

# CIRCULAIRE

## CIR-31/2006

Document consultable dans Médi@m

**Date :**

22/06/2006

**Domaine(s) :**

Gestion du risque

Nouveau	<input type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input checked="" type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

**à Mesdames et Messieurs les**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Directeurs</b>        | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM                       | <input checked="" type="checkbox"/> CRAM            | <input checked="" type="checkbox"/> URCAM |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> UGECAM                     | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS            | <input checked="" type="checkbox"/> CTI   |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Agents Comptables</b> |  |   |   |
|  |  |   |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Médecins Conseils</b> | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux                  | <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service |   |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> Médecin Chef de la Réunion |   |   |

**Objet :**

Facturation des actes en  
CCAM V2 - V3 - V4

**Liens :**

Cir-79/2005  
Cir-96/2005

**Plan de classement :**

131

**Emetteurs :**

DDGOS                      DDO

**Pièces jointes :**

Pour mise en oeuvre immédiate

**Résumé :**

Consignes complémentaires de facturation des actes en CCAM  
V2 - V3 - V4

**Mots clés :**

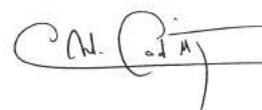
CCAM V2 ; V3 ; V4 ; FACTURATION

Le Directeur Délégué  
à la Gestion et à l'Organisation des Soins



**Jean-Marc AUBERT**

Le Directeur Délégué  
aux Opérations



**Olivier de CADEVILLE**

## **CIRCULAIRE : 31/2006**

Date : 22/06/2006

Objet : Facturation des actes en CCAM V2 - V3 - V4

Affaire suivie par : Franck de RABAUDY (Département des Actes Médicaux) ☎ 01 72 60 13 91

Cette circulaire complète la circulaire CIR-96/2005 du 8 novembre 2005.

Elle apporte des éléments de précision ou des consignes de facturation sur certains actes de la CCAM.

Chaque sujet a été présenté en Commission de Hiérarchisation des Actes et des Prestations. Les solutions décrites ont été validées par la commission.

Les actes concernés n'ont fait l'objet d'aucune modification depuis la CCAM version 2, et présentent donc les mêmes caractéristiques dans les versions 2, 3 et 4 de la CCAM.

### ***1. Précisions sur la CCAM Version 2***

#### ***1.1. Durée de la période post interventionnelle***

La période post interventionnelle de suivi ou de prise en charge des conséquences directes liées à un acte chirurgical, en dehors de complication, est de 15 jours en CCAM (Article I-6 des Dispositions Générales CCAM).

Or, selon l'article 20 de la NGAP, les honoraires de surveillance ne sont facturables qu'à partir du 20ème jour en clinique chirurgicale et obstétricale.

Il est proposé d'harmoniser ces deux textes en ramenant la durée de 20 jours à 15 jours en NGAP.

## **1.2. Incompatibilité entre actes**

Selon la règle 6 de l'article I-12 des Dispositions Générales CCAM, il est impossible de tarifier dans le même temps, l'association entre des actes traduisant une même action ou une même finalité diagnostique ou thérapeutique sur le même site.

*Pourquoi cette règle ?*

Certaines associations d'actes portant sur un même site ne sont pas autorisées, parce que les actes traduisent une même action et/ou finalité

- diagnostique :

*Exemples d'associations interdites :*

JAHB001 *Biopsie du rein, par voie transcutanée sans guidage &*

JAHA001 *Biopsie du rein, par abord direct (les deux actes étant réalisés sur le même rein).*

FGRD002 *Test de provocation par ingestion d'un allergène à concentration fixe & FGRD003 Test de provocation par ingestion d'un allergène administré à concentration croissante*

- thérapeutique :

*Exemples d'associations interdites :*

JVJF008 *Séance d'épuration extrarénale par hémodiafiltration, hémofiltration ou biofiltration sans acétate pour insuffisance rénale chronique & JVJF004 Séance d'épuration extrarénale par hémodialyse pour insuffisance rénale chronique*

LEFC002 *Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale, par thoracoscopie &*

LEFA013 *Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale, par thoracotomie*

HEFA003 *Œsophagectomie avec œsophagogastroplastie, par thoracotomie et par cœlioscopie &*

HEFA020 *Œsophagectomie totale sans rétablissement de la continuité, par cervicotomie et par laparotomie*

Cette règle d'incompatibilité ne signifie pas qu'il n'est pas autorisé d'associer un acte thérapeutique et/ou un acte diagnostique portant sur un même site lorsque l'action et/ou la finalité sont différentes.

*Exemples d'associations autorisées :*

EJQM004 *Échographie-doppler des veines des membres inférieurs et des veines iliaques, sans marquage cutané & EQBP001 Contention veineuse fixe prenant au moins 2 segments de membre, par pose de bande collante ou cohésive*

## **1.3. Radiologie : radiographie des segments de membres**

La notion de segment de membre définie pour la description des actes selon la CCAM (en note dans les subdivisions 13.01.01 « Radiographie du membre supérieur » et 14.01.02 « Radiographie du membre inférieur »), ne permet pas de rester strictement conservatoire avec ce qui existait en NGAP.

Il est donc nécessaire de préciser le contenu des libellés de la CCAM comprenant les termes « deux segments » et « trois segments » de membre.

Dans une prochaine version de la CCAM, des notes de facturation donneront les précisions suivantes :

- MZQK003 : *Radiographie de 2 segments du membre supérieur*  
Doit s'entendre comme radiographie de deux segments du membre supérieur, selon 1 ou 2 incidences par segment.  
Cet acte ne comprend pas la radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule.
- MZQK004 : *Radiographie de 3 segments du membre supérieur ou plus*

Doit s'entendre comme radiographie de trois segments du membre supérieur, selon 1 ou 2 incidences par segment.

Cet acte ne comprend pas la radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule.

- **NZQK005 : Radiographie de 2 segments du membre inférieur**

Doit s'entendre comme radiographie de deux segments du membre inférieur, selon 1 ou 2 incidences par segment.

Cet acte ne comprend pas les radiographies de la ceinture pelvienne et/ou de l'articulation coxo fémorale

- **NZQK006 : Radiographie de 3 segments du membre inférieur ou plus**

Doit s'entendre comme radiographie de trois segments du membre inférieur, selon 1 ou 2 incidences par segment

Ce libellé ne comprend pas les radiographies de la ceinture pelvienne et/ou de l'articulation coxo fémorale.

#### ***1.4. Echographie et procréation médicalement assistée***

Les actes d'échographie du petit bassin [pelvis] féminin pour surveillance de l'ovulation (ZCQM007 et ZCQM009) étant soumis à accord préalable, il est nécessaire d'indiquer sur la facture la date de l'accord préalable donnée pour le traitement de la PMA.

C'est pourquoi, à l'instar des biologistes, les médecins réalisant ces actes doivent être informés de la date de l'accord préalable donnée pour le traitement de la PMA.

#### ***1.5. Interruptions de grossesse décrites dans la CCAM***

La facturation des honoraires des actes « Évacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux, au 1er trimestre de la grossesse » (JNJP001) et « Évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1er trimestre de la grossesse » (JNJD002) n'est autorisée que pour les interruptions thérapeutiques de grossesse.

Les interruptions volontaires de grossesses sont prises en charge par des forfaits différenciés et réglementés, qui demeurent hors CCAM.

## ***2. Consignes de facturation pour correction d'anomalie***

### ***2.1. Facturation d'une anesthésie pour un acte non décrit avec anesthésie***

En NGAP, il était possible de facturer une anesthésie pour des actes qui ne comportaient pas de cotation d'anesthésie spécifique, ce qui n'a pas été repris dans la CCAM.

Il est proposé de modifier les Dispositions Générales de la CCAM, afin que l'anesthésie générale ou locorégionale complémentaire de niveau 1 (ZZLP025) puisse être facturée avec un acte qui n'a pas été décrit avec une modalité d'anesthésie – habituelle (activité 4) ou complémentaire (chapitre 18.01).

⇒ **Dès à présent, les médecins peuvent facturer une anesthésie complémentaire de niveau 1 (ZZLP025) lorsqu'une anesthésie est réalisée pour un acte n'ayant ni activité 4, ni anesthésie complémentaire déjà décrite.**

## **2.2. Actes de traitement de brûlures réalisés en cabinet**

Deux actes de traitement de brûlures, réalisés en cabinet principalement par des médecins généralistes ne sont pas décrits dans la CCAM.

Il est donc proposé de réintroduire ces actes dans la NGAP dite « résiduelle », en modifiant l'article III – 4 des Dispositions Générales et Dispositions Diverses de la CCAM, avec les libellés et cotations suivants :

*Nettoyage ou pansement d'une brûlure pour une surface au-dessous de 10 cm<sup>2</sup> - K9*

*Nettoyage ou pansement d'une brûlure pour une surface inférieure à 10% de la surface du corps - K16.*

Ces cotations sont à majorer de 50% s'il s'agit de brûlures de la face ou des mains.

⇒ **Dès à présent, les médecins peuvent facturer ces actes en NGAP sur la base de cotation K9 et K16.**

## **2.3. Radiologie : supplément YYYY300**

Le supplément YYYY300 « *pour imagerie pour acte de radiologie interventionnelle, réalisée au bloc opératoire* » ne peut s'appliquer qu'à des actes de chirurgie vasculaire réalisés au bloc opératoire.

Une note de facturation sera ajoutée dans une prochaine version de la CCAM.

⇒ **Dès à présent, les médecins ne doivent facturer le supplément YYYY300 qu'avec des actes de chirurgie vasculaire réalisés au bloc opératoire.**

## **2.4. Radiologie : guidage radiologique YYYY033**

L'acte YYYY033 de « *guidage radiologique* » ne peut pas être facturé avec un autre examen radiographique, à l'exception d'un acte diagnostique de radiologie conventionnelle réalisé sur un site anatomique distinct.

La note de facturation de l'acte YYYY033 sera corrigée dans une prochaine version de la CCAM.

⇒ **Dès à présent, l'association entre le code YYYY033 et un acte diagnostique de radiologie conventionnelle réalisé sur un site anatomique distinct est autorisée.**

## **2.5. Radiologie : macrobiopsie et guidage radiologique ou échographique**

Le tarif de l'acte de « *macrobiopsie sous vide de lésion de la glande mammaire sur table dédiée, par voie transcutanée avec guidage échographique* » (QEJH004) et « *avec guidage radiologique* » (QEHH002), inclut le guidage échographique ou radiologique et le consommable.

L'association de l'acte QEJH004 avec l'acte YYYY028 « *guidage échographique* » et de l'acte QEHH002 avec l'acte YYYY033 « *guidage radiologique* » est donc interdite. De plus, la facturation du consommable (KFD) n'est pas possible.

Une note de facturation pour les actes QEJH004 et QEHH002 sera ajoutée dans une prochaine version de la CCAM.

⇒ **Dès à présent,**

- **l'association des codes QEJH004 et YYYY028,**
- **l'association des codes QEHH002 et YYYY033,**
- **la facturation du KFD,**

**ne sont pas autorisées.**

## **2.6. Radiologie : radiographie du membre inférieur**

En NGAP, lors de l'association de radiographie de la hanche et du bassin, ou des deux hanches et du bassin, une seule incidence pour la radiographie du bassin était facturable.

Il est donc proposé qu'en cas d'association d'une *radiographie de l'articulation coxofémorale [de la hanche]* quel que soit le nombre d'incidences (codes NEQK010, NEQK035, NEQK012), avec la *radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin]* (NAQK015, NAQK007, NAQK023), seule la *radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin]* selon 1 incidence (NAQK015) soit facturée

Une note de facturation pour le paragraphe 14.01.02 « *Radiographie du membre inférieur* » sera ajoutée dans une prochaine version de la CCAM.

⇒ **Dès à présent,**

- **l'association des codes NEQK010 et NAQK007 ou NAQK023,**
  - **l'association des codes NEQK035 et NAQK007 ou NAQK023,**
  - **l'association des codes NEQK012 et NAQK007 ou NAQK023,**
- ne sont pas autorisées. Les médecins doivent facturer NEQK010 ou NEQK035 ou NEQK012 et NAQK015.**

## **2.7. Assistance médicale à la procréation : prélèvement d'ovocytes et guidage échographique**

Le tarif de l'acte de « *Prélèvement d'ovocytes sur un ou deux ovaires, par voie transvaginale avec guidage échographique* » (JJFJ001), inclut le guidage échographique.

L'association de l'acte JJFJ001 avec l'acte YYYY028 « *guidage échographique* » est donc interdite.

Une note de facturation pour l'acte JJFJ001 sera ajoutée dans une prochaine version de la CCAM.

⇒ **Dès à présent, l'association des codes JJFJ001 et YYYY028 n'est pas autorisée.**

## **2.8. Radiothérapie : supplément YYYY081**

Le supplément YYYY081 « *pour utilisation d'un système d'enregistrement et de vérification des paramètres* » associable à l'acte de préparation du traitement, ne peut être facturé qu'une seule fois par traitement, bien qu'il soit indiqué par erreur en regard des reprises de préparation.

Dans une prochaine version de la CCAM sera rajoutée une note de facturation précisant que ce supplément n'est facturable qu'une seule fois par traitement, et sera supprimée l'association du supplément YYYY081 en regard des actes de reprise.

⇒ **Dès à présent, les médecins ne doivent facturer le supplément YYYY081 qu'une fois par traitement.**