

actes effectués (à remplir par le médecin)									
dates des actes	codes des actes	activité	C.S CNPSY / VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	I.D. / M.D.	nbre	montant I.K.
J J   M M   A A   A A	Q Z   J A   0 1   7 1								

**-Inscrire « 1 » pour le code activité**

**-Inscrire les codes Modificateur (jusqu'à 4 possibles). montants à intégrer directement dans le montant des honoraires**

**Code Association d'actes : Toujours code 1 pour le tarif le plus élevé (100%) à inscrire en premier puis : cas général code 2 (50%), chirurgie traumatique code 3 (75%), radiologie code 4 (100%), acte effectué dans un deuxième temps mais la même journée avec justifications médicales code 5 (100%).**  
**Toujours inscrire le code association, jamais le taux.**  
**Demande de remboursement pour un acte à remboursement sous conditions (précisées par les textes) : inscrire un « X »**

Rien ne change pour les **déplacements et dépassements** (attention : l'urgence et « nuit férié » sont désormais des modificateurs, voir page précédente).



Pour s'informer :

Des sites internet :

- [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
- [www.atih.fr](http://www.atih.fr)
- [www.sesam-vitale.fr](http://www.sesam-vitale.fr)

Un forum : [www.ccam.sante.fr](http://www.ccam.sante.fr)

La version sesam-vitale 1.40 a été conçue pour vous aider à utiliser la ccam.

Demandez à votre revendeur la mise à jour.

Vos contacts :

Pour les questions médicales :

Pour les questions générales :



CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

# CCAM

- Un acte médical
    - Un code CCAM
    - Un tarif
- des règles adaptées



## Des nouveaux libellés plus adaptés à la pratique médicale actuelle

Les libellés sont classés dans 17 chapitres selon les grands appareils.

Dans le chapitre 18 figurent les anesthésies complémentaires et les gestes complémentaires de l'acte principal ; parmi ces gestes complémentaires peu sont tarifés et ils ne seront pas utilisés en ville pendant cette phase de mise en route de la CCAM.

Le chapitre 19 a été créé pour les besoins de la phase transitoire, il contient des actes ou des suppléments non transposables en CCAM. Tous ces actes ont un code de type **YYYYnnn**. Ces suppléments sont tarifés à 100% si le code est indiqué en dessous du **libellé** de l'acte principal. Ils ne sont pas limités en nombre. On trouve également au chapitre 19 les modificateurs (ci-contre) utilisables s'ils sont indiqués sous le **code** de l'acte principal.

Si des actes sont réalisés dans le même temps, par le même intervenant pour un patient donné, on parle « **d'association d'actes** » :

- dans le cas général 2 actes au plus peuvent être codés,
- 3 actes pour les lésions traumatiques multiples et récents,
- pas de limite pour les actes de radiologie et quelques autres cas particuliers (irradiation...).

Pour facturer ces associations, on utilise un « code association » adapté à la situation (cf exemple de feuille de soins page suivante).

Les consultations et visites ne sont pas cumulables avec un acte technique sauf : consultation et radio pulmonaire par un pneumologue, consultation de suivi d'une intervention en urgence et d'une hospitalisation, consultation ou visite et ECG.

**Sont exonérés du ticket modérateur (ancien « K50 »)** les actes dont le montant présenté au remboursement dépasse 91 € :

- les montants peuvent se cumuler pour les actes thérapeutiques ou diagnostiques « invasifs »,
- les montants ne se cumulent pas pour les actes diagnostiques « non invasifs ».

**Le remboursement sous conditions** : certains actes ne sont remboursables que « sous conditions » repérés avec le code « **RC** », ils ne peuvent faire l'objet d'une demande de remboursement par le médecin que si ces conditions sont remplies.

**L'accord préalable** : certains actes sont soumis à accord préalable, ils sont repérés individuellement dans la CCAM par le code « **AP** ». Renseigner seulement la date d'envoi de la demande d'accord préalable pour demander leur remboursement. Ces actes sont un sous ensemble des actes remboursables sous condition.

## Les modificateurs :

**Urgence** : acte non prévu 8 heures auparavant...

- Pédiatres et omnipraticiens :

**P** : de 20h à 0h et de 6h à 8h : **35,00€**

**S** : de 0h à 6h : **40,00€**

- Autres médecins :

**U** : entre 20h et 8h : **25,15€**

- Tous médecins :

**F** : Dimanche ou jour férié : **19,06€**

**M** : Soins urgents au cabinet du généraliste ou du pédiatre après examen du patient : **26,88€**

**Age du patient** :

**E** : radio ou scanographie patient - de 5 ans : **+49%**

**G** : - intervention glaucome, cataracte, ... patient - d'1an

- extraction corps étranger œsophage ou bronchique patient - de 3 ans

- médecine nucléaire patient - de 3 ans : **+25%**

**A** : anesthésie générale ou loco-régionale patient - de 4 ans ou + de 80 ans : **23,00€**

**Intervention itérative** : pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée, et sur voies biliaires et urinaires

**6** : actes de chirurgie : **+25%**

**8** : actes d'anesthésie : **+20%**

**Autres** :

**R** : chirurgie plastique des téguments face, cou, main et doigts ou, plaies ou brûlure face et mains : **+50%**

**L** : majoration traitement d'une fracture ou luxation ouverte : **+20%**

**J** : majoration transitoire de chirurgie : **+6,5%**

**K** : majoration forfaits modulables chirurgie : **+11,5%**

**7** : présence permanente anesthésiste : **+4%**

**Acte de radiologie** :

**Z** : réalisé par un radiologue : **+21,8%**

**Y** : réalisé un pneumologue / rhumatologue : **+15,8%**

**B** : radiographie au bloc : **+49%**

**D** : contrôle d'un segment immobilisé : **+24%**

**C** : radiographie comparative : **+49%**

**Modificateurs pour les actes de radiothérapie** :

**H** : Niveau 1 : **+100%**      **V** : Niveau 3 : **+300%**

**Q** : Niveau 2 : **+200%**      **W** : Niveau 4 : **+400%**