urgence = 25, 15€) ajouté à la valeur de l'acte
 - ✓ ou d'un pourcentage (15,8% du Z utilisé par les radiologues) appliqué sur la valeur de l'acte.

	Tarif Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Tarif Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM- CO (en euro)
Y Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue pneumologue ou un rhumatologue	+15,80%	+15,80%

- Le modificateur s'applique uniquement si l'acte a un tarif.

LES MODIFICATEURS UTILISÉS PAR LES RADIOLOGUES (1)

**Tableau 2 : Modificateurs utilisés par les radiologues
valeur monétaire ou pourcentage**

Code	Libellé	Valeur
U	Acte réalisé en urgence par les médecins la nuit entre 20h et 08h	25,15€
F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19,06€
E	Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 3 ans	+49%
C	Réalisation d'une radiographie comparative	+49%
D	Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide	+24%
Y	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue, un pneumologue ou un rhumatologue	+15,8%
B	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité de réanimation ou au lit du patient intransportable	+49%

?

LES MODIFICATEURS UTILISÉS PAR LES RADIOLOGUES (2)

Certains modificateurs sont exclusifs l'un de l'autre : U, P, S, et F. (U et F pour les radiologues)

- Ces modificateurs ne peuvent être **facturés qu'1 seule fois**
 - ✓ par intervenant
 - ✓ au cours d'une séance
 - ✓ quel que soit le nombre d'actes réalisés
- 4 modificateurs maximum pour un acte. Chacun s'applique sur le tarif de l'acte indépendamment des autres.

article III-2 des DG

MODIFICATEUR U

Urgence :

Réalisation d'un **acte non prévu 8 heures auparavant, entre 20 heures et 08 heures, le dimanche ou un jour férié**, et de 8 heures à 20 heures pour la réalisation d'un acte dans un délai maximum de 6 heures après l'admission du patient dans un établissement mentionné au code de la sécurité sociale **pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme** et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles (Art III-2 DG).

MODIFICATEUR E

« Réalisation d'une radio conventionnelle ou d'un scanner chez un patient de moins de 5 ans ».

Majore le tarif de 49%.

article III-2 des DG

Ne s'applique pas :

- aux actes de radiographie du squelette entier,
- à l'hémisquelette,
- à la radiologie vasculaire,
- à la radiologie interventionnelle.

MODIFICATEUR C (1)

« Réalisation d'une radiographie comparative ».
Il ne s'agit pas d'une radio bilatérale



Majore le tarif de 49%.

- Coter un acte et lui appliquer le modificateur C (0,49%).

Ne pas oublier le modificateur Z

MODIFICATEUR C (2)

« Radiographie comparative du coude ».

MFQK002 **Radiographie du coude selon 1 ou 2 incidences**
[B, C, D, E, F, P, S, U, Y] (ZZLP025)

1 radio du coude 19,95€ * modificateur Y (15,8%) + modificateur C (49%)= 32,88€

MFQK002	Y	C	Total
	0,158	0,49	
19,95€	3,15 €	9,78 €	32,88€

MODIFICATEUR D

«Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide».

Majore le tarif de 24%

MODIFICATEUR B

« Majoration pour radiographie réalisée au bloc, en unité de réanimation ou au lit du patient ».

Majore le tarif de 49%.

Ne peut pas être tarifé avec :

- Un acte de radiologie vasculaire et interventionnelle.
- Une radioscopie de longue durée avec amplificateur de brillance.
- Un examen radiologique de la vésicule et des voies biliaires ou pancréatiques au cours d'un acte diagnostique ou thérapeutique.

article III-2 des DG

PLUSIEURS MODIFICATEURS

Chaque modificateur est appliqué au tarif de l'acte.

MGQK003

[B, C, D, E, F, P, S, U, Y]

Radiographie du poignet selon 1 ou 2 incidences 19,95
(ZZLP025)

Réalisé par radiologue sur enfant de moins de 5 ans sous plâtre.

- E : $19,95\text{€} * 49\% = 9,78 \text{€}$
- D : $19,95\text{€} * 24\% = 4,80\text{€}$
- Z : $19,95\text{€} * 15,8\% = 3,15\text{€}$

Total à facturer : $19,95\text{€} + (9,78 \text{€} + 4,80 \text{€} + 3,15\text{€}) = 37,68\text{€}$

LE MODIFICATEUR U (1)

Si un patient vient, **en dehors de tout rendez-vous**, avec une demande de radiographie du poignet suite à une chute faite 2 heures plus tôt.

Est-il possible de facturer le modificateur urgence ?

Valeur de U = 25,15 €

MODIFICATEUR U (2)



DG Art III-2

Urgence : Réalisation d'un acte non prévu 8 heures auparavant, entre 20 heures et 08 heures, le dimanche ou un jour férié, pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles.

LES ACTES BILATÉRAUX(1)

Pour **les actes** réalisés sur des organes ou des sites anatomiques pairs, **plusieurs cas sont prévus:**

1^{er} CAS

- Un libellé d'acte unilatéral et un libellé d'acte bilatéral.
- En cas de réalisation bilatérale, il faut coter l'acte bilatéral.

Ex: Radio du genou:

- un libellé unilatéral (NFQK001 : «Radiographie unilatérale ...»)
- et un libellé bilatéral (NFQK002 "Radiographie bilatérale ...»).

Il faut utiliser le libellé bilatéral en cas d'actes bilatéraux sur les genoux.

LES ACTES BILATÉRAUX (2)

2^{ème} cas : Acte dont le libellé ou la note d'accompagnement comporte la mention « **unilatéral ou bilatéral** ».

NEQM001 Échographie unilatérale ou bilatérale de la hanche du nouveau-né

Le code ne peut être facturé qu'une seule fois.

3^{ème} cas

• **Libellé sans précision de latéralité.** Dans ce cas, le libellé concerne un acte unilatéral. En cas de réalisation bilatérale, il faut coder deux fois l'acte conformément aux règles d'association.

Ex	MFQK002	Radiographie du coude selon 1 ou 2 incidences
	[B, C, D, E, F, P, S, U, Y]	(ZZLP025)

2 Tarifs par acte

La CCAM (depuis la V39) présente 2 tarifs par acte.

- « secteur 1 / adhérent OPTAM » applicable aux actes réalisés par les médecins secteur 1 et les médecins adhérents à l'OPTAM.

Tarif Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Tarif Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM- CO (en euro)
--	---

- «hors secteur 1 / hors adhérent à l'OPTAM» applicable aux actes réalisés par les médecins qui n'ont pas adhéré à l'OPTAM (secteur 1 avec DP ou secteur 2).

2 Tarifs par acte (3)

Ex : des actes avec

- 2 tarifs identiques
- ou
- 2 tarifs différents

			Tarif Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Tarif Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM- CO (en euro)
Échographie du petit bassin [pelvis] féminin pour surveillance de l'ovulation	1	0	37,8	37,8
<i>Indication : quand l'acte est réalisé par une sage-femme, la prescription d'un médecin est nécessaire</i>				
<i>Facturation : 3 actes d'échographie maximum par cycle</i>				
Échographie-doppler du petit bassin [pelvis] féminin pour surveillance de l'ovulation	1	0	42,25	42,25
<i>Indication : quand l'acte est réalisé par une sage-femme, la prescription d'un médecin est nécessaire</i>				
<i>Facturation : 3 actes d'échographie maximum par cycle</i>				
Échographie non morphologique de la grossesse avant 11 semaines d'aménorrhée	1	0	35,65	35,65
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse uniembryonnaire au 1er trimestre	1	0	61,47	48,35
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multiembryonnaire au 1er trimestre	1	0	71,57	54,21

LES ASSOCIATIONS D'ACTES

- 1 La règle générale
- 2 Les interdictions
- 3 Les dérogations

LES ASSOCIATIONS D'ACTES (1)

Pas de cumul d'un acte technique et d'une consultation.

Article III-3

A) Quand des actes techniques sont effectués dans le même temps qu'une consultation ou une visite mentionnées dans l'arrêté du 27 mars 1972 modifié relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, les honoraires de celle-ci ne se cumulent pas avec ceux des actes techniques. Par extension, les majorations prévues à la NGAP ne peuvent pas être

Des exceptions sont prévues mais ne concernent pas les radiologues.

LES ASSOCIATIONS D'ACTES (2)

Des exceptions à la règle du non cumul :

- Gynécologie : écho obstétricale.
- Rhumatologie : densitométrie.
- Pneumologie : thorax.

LES ASSOCIATIONS D'ACTES (3)

Définition :

Article I-11 Association

Dans le cadre de la tarification, l'association d'actes correspond à la réalisation de plusieurs actes, dans le même temps, pour le même patient, par le même médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme, dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité entre ces actes. Les codes

En cas d'association, utiliser des codes pour la facturation
(à l'article III-3 du Livre III des dispositions générales).

RÈGLE GÉNÉRALE DES ASSOCIATIONS (1)

Règle générale :

L'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50% de sa valeur.

Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein.

Les suppléments peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein.

(DG Article III-3).

RÈGLE GÉNÉRALE DES ASSOCIATIONS (2)

Lorsque des actes sont réalisés en association, **le médecin code les actes réalisés.**

Il indique pour chacun le code correspondant à la règle d'association qui doit lui être appliquée (DG Art III-3 B) :

- Pour le **1^{er} acte**, celui dont le tarif est le plus élevé, le **code est 1.**
- Pour le **second acte**, le **code est 2.**

LES ASSOCIATIONS INTERDITES (1)

Incompatibilités générales

- **Un acte diagnostique et un acte thérapeutique** sur le même site avec le même accès et la même technique.
- **Deux actes**
 - ✓ dont l'un est mentionné sous le libellé de l'autre par l'expression "avec ou sans ».
Ex: ELQM001 : « *Échographie-doppler des vaisseaux digestifs Avec ou sans : échographie-doppler de l'aorte abdominale* ».
 - ✓ Dans ce cas, il ne faut coder que l'échographie-doppler des vaisseaux digestifs.
- **Un acte «sans» et un acte «avec»** l'emploi d'une technique.
 - ✓ Ex: scanner sans injection de produit de contraste et un scanner avec injection de produit de contraste.
 - ✓ Si deux actes successifs, seul le plus complexe est codé: le scanner avec injection de produit de contraste.

.../...

LES ASSOCIATIONS INTERDITES (2)

Les actes multiples (répétition d'actes identiques au cours de la même intervention) **ne peuvent pas être mentionnés.**

L'acte n'est codé qu'une seule fois. Les suppléments aussi.

Les actes identiques:

- Actes réalisés sur un même site anatomique, à l'exception des actes réalisés sur la main et sur le pied
- Actes dont les libellés comportent des informations numériques
- Actes dont les libellés précisent la mention « bilatérale » (Ex: MDQK002 : « Radiographie bilatérale de la main et/ou du poignet, selon 1 incidence sur 1 seul cliché de face »).

ASSOCIATIONS INTERDITES (3)

- **Incompatibilités inscrites en tête d'un chapitre** de la CCAM portant sur un groupe d'actes

Ex: le chapitre **14.01.02** Radiographie du membre inférieur

comprend en tête de chapitre une note qui précise :

Facturation : l'association d'une radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon plusieurs incidences (NAQK007, NAQK023) avec une radiographie de l'articulation coxofémorale (NEQK010, NEQK035, NEQK012) ne peut pas être facturée

- **Incompatibilité propre à un acte**

Ex:

QELH001

[Y]

Pose de repère dans le sein, par voie transcutanée avec guidage mammographique

Facturation : ne peut pas être facturé avec guidage radiologique (YYYY033)

CONSULTATION OU ACTE ? (1)

Est-il possible de coter:

Une **consultation ET une majoration** pour
personne âgée

À la place

d'actes de faibles valeur?

CONSULTATION OU ACTE ? (2)

Non - Le code de la sécurité sociale précise que les médecins sont tenus de respecter dans tous leurs actes la plus stricte économie.



Code de la sécurité sociale Article L162-2-1 :

Créé par [Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 - art. 17 \(V\) JORF 25 avril 1996](#)

Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Convention médicale - Titre 4. L'exercice conventionne

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale, les médecins observent dans tous leurs actes et prescriptions la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité du traitement.

DÉROGATIONS

Les dérogations sont **précisées par technique** :

- **Radiologie conventionnelle**
- **Echographie**
- **Scanner**
- **IRM**

CCAM : Article III-3 – para B) Sous-para 2 dérogations

RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE (1)

Plusieurs actes de radiologie conventionnelle peuvent être associés entre eux, quel que soit leur nombre.



Le guidage radiologique est considéré comme un acte de radiologie conventionnelle

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

RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE (2)



Exception à la règle précédente:

Dans l'association de **deux actes seulement**,
dont l'un est :

- Un geste complémentaire

ou

- Un supplément

ou

- Un acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle (actes du chapitre 19.01.09.02),

Il ne faut pas indiquer de code d'association.

RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE (3)

Un ou plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés à d'autres techniques.

- **L'acte** dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les actes de radiologie conventionnelle
- **et l'acte** dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les autres actes **sont tarifés à 100%.**

Les autres actes sont tarifés selon les règles qui leur sont applicables. Plusieurs cas sont possibles.

RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE (4)

Premier cas: Un seul acte de radiologie conventionnelle et un seul acte autre que conventionnel.

Un supplément éventuel peut être facturé à 100%.



l'association mammo / écho mammaire est exclue.

Règle	Code association	Taux à appliquer au tarif
Acte de radiologie conventionnelle de tarif le plus élevé	1	100%
Autre acte	1	100%
Supplément(s) autorisé(s)	1	100%

RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE (5)

2ème cas: Plusieurs actes de radiologie conventionnelle et d'autres actes associés. L'acte conventionnel (hors modificateur) de tarif le plus élevé **ET** l'autre acte (hors modificateur) de tarif le plus élevé sont tarifés à 100%. Les autres actes sont tarifés suivant les règles qui leur sont applicables.



L'association mammo écho mammaire est exclue.

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

2 SEGMENTS (1)

Comment coter

- Une radio de la **cheville droite (2 incidences)**
et
- Une radio du **pied droit (2 incidences) ?**

2 SEGMENTS (2)

La note 14.01.02 Radiographie du membre inférieur

La radiographie d'un segment du membre inférieur inclut la radiographie des articulations adjacentes.

La cheville est une articulation adjacente du pied.

Il faut donc coter

NDQK003

[B, C, D, E, F, P, S, U, Y]

Radiographie du pied selon 4 incidences ou plus

À l'exclusion de : radiographie du pied selon 4 incidences ou plus, pour étude podométrique (NDQK004)

(ZZLP025)

ASSOCIATION MAMMO/ÉCHO MAMMAIRE

Troisième cas: Une mammographie associée à une échographie mammaire.

Règle	Code association	Taux à appliquer au tarif
Mammographie (si tarif le plus élevé)	1	100%
Echographie mammaire	2	50%

MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE ORGANISÉ (2)

Facturation de l'association mammo de dépistage – écho mammaire.

Consignes particulières de facturation : mammographie dans le cadre du dépistage organisé associée à une échographie :

Ces 2 actes n'ayant pas le même comportement par rapport au parcours de soins (mammographie dans le cadre du dépistage organisé exclu du parcours de soins / échographie concernée par le parcours de soins), il est nécessaire de facturer ces actes sur 2 feuilles des soins distinctes.

Avec les nouvelles règles d'association « Mammographie / Echographie », le médecin devra facturer l'échographie sur une feuille de soin séparée avec un code association « 2 », en veillant à ce que le montant des honoraires prennent en compte l'abattement de 50%.

(Circulaire CNAM 16/2009)

L'ÉCHOGRAPHIE (1)

Un seul acte doit être tarifé mais des exceptions sont prévues.

Lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, **un acte doit être tarifé, sauf** dans le cas de l'examen:

- d'organes intra-abdominaux et/ou pelviens
- et d'un ou plusieurs organes suivants:
 - ✓ Sein,
 - ✓ Thyroïde,
 - ✓ Testicules.

(DG de la CCAM III-3, B, 2 Dérogations, d)

L'ÉCHOGRAPHIE (2)

Si l'association de 2 écho est autorisée,
la règle générale s'applique.

Règle	Code association	Taux à appliquer au tarif
Echographie de tarif le plus élevé	1	100%
2nde échographie (dans les cas autorisés)	2	50%

L'ÉCHOGRAPHIE (3)

Cas d'un acte d'échographie
avec guidage échographique.

Règle	Code association	Taux à appliquer au tarif
Echographie avec guidage échographique	1	100%
Guidage échographique	2	50%

Le guidage ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils sont réalisés avec guidage échographique.

ASSOCIATION MAMMOGRAPHIE / ECHO (1)

Comment coter l'association :

- d'une **mammographie**
- d'une **échographie mammaire**
- et d'une **échographie des aires ganglionnaires axillaires et susclaviculaires**

Dans le cadre du diagnostic et de la surveillance d'un cancer du sein ?

ASSOCIATION MAMMOGRAPHIE / ECHO (2)

La règle des associations s'applique

- **Une seule échographie peut être cotée**
avec
- **la mammographie** (prise en charge à 100% si dépistage organisé)

Ensuite, l'acte dont le tarif est le moins élevé est décoté de 50%

ECHO ABDO-PELV & PAROI ABDO (1)

Comment coter

- Une **échographie abdomino-pelvienne**
(ZCQM010 – 74,10€)

et

- Une **échographie de la paroi abdominale** ou partie molle
(QZQM001 – 37,8€) ?

ECHO ABDO-PELV & PAROI ABDO (2)

L'association est interdite

Règle générale : 1 seule écho cotée
Sauf exception

L'association écho abdo-pelv et écho partie molle
ne fait pas partie des exceptions.

ECHOGRAPHIES OBSTÉTRICALES

Les actes d'échographie biométrique et morphologique de la grossesse ne peuvent être facturés qu'une seule fois par trimestre :

- JQQM010 : Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse uniembryonnaire au 1^{er} trimestre
- JQQM015 : Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multiembryonnaire au 1^{er} trimestre
- JQQM018 : Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifoetale au 2^{ème} trimestre
- JQQM019 : Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multifoetale au 2^{ème} trimestre
- JQQM016 : Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifoetale au 3^{ème} trimestre
- JQQM017 : Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multifoetale au 3^{ème} trimestre

LE SCANNER (1)

Lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, **un seul acte doit être tarifé sauf :**

dans le cas de l'examen conjoint des régions anatomiques suivantes:

- ✓ Membres et tête
- ✓ Membres et thorax
- ✓ Membres et abdomen
- ✓ Tête et abdomen
- ✓ Thorax et abdomen complet
- ✓ Tête et thorax

Quel que soit le nombre de coupes et que l'examen soit réalisé avec ou sans injection de produit de contraste.

(DG CCAM à l'article III-3, B, 2 Dérogations, e)

LE SCANNER (2)

- Dans le cas d'associations autorisées, « *deux actes au plus peuvent être tarifés et à taux plein* ».
- Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 85% (au 1^{er} juillet 2013).

Règle	Code association	Taux à appliquer au tarif
1 ^{er} acte de scanner	4	100%
2 nd acte de scanner (dans les cas autorisés)	4	100%
Supplément autorisé en plus des 2 actes (ex: archivage)	4	100%

LE SCANNER (3)

Dans le cas d'un scanner **avec guidage scanographique**.
Le guidage ne peut être facturé que si le libellé de l'acte précise qu'il nécessite un guidage scanographique.

Règle	Code association	Taux à appliquer au tarif
Acte avec guidage scanographique	4	100%
Guidage scanographique	4	100%
Supplément autorisé en plus des 2 actes (ex: archivage)	4	100%

LE SCANNER CORPS ENTIER (1)

Comment coter un **scanner corps entier** ?

Peut-on utiliser les libellés d'actes sur **3 territoires** ?

ZZQK024

Scanographie de 3 territoires anatomiques ou plus, sans injection de produit de contraste

Indication : bilan diagnostic, d'extension ou de suivi thérapeutique d'affection néoplasique

ZZQK033

Scanographie de 3 territoires anatomiques ou plus, avec injection de produit de contraste

À l'exclusion de : scanographie du crâne, de son contenu et du tronc, avec injection intraveineuse de produit de contraste (ACQH004)

Indication : bilan diagnostic, d'extension ou de suivi thérapeutique d'affection néoplasique

LE SCANNER CORPS ENTIER (2)

Pas de libellé scanner corps entier

Le scanner 3 territoires seulement pour les actes d'oncologie comme indiqué dans l'indication

ZZQK024

Scanographie de 3 territoires anatomiques ou plus, sans injection de produit de contraste

Indication : bilan diagnostic, d'extension ou de suivi thérapeutique d'affection néoplasique

ZZQK033

Scanographie de 3 territoires anatomiques ou plus, avec injection de produit de contraste

À l'exclusion de : scanographie du crâne, de son contenu et du tronc, avec injection intraveineuse de produit de contraste (ACQH004)

Indication : bilan diagnostic, d'extension ou de suivi thérapeutique d'affection néoplasique

L'IRM

« Pour les actes de remnographie, **lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé** ».



Un acte d'IRM ne peut être associé à aucun autre acte.

Seul le guidage remnographique peut être associé avec un acte dont le libellé précise qu'il nécessite un guidage remnographique. Dans ce cas, c'est la règle générale qui s'applique.

Règle	Code association	Taux à appliquer au tarif
Acte avec guidage remnographique	1 ou 2	100% ou 50%
Guidage remnographique	1 ou 2	50% ou 100%
Le code association et le taux à appliquer au tarif dépendent de la valeur réciproque des deux actes		

DG III-3, B, 2 Dérogations, f

RADIOLOGIE VASCULAIRE ET IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

Les actes de radiologie vasculaire et d'imagerie interventionnelle (YYYYxxx)

- **associés à taux plein dans la limite de deux actes.**
- **le code d'association est 1.**
- s'appliquent aux actes dont le libellé mentionne le code YYYYxxx

NEJB001 **Évacuation de collection de l'articulation coxofémorale, par voie transcutanée**
[F, P, S, U] *Avec ou sans : guidage radiologique*
(YYYY105, YYYY300, ZZLP025)

DG de la CCAM III-3, B, 2 Dérogations, g)

ACTES RÉALISÉS À DIFFÉRENTS MOMENTS (1)

Des actes réalisés par un médecin,
sur un même patient, **dans la même journée à des moments différents ou discontinus**,
peuvent être tarifés à taux plein, en utilisant le code d'association 5, sous **certaines conditions** :

- Actes réalisés à des moments différents pour des **raisons médicales ou dans l'intérêt du patient**.
- **Justifier** la réalisation de ces actes à des moments **différents dans le dossier médical du patient** tenu à la disposition du service médical de l'assurance maladie.

(DG de la CCAM III-3, B, 2 Dérogations, h)

ACTES RÉALISÉS À DIFFÉRENTS MOMENTS (2)

Deux cas sont à distinguer :

1^{er} cas: Deux actes sont réalisés à des moments différents et discontinus de la même journée

Le code association est « 1 » pour l'acte de tarif le plus élevé, hors modificateurs.

Le code est «5 » pour l'autre acte, dont le tarif est à taux plein.

Règle	Code association	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 nd acte	5	100%

ACTES RÉALISÉS À DIFFÉRENTS MOMENTS (3)

2nd cas: Plus de deux actes sont réalisés dans la même journée à des moments différents et discontinus. Par exemple, un acte le matin et deux dans le même temps au cours de l'après-midi.

La première séquence d'actes comporte les codes association habituels, en application des règles définies à l'article III-3 du livre III et dans les paragraphes de cette annexe.

La seconde séquence d'actes comporte le code association « 5 » au lieu de « 1 » pour l'acte de tarif le plus élevé, hors modificateurs, et les codes association habituels pour les autres actes de l'association.

Règle	Code association	Taux à appliquer au tarif
Premier temps : acte de tarif le plus élevé	1	100%
Second temps : acte de tarif le plus élevé	5	100%
Second temps: 2 nd acte	2	50%

LES CODES D'ASSOCIATION

Récapitulatif

- Code 1 : acte tarifé à 100%
- Code 2 : acte tarifé à 50%
- Code 3 : acte tarifé à 75% (pour des actes de chirurgie)
- Code 4 : utilisé pour des actes spécifiques dont le scanner et en radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle.

Actes tarifés à 100%.

- Code 5 : utilisé dans le cas d'actes associés réalisés pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient à des moments discontinus de la journée.

Actes tarifés à 100%.

LE CODE 5 (1)

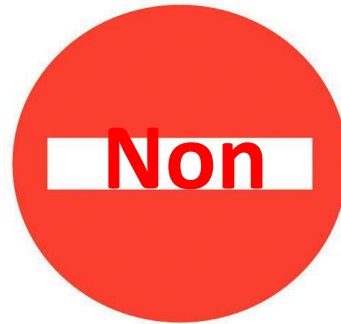
Autre cas :

La réalisation d'une **mammographie conduit** le radiologue à vouloir **pratiquer une échographie**.

La patiente n'avait pas envisagée cette prolongation et souhaite repasser dans la journée.

Peut-on facturer les 2 actes à 100% avec un code 5 ?

LE CODE 5 (2)



Les motifs permettant l'utilisation du code 5 sont limitatifs

Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de

Article III-3, B –2) dérogations h)

,

ACTES DONNANT DROIT À UN FORFAIT TECHNIQUE (1)

*« les actes de scanographie, de remnographie, ... sont ... rémunérés par l'addition d'un tarif par acte ... et **d'un forfait technique rémunérant les coûts de fonctionnement de l'appareil** ».*

*« **Le montant du forfait technique varie en fonction de la classe de l'appareil, de son année d'installation et d'un seuil d'activité de référence** ». « **Au-delà de ce seuil, un montant réduit du forfait technique, .../..., est appliqué.***

DG Art I-14-1

ACTIVITÉS DE RÉFÉRENCE DES SCANNERS ET DES IRM (1)

- **Seuils de référence appliqués par année civile.**
- Le décompte des FT débute le 01/01 et s'achève le 31/12.
- **Mise en service de l'appareil en cours d'année :** Le décompte des FT commence à la date de prise en charge du 1^{er} acte
- **Tous les forfaits techniques doivent être décomptés.**

Voir Annexe 3 des DG

ACTIVITÉS DE RÉFÉRENCE DES SCANNERS ET DES IRM (2)

- Au-delà de l'activité de référence, le forfait réduit est appliqué que l'appareil soit amorti ou non.
- Trois tranches d'activité sont définies au-delà de l'activité de référence:
 - ✓ Activité supérieure à l'activité de référence et inférieure ou égale au seuil 1
 - ✓ Activité supérieure au seuil 1 et inférieure ou égale au seuil 2
 - ✓ Activité supérieure au seuil 2
- A chaque tranche d'activité correspond un montant de forfait réduit.

L'ARCHIVAGE

YYYY600 : Supplément pour archivage numérique d'une mammographie ou d'un examen scanographique ou remnographique

- **Valeur : 0,75 € - 1 seule fois par examen (depuis la V54)**

Le supplément est pris en charge :

- pour l'archivage numérique des images en vue de leur accès immédiat ou différé,
- pour les mammographies, dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein ou du suivi des cancers du sein traités
- sous réserve du respect des conditions du cahier des charges (Annexe 5 des DG de la CCAM)

LE COMPTE RENDU (1)

Pour faire l'objet d'une prise en charge et d'un remboursement,

Article I-5

Pour l'application de l'article I-4, chaque acte doit faire l'objet d'un compte-rendu écrit et détaillé qui sert de document de liaison afin de faciliter la continuité des soins.

LE COMPTE RENDU (2)

Le contenu

Le compte-rendu doit comporter notamment : les renseignements d'ordre administratif, les renseignements d'ordre médical, l'indication de l'acte, les modalités techniques précises quand cela est nécessaire, les résultats quantitatifs et qualitatifs pertinents, les conclusions motivées.

LE COMPTE RENDU (3)

L'article I-5 précise que le compte rendu est **accompagné éventuellement**

- d'un tracé,
- ou d'une iconographie appropriée.

Il est accompagné éventuellement d'un tracé ou d'une iconographie approprié.

Il est réalisé et signé par le médecin ayant pratiqué l'acte.

Il peut être adressé au contrôle médical sur sa demande.

REMBOURSEMENT SOUS CONDITION

Certains actes sont soumis à condition pour le remboursement.

Ex : l'ostéodensitométrie (Absorptiométrie osseuse) sur 2 sites, par méthode biphonique dont le code est PAQK007 et le tarif est 39,96€.

La mention « RC » dans la colonne « remboursement soumis à condition » indique que l'acte doit respecter certaines conditions pour être remboursé.

Les conditions sont stipulées sous le libellé.

Ajouter 'Remboursement exceptionnel' sur la feuille de soins dans la zone "éléments de tarification CCAM" ou cocher la case prévue pour une FSE, à condition que cet acte soit à visée thérapeutique et non esthétique.

LES EXONÉRATIONS

Dépendent des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS).

- **Les exonérations sur les actes d'imagerie** : Le patient est exonéré du forfait de 18 € pour:

des actes de radiodiagnostic, d'imagerie par résonance magnétique, de scanographie, de scintigraphie ou de tomographie à émission de positons, d'un tarif supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60 ;

- **Les exonérations générales** sont applicables aussi aux actes d'imagerie: patients en ALD, CMU, CMU-C, AME, ACS, AT ...



ALD : la prise en charge à 100% ne concerne que l'affection pour laquelle les patients ont été déclarés en ALD.

LES DÉPASSEMENTS (1)

Les spécialistes

- appliquant les **tarifs opposables (Secteur 1)**
 - et qui sont **consultés en dehors du parcours de soins coordonnés,**
- sont autorisé à pratiquer des dépassements,**
- sauf en cas d'urgence
 - ou d'éloignement occasionnel du patient
 - et pour les soins aux bénéficiaires de la CMU complémentaire

(Convention médicale Art 37.1)

DÉPASSEMENTS : QUELS MONTANTS ?

Code de déontologie

ARTICLE 53 (ARTICLE R.4127-53 DU CSP)

Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières.

Ce principe s'applique aussi aux dépassements.

Le code est DE auquel il faut ajouter la valeur du DE

LE HORS NOMENCLATURE

Les actes hors nomenclature sont, par définition, **non remboursables**.



Certains actes peuvent être inscrits à la nomenclature et être non remboursables dans la mesure où ils n'ont pas de tarif.

Par exemple: ZZQN002 : « Restitution tridimensionnelle des images acquises par remnographie [IRM] ».

LE RÔLE DU MANIPULATEUR

Le rôle du manipulateur est reconnu par le code de la santé publique

Article R4351-1

Modifié par [Décret n°2016-1672 du 5 décembre 2016 - art. 1](#)

Le manipulateur d'électroradiologie médicale contribue, dans les conditions définies aux articles R. 4351-2 à R. 4351-3, à la réalisation :

1° Des examens nécessaires à l'établissement d'un diagnostic mettant en œuvre des rayonnements ionisants ou d'autres agents physiques ;

2° Des traitements mettant en œuvre des rayonnements ionisants ou d'autres agents physiques.

Les actes réalisés par un manipulateur sont pris en charge par l'assurance maladie



Ne pas oublier le modificateur Y

LES OUTILS

Différents outils pour utiliser ou suivre la CCAM

- Le **Journal Officiel**. Sa publication rend opposable la CCAM.
- Sur le **site de l'assurance maladie** consacré à la CCAM:
<http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>

Liste des actes de la CCAM disponible au format PDF et Excel.

- **La Lettre informatique hebdomadaire** de la FNMR

LE CONTENTIEUX AVEC LES CAISSES (1)

La plupart des contentieux portent sur les cotations.

La caisse doit notifier précisément au médecin les éléments qui lui sont reprochés.

Le médecin dispose d'un mois pour faire connaître ses observations.

Si la caisse maintient sa décision, elle le notifie au médecin qui dispose **d'un mois pour saisir la Commission de recours amiable (CRA).**

Le médecin peut faire valoir ses observations devant la CRA. Il peut être accompagné d'un expert ou d'un avocat.

Si désaccord avec la CRA, il faut **saisir le TASS dans le délai de 2 mois.**



Les délais doivent être respectés

LE CONTENTIEUX AVEC LES CAISSES (8)

Dans certains cas, un logiciel de facturation peut « autoriser » des associations d'actes interdites.

Qui est responsable de l'erreur de facturation?

Codification et facturation sont TOUJOURS de la responsabilité du médecin qui réalise et facture l'acte.

Le médecin ne peut pas se prévaloir de l'erreur de son prestataire ou de son logiciel auprès de sa caisse.

Le médecin peut éventuellement se retourner contre son prestataire en fonction des clauses du contrat qui les lie.

VOUS SAVEZ TOUT SUR LES COTATIONS...

... Je vous remercie de votre attention.