

CIRCULAIRE

CIR-96/2005

Document consultable dans Médi@m

Date :

08/11/2005

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"/> Directeurs | <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"/> Agents Comptables | | | |
| | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils | <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.

Liens :

Cir-79/2005

Plan de classement :

131

Emetteurs :

DDGOS DDO

Pièces jointes : 1

Pour mise en oeuvre immédiate.

Résumé :

Consignes complémentaires de facturation des actes en CCAM V2.

Mots clés :

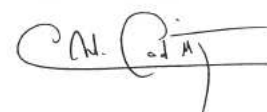
CCAM V2 - FACTURATION

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



Jean-Marc AUBERT

Le Directeur Délégué
aux Opérations



Olivier de CADEVILLE

CIRCULAIRE : 96/2005

Date : 08/11/2005

Objet : Facturation des actes en CCAM V2.

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

1. Précisions sur certaines règles de facturation en CCAM V2

1.1. Contrôle des règles d'incompatibilité

Conformément aux décisions prises avec les représentants des professionnels, les tables d'incompatibilité entre codes présentes dans la version 1 de la base CCAM ont été retirées dans la version 2, afin de lever tout blocage automatique dû à ces incompatibilités.

Néanmoins, les règles d'incompatibilité décrites dans les dispositions générales CCAM (Article I-12) demeurent : elle doivent être respectées par les médecins lors de leur facturation, et le non respect de ces règles peut faire l'objet de contrôles 'a posteriori' par les Caisses.

Au niveau national, il est prévu :

- d'étudier la fréquence des associations (autorisées et interdites) dans le cadre du suivi de la CCAM,
- de définir des actions ciblées sur les associations (autorisées et interdites) qui semblent les plus pertinentes à surveiller, actions qui seront étudiées avec les services de la CNAM chargés des contrôles.

⇒ **En attendant, il est très important pour les caisses de communiquer auprès des médecins sur le fait qu'il n'y a pas de levée des règles d'incompatibilité et que l'assurance maladie restera vigilante sur ce sujet.**

1.2. Exonération du Ticket Modérateur et support de facturation

Il est rappelé que lors d'une facturation sur feuille de soins papier d'un ou plusieurs actes entraînant l'exonération du ticket modérateur pour dépassement du seuil réglementaire, le médecin n'a aucune indication à porter sur la feuille de soins concernant le motif d'exonération.

⇒ **Ainsi, s'il n'y a pas d'autre motif d'exonération (ALD, prévention, article L115 ...), le médecin ne doit rien cocher (ni oui, ni non) à la rubrique « exonération du ticket modérateur ».**

En effet, les chaînes de liquidation de l'Assurance maladie vont déterminer automatiquement le dépassement du seuil, et appliquer l'exonération sur le ou les actes concernés.

De même, si la facture est électronique (FSE ou facture B2 clinique), les logiciels des médecins déterminent automatiquement l'exonération en fonction des règles définies pour la comparaison au seuil et transmettent le justificatif d'exonération adéquat.

2. Problèmes soumis à la Commission de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP)

Les problèmes suivants ont été présentés lors de la CHAP du 14 septembre 2005. Les solutions proposées ci-après ont été validées par la commission.

2.1. Actes avec activité 4 non gérés par les logiciels SESAM - Vitale

Certains médecins se plaignent de ne pouvoir facturer en feuille de soins électronique SESAM - Vitale des actes qui n'apparaissent pas dans leur logiciel.

C'est le cas des actes dont le geste d'anesthésie est décrit par un code activité 4, car ils nécessitent une anesthésie générale ou locorégionale de manière obligatoire ou quasi-obligatoire.

Etant réalisés a priori en établissement, ces actes n'ont pas été introduits dans l'extrait de la base CCAM présent dans les moteurs SESAM Vitale, dont le périmètre ne concerne que les actes réalisés en cabinet de ville,

Une solution technique est en cours d'élaboration, afin d'intégrer dans les moteurs SESAM Vitale la totalité des actes de la CCAM, aux exceptions techniques près dûes à la conception des moteurs SESAM Vitale.

⇒ **Dans l'attente de la mise en œuvre de cette solution, les médecins peuvent facturer ces actes sur feuille de soins papier.**

2.2. Modificateur R et code QZMA001

Le modificateur R « Réalisation d'un acte de chirurgie plastique des téguments de la face, du cou, de la main et des doigts, ou d'un acte sur des plaies ou brûlures de la face ou des mains » a été autorisé par erreur à l'activité 4 (anesthésie) de l'acte :

QZMA001 « Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional muqueux, cutané ou fasciocutané, à pédicule vasculonerveux non individualisé ou non individualisable [lambeau "au hasard"], en dehors de l'extrémité céphalique » À l'exclusion de : au cours d'une intervention sur la main ou sur un pli de flexion.

Ainsi, le modificateur R n'est autorisé ni avec l'activité 1, ni avec l'activité 4 de l'acte QZMA001.

Cette erreur d'affectation du modificateur R à l'activité 4 sera corrigée dans une prochaine version de la base CCAM.

⇒ **En attendant, le modificateur R ne doit pas être appliqué au code QZMA001, quelle que soit l'activité, même si cela est contradictoire avec ce qui est affiché dans les documents disponibles sur ameli.fr (consultation de la base, documents Excel ou Acrobat).**

2.3. Médecine d'urgence : acte YYYY010

L'acte YYYY010 « *Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : - détresse respiratoire ; - détresse cardiaque ; - détresse d'origine allergique ; - état aigu d'agitation ; - état de mal comitial ; - détresse d'origine traumatique* » ne peut être facturé avec des actes techniques des chapitres 1 à 17 (cf. note de facturation), à l'exception de l'acte DEQP003 « Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations »

La note de facturation de l'acte YYYY010 sera corrigée dans une prochaine version de la CCAM.

⇒ **Dès à présent, l'association entre les codes YYYY010 (code association 1) et DEQP003 (code association 2) est autorisée.**

2.4. Actes d'urgence figurant à la CCAM mais non tarifés

Les actes d'urgence GELD004 « *Intubation trachéale* » et GELD002 « *Intubation trachéale en dehors d'un bloc medicotechnique* » figurent à la CCAM mais ne sont pas tarifés, car inclus dans les forfaits de réanimation du chapitre 19 de la CCAM (codes YYYY015 et YYYY020).

Les médecins qui réalisent ces actes "en isolé" ne peuvent donc pas être honorés comme ils l'étaient avec la NGAP.

Ces codes CCAM seront tarifés dans une prochaine version de la CCAM, en reprenant la cotation K10, sans possibilités d'association avec les forfaits de réanimation (YYYY015 et YYYY020).

⇒ **Dans l'attente, les médecins peuvent facturer ces actes en NGAP sur la base de cotation K10, et ne peuvent associer cette cotation avec les forfaits de réanimation codés en CCAM (YYYY015 et YYYY020).**

2.5. Curiethérapie

Le tarif de l'acte JGNL001 « *Curiethérapie de la prostate par insertion permanente d'iode 125* » est erroné.

En effet, la détermination de son tarif a été faite en reprenant la cotation NGAP Z200 (soit 334€) et en y intégrant la valeur des grains d'iode, qui était alors fixée forfaitairement à 4300 €, conduisant à un tarif de 4634 €.

Or, les sources radio actives implantables dites « grains d'iode » ont été inscrites au chapitre 4 du Titre III de la LPP (arrêté du 03/02/2005, JO du 16/03/2005), rendant caduque l'intégration d'une valeur forfaitaire pour ces dispositifs dans le tarif de l'acte de curiethérapie de la prostate.

Le tarif de cet acte sera donc corrigé dans une prochaine version de la CCAM.

⇒ **Dans l'attente, le code JGNL001 ne doit pas être accepté, les médecins devant facturer cet acte en NGAP sur la base de la cotation Z200.**

2.6. Radiothérapie

La transposition des cotations NGAP d'irradiation en CCAM transitoire a nécessité la mise au point d'un codage spécifique. Dans ce cadre, pour limiter le nombre de ligne de facturation, il était prévu la possibilité de coder plusieurs fois le même modificateur pour un acte.

Il s'avère que cette solution est impossible à réaliser à court terme car elle nécessite des changements de moteurs de tarification. Après avoir échangé avec le Syndicat National des Radiothérapeutes Oncologues (SNRO) et les éditeurs de logiciel spécialisés en radiothérapie, sur la base d'exemples de traitements fréquents, le département des actes médicaux de la CNAM a constaté que l'interdiction des doublons (plusieurs fois le même modificateur pour un acte) n'alourdit pas le codage dans la majorité des cas.

⇒ **De nouvelles consignes de saisie ont donc été communiquées auprès des utilisateurs (cf. Annexe 1 : Codage de la radiothérapie en CCAM version 2).**

Par ailleurs, les moteurs SESAM - Vitale limitent la base de remboursement pour une ligne acte à 999,99 €, ce qui peut poser des problèmes de facturation dans certains cas en radiothérapie.

En attendant la mise en place de moteurs SESAM - Vitale corrigés, de nouvelles consignes de saisie sont diffusées.

ARCHIVE