

CCAM livre III dispositions
diverses

Livre III : Dispositions diverses

Article III-1

Par dérogation à l'article I^{er}-1 du Livre I^{er}, continuent à relever des dispositions 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 actes d'anatomie et de cytologie pathologiques exécutés en laboratoire d'analyses de biologie médicale, les actes de prélèvement réalisés par les médecins biologistes, les actes de pratique thermale, les actes de chimiothérapie anticancéreuse, les actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux, les actes communs aux médecins et aux auxiliaires médicaux et les actes d'orthodontie communs aux médecins et aux chirurgiens-dentistes.

Article III-2

Les modificateurs et leurs codes sont les suivants :

* 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.

- Acte réalisé en urgence par les pédiatres et les médecins généralistes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, la nuit de 00h à 08h ; le code est S.

- Acte réalisé en urgence par les médecins ou les chirurgiens-dentistes entre 20 h et 08 h ; le code est U. . Acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généralistes de 20h à 00h ; le code est P.

Ces trois modificateurs ne concernent pas les forfaits et surveillances par vingt-quatre heures.

- Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié : le code est F.

Les codes U, P, S et F sont exclusifs les uns des autres et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par intervenant quel que soit le nombre d'actes qu'il réalise.

* Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient : le code est M.

* Age du patient :

- Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans ; le code est A.

- Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans ; le code est E.

Cette majoration ne s'applique pas aux actes de radiographie du squelette entier, de l'hémi-squelette, de radiologie vasculaire et de radiologie interventionnelle.

- Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de 1 an ; le code est G.

- Extraction d'un corps étranger œsophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans ; le code est G.

- Réalisation d'un acte de médecine nucléaire chez un patient de moins de 3 ans ; le code est G.

* Chirurgie itérative :

- Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; le code est 6.

- Intervention itérative sur les voies biliaires ; le code est 6.

- Intervention itérative sur les voies urinaires ; le code est 6.

- Anesthésie pour une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; le code est 8.

- Anesthésie pour intervention itérative sur les voies biliaires ; le code est 8.

- Anesthésie pour intervention itérative sur les voies urinaires ; le code est 8.

* 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 ; ce modificateur s'applique également à l'acte d'anesthésie réanimation correspondant ; le code est R.

* Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte, en supplément de l'acte de réduction ou d'ostéosynthèse, ce modificateur s'applique également à l'acte d'anesthésie réanimation correspondant ; le code est L.

Cette majoration couvre le parage ou la suture de plaie qui ne peuvent donc pas être facturés avec l'acte de réduction ou d'ostéosynthèse

* Majoration transitoire de chirurgie, applicable aux actes thérapeutiques sanglants non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourd ; le code est J.

Cette majoration concerne les actes de chirurgie générale, digestive, orthopédico-traumatologique, vasculaire, cardio-thoracique et vasculaire, urologique, pédiatrique, gynécologique et de neurochirurgie. Sont également concernés les actes de chirurgie cervico-

faciale, de chirurgie mammaire à visée thérapeutique ou réparatrice et de chirurgie réparatrice par lambeaux, communs à plusieurs spécialités ainsi que les actes de chirurgie otologique (y compris la plastie d'oreilles décollées), de méatotomie, d'amygdalectomie et d'adénoïdectomie.

* Majoration forfait modulable pour les actes d'accouchements et pour les actes ayant droit au modificateur J cité ci-dessus ; le code est K.

Cette majoration concerne :

- les chirurgiens conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables ou autorisés à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 dès lors qu'ils adhèrent au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention nationale précitée.

- les actes d'accouchement réalisés par les gynécologues obstétriciens conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables ou autorisés à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 dès lors qu'ils adhèrent au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention nationale précitée.

Par dérogation, les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens pour les actes d'accouchement, autorisés à pratiquer des honoraires différents et n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants susmentionnés pourront coder ce modificateur pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé ou disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L.863-3 du code de la sécurité sociale.

Par dérogation, les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens pour les actes d'accouchement, autorisés à pratiquer des honoraires différents et n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins pourront coder ce modificateur pour les actes dispensés en urgence dès lors qu'ils respectent pour ces actes les tarifs opposables.

* Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste, pour les actes pour lesquels le médecin anesthésiste peut surveiller simultanément deux patients anesthésiés, lorsque le médecin anesthésiste se consacre exclusivement à un seul patient ; le code est 7.

* Réalisation d'une radiographie comparative ; le code est C.

* Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide ; le code est D

* Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue ; le code est Z

* Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un pneumologue ou un rhumatologue ; le code est Y.

* Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité de

réanimation ou au lit du patient intransportable ; le code est B.

Ce modificateur 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.

* Modificateurs numériques pour radiothérapie : les codes sont H, Q, V, W. Pour les actes d'irradiation, ces modificateurs sont à mentionner face au code de l'acte pour approcher la dose d'irradiation en arrondissant à l'entier le plus proche.

* Modificateurs transitoires de convergence vers la cible : les codes sont X, I, 9 et O. Ces modificateurs peuvent être combinés deux à deux ou avec eux-mêmes. Le tableau de correspondance précisant quelles sont les combinaisons de modificateurs à appliquer pour chaque acte figure en annexe 6.

Code	Libellé	Valeur
U	Acte réalisé en urgence par les médecins ou les chirurgiens-dentistes, la nuit entre 20 h et 08 h	25,15 €
P	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généralistes de 20h à 00h	35,00 €
S	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et les médecins généralistes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, la nuit de 00h à 08h	40,00 €
F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19,06 €
M	Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient	26,88 €
A	Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans	23,00 €
E	Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans	+49%
G	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de 1 an ; Extraction d'un corps étranger œsophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans ; Réalisation d'un acte de médecine nucléaire chez un patient de moins de 3 ans.	+25%
6	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à	+25%

	l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; Intervention itérative sur les voies biliaires ; Intervention itérative sur les voies urinaires.	
8	Anesthésie d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; Anesthésie pour intervention itérative sur les voies biliaires ; Anesthésie pour intervention itérative sur les voies urinaires.	+20%
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	+50%
L	Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte	+20%
J	Majoration transitoire de chirurgie	+6,5%
K	Majoration forfait modulable pour les actes d'accouchements et pour les actes ayant droit au modificateur J	+11,5%
7	Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste durant toute l'intervention	+4%
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%
Z	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue	+21,8%
Y	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par 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%
H	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 1	+100%
Q	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 2	+200%
V	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 3	+300%
W	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 4	+400%

Les valeurs de ces modificateurs sont exprimées, soit en pourcentage du tarif de l'acte, soit en valeur monétaire qui s'ajoute au tarif de l'acte. Si plusieurs modificateurs exprimés en pourcentage sont facturés, chacun s'applique par rapport au tarif de l'acte indépendamment des autres. Ces montants et pourcentages figurent en annexe 1.

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 appliquées à des actes techniques figurant à la CCAM et les modificateurs prévus au chapitre 19.03 de la CCAM ne peuvent pas être appliqués aux actes relevant de la NGAP Par dérogation à cette disposition, sont autorisés :

1. le cumul des honoraires de la radiographie pulmonaire avec ceux de la consultation, pour les pneumologues,

2. le cumul des honoraires de la consultation, donnée par un médecin qui examine un patient pour la première fois dans un établissement de soins avec ceux de l'intervention qu'il réalise et qui lui fait immédiatement suite, lorsque cette intervention est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du patient ;

3. le cumul des honoraires de l'électrocardiogramme avec ceux de la consultation ou de la visite : C ou CS, V ou VS ou, pour les patients hospitalisés, C x 0,80 ou CS x 0,80. Cependant, en cas d'actes multiples dans le même temps, les règles de cumul telles que prévues au paragraphe B ci-dessous s'appliquent sans cumul possible avec les honoraires de la consultation ou de la visite ;

4. le cumul des honoraires de l'ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] sur 2 sites, par méthode biphotonique avec ceux de la consultation pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation.

5. le cumul des honoraires de la consultation avec ceux des actes de biopsie suivants :

- QZHA001 : Biopsie dermoépidermique, par abord direct
- QZHA005 : Biopsie des tissus sous-cutanés susfasciaux, par abord direct
- BAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de paupière
- CAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de la peau de l'oreille externe
- CAHA002 : Biopsie unilatérale ou bilatérale du cartilage de l'oreille externe
- GAHA001 : Biopsie de la peau du nez et/ou de la muqueuse nasale
- HAHA002 : Biopsie de lèvre
- QEHA001 : Biopsie de la plaque aréolomamelonnaire
- JHHA001 : Biopsie du pénis
- JMHA001 : Biopsie de la vulve

Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50% de

sa valeur.

6. le cumul des honoraires de l'acte de prélèvement cervicovaginal (JKHD001) avec ceux de la consultation. Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50% de sa valeur. Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les 3 ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de 2 frottis cervico-utérins annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans, selon les recommandations de la HAS de juillet 2010.

B) Pour l'association d'actes techniques, le médecin ou le chirurgien-dentiste code les actes réalisés et indique, pour chacun d'entre eux, le code correspondant à la règle d'association devant être appliquée. Ces règles sont précisées ci-dessous et leurs modalités de codage sont décrites à l'annexe 2.

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.

2. Dérogations:

a) Pour les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le moins élevé, est tarifé à 75 % de sa valeur.

b) Pour les actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes, l'association de trois 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 deuxième est tarifé à 75% de sa valeur et le troisième à 50 % de sa valeur

c) Pour les actes de chirurgie carcinologique en ORL associant une exérèse, un curage et une reconstruction, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le deuxième et le troisième actes sont tarifés à 50 % de leur valeur.

d) Pour les actes d'échographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas de l'examen d'organes intra-abdominaux et/ou pelviens et d'un ou plusieurs des organes suivants : sein, thyroïde, testicules. L'acte de guidage échographique ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage échographique. Dans les cas où l'association est autorisée, la règle générale s'applique.

e) Pour les actes de scanographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas où est effectué 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 nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste. Dans ce cas, 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 % de son tarif. Quand un libellé décrit l'examen conjoint de plusieurs régions anatomiques, il ne peut être tarifé avec aucun autre acte de scanographie.

Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 85 % de son tarif. L'acte de guidage scanographique ne peut être facturé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage scanographique. Dans ce cas, deux actes au plus peuvent être tarifés et à taux plein.

f) Pour les actes de remnographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé. Un acte de remnographie, à l'exception du guidage remnographique, ne peut être associé à aucun autre acte. Le guidage remnographique ne peut être facturé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage remnographique. Dans ce cas, la règle générale s'applique.

g) Dans les cas suivants, les actes associés sont tarifés à taux plein:

*les actes du sous paragraphe 19.01.09.02 - Radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle - sont associés à taux plein, deux actes au plus peuvent être tarifés;

*les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques peuvent être associés à taux plein entre eux et/ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes d'anatomie et de cytologie pathologiques;

*les actes d'électromyographie, de mesures des vitesses de conduction, d'études des latences et des réflexes figurant aux sous-paragraphes 01. 01. 01. 01 - 01. 01. 01. 02 et 01. 01. 01. 03 de la CCAM au Livre II peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes;

*les actes d'irradiation en radiothérapie ainsi que les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein, quel que soit le nombre d'actes;

*les actes de médecine nucléaire sont associés à taux plein ; deux actes au plus peuvent être tarifés;

*les forfaits de cardiologie, de réanimation, les actes de surveillance postopératoire d'un patient de chirurgie cardiaque avec CEC (figurant au chapitre 19 de la CCAM au Livre II) et les actes d'accouchement peuvent être associés à taux plein à un seul des actes introduits par la note « facturation : éventuellement en supplément ».

*Les actes bucco-dentaires des sous paragraphes suivants sont associables à taux plein quel que soit leur nombre, (sauf les actes avec déclinaison numérique : cf. Article : I-12 alinéa 5 et Article 1-13 alinéa C).

Sont concernés :

tous les actes des sous paragraphes et paragraphes 07.01.04.01, 07.01.08.01, 07.02.02.01, 07.02.02.03, 07.02.02.04, 07.02.02.05, 07.02.02.06, 07.02.02.08, 07.02.02.09, 07.02.02.10, 07.02.02.11, 07.02.02.12, 07.02.02.15,

07.02.03,

07.02.05,

07.02.06.10,

11.02.05.02, 11.02.05.03, 11.02.05.04,

Les actes suivants du sous paragraphe 11.02.05.05 : LBGA280, LBGA441, LBGA354, LBGA049, LBGA004, LBGA003, LBGA002, LBGA006, LBGA007, LBGA008, LBGA009, LBGA139, LBGA052, et LBGA168,

Les actes suivants du paragraphe 11.05.02 : HBLDD057, HBLD078, HBLD056 HBLD084, HBMP001, LBLD014

Modalités particulières :

-Les actes bucco-dentaires figurant aux sous paragraphes, 07.02.02.05, 07.02.02.06, 07.02.02.08, 07.02.03.01, 07.02.03.02, 07.02.03.04, et 07 02 03 08 sont associables à eux-mêmes à taux plein.

-Les actes bucco-dentaires figurant aux sous paragraphes 07.02.02.01, 07.02.03.03 (sauf HBLD217, HBLD171, HBLD031, HBLD035, HBLD047, HBLD046, HBLD048), 07.02.03.05, 07.02.03.06, 07.02.03.07 et au paragraphe 19.02.11 sont associables à eux-mêmes à taux plein uniquement s'ils sont réalisés sur les deux arcades dentaires

-Les gestes complémentaires du sous paragraphe 18.02.07.01 « Radiographie intra buccale rétro alvéolaire de la bouche » sont associables une seule fois à taux plein aux actes auxquels ils se rattachent.

-Il n'y a pas de limitation au nombre de gestes complémentaires HBMD082, HBMD072, HBMD081 et HBMD087 du sous paragraphe 18.02.07.06 qui peuvent être codés à taux plein avec l'acte auquel ils se rapportent.

h) Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin ou un chirurgien-dentiste réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs de cardiologie en application des articles D. 6124-27 et D. 6124-107 du code de la santé publique, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier médical du patient qui est tenu à la disposition du contrôle médical.

i) Les actes de radiologie conventionnelle peuvent être associés entre eux, quel que soit leur nombre, et à d'autres actes.

-Quand plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, les autres sont tarifés à 50% de leur valeur.

-Quand un ou plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés à d'autres actes, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les actes de radiologie conventionnelle ainsi que l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les autres actes sont tarifés à taux plein ; les actes restants sont tarifés selon les règles qui leur sont applicables.

-Quand une mammographie est associée à un acte d'échographie du sein, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, l'autre est tarifé à 50% de sa valeur.

Le guidage radiologique est considéré comme un acte de radiologie conventionnelle.

Par actes de radiologie conventionnelle, on entend les actes diagnostiques de radiologie, en dehors de ceux portant sur l'appareil circulatoire du paragraphe 04.01.04, des actes par scanographie et des actes du sous paragraphe 19.01.09.02 - Radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle.

Les radiographies de l'appareil circulatoire du paragraphe 04.01.04 sont tarifées selon la règle générale.

Cas particulier:

Quand un médecin ou un chirurgien-dentiste réalise, dans le même temps des actes techniques de la CCAM définie au Livre II et des actes issus de la NGAP, deux actes au plus peuvent être tarifés hors actes de radiologie conventionnelle dont le nombre n'est pas limité.

L'acte dont le tarif est le plus élevé est tarifé à 100% de sa valeur et le second à 50% ; les actes de radiologie conventionnelle sont tarifés selon les règles du paragraphe i) ci-dessus.

Les actes NGAP cotés en TO ou ORT sont associés à taux plein.

Codes associations

Le code 1 signifie que l'acte est tarifé à 100 %.

Le code 2 signifie que l'acte est tarifé à 50 %.

Le code 3 signifie que l'acte est tarifé à 75 %.

Le code 4 est utilisé pour des actes spécifiques cités aux paragraphes 2 e) et 2 g) ci-dessus. Il signifie que tous les actes de l'association sont tarifés à 100 %.

Le code 5 signifie que les actes sont tarifés à 100 % ; ce code est utilisé dans le cas décrit au paragraphe 2 h) ci-dessus.

C) Quand un acte de la CCAM est associé à un acte de la NGAP, aucun code association ne doit être noté.

Lorsqu'un gynécologue obstétricien ou un médecin généraliste, titulaires d'un Diplôme interuniversitaire (DIU) d'échographie obstétricale assurant le suivi médical de grossesse, réalise un acte d'échographie biométrique et morphologique de la grossesse (JQQM010, JQQM015, JQQM016, JQQM017, JQQM018 ou JQQM019) et une consultation de suivi de la grossesse, il peut facturer les honoraires de ces actes d'échographie (dont les durées respectives établies par les experts lors de la hiérarchisation des actes ont été fixées à respectivement 23-38-33-56-40-60 mn) avec les honoraires correspondant à la consultation de suivi de la grossesse.

Cette consultation doit être réalisée conformément aux recommandations de la HAS : examen clinique général et gynécologique, recherche des facteurs de risque, adaptation des traitements en cours, information générale sur la grossesse et l'accouchement, repérage des situations de vulnérabilité, prescription des examens de dépistage, orientation en fonction des situations à risque.

Il est rappelé que ces actes d'échographie biométrique et morphologique de la grossesse ne peuvent être facturés qu'une seule fois par trimestre.

Chacun de ces 2 actes (acte d'échographie et consultation) est facturé à taux plein.

Annexe 1 : Valeur monétaire et pourcentage des modificateurs (Article III-2 du Livre III)

Code	Libellé	Valeur
U	Acte réalisé en urgence par les médecins ou les chirurgiens-dentistes, la nuit entre 20 h et 08 h	25,15 €
P	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généralistes de 20h à 00h	35,00 €
S	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et les médecins généralistes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, la nuit de 00h à 08h	40,00 €
F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19,06 €
M	Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient	26,88 €
A	Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans	23,00 €
E	Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans	+49%
G	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de 1 an ; Extraction d'un corps étranger œsophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans ; Réalisation d'un acte de médecine nucléaire chez un patient de moins de 3 ans.	+25%
6	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ;	+25%

	Intervention itérative sur les voies biliaires ; Intervention itérative sur les voies urinaires.	
8	Anesthésie d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; Anesthésie pour intervention itérative sur les voies biliaires ; Anesthésie pour intervention itérative sur les voies urinaires.	+20%
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	+50%
L	Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte	+20%
J	Majoration transitoire de chirurgie	+6,5%
K	Majoration forfait modulable pour les actes d'accouchements et pour les actes ayant droit au modificateur J	+11,5%
7	Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste durant toute l'intervention	+4%
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%
Z	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue	+21,8%
Y	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par 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%
H	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 1	+100%
Q	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 2	+200%
V	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 3	+300%
W	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 4	+400%
N	Majoration pour réalisation d'un acte de restauration des tissus durs de la dent et/ou d'endodontie sur des dents permanentes chez un enfant de moins de 13 ans	15,7%

Code	Libellé	Valeur	
		du 1 ^{er} juillet 2013 au 28	du 1 ^{er} mars 2014 au 31

		février 2014	décembre 2014
X	Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 4	+8%	+16%
I	Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 3	+4,6%	+9,2%
9	Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 2	+1,9%	+3,7%
O	Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 1	+0,3%	+0,6%

Si plusieurs modificateurs en pourcentage sont

facturés, chacun s'applique par rapport au tarif de l'acte, indépendamment des autres. Les codes U, P, S et F sont exclusifs les uns des autres et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par intervenant, quel que soit le nombre d'actes qu'il réalise.

Annexe 2 : Règles d'association (article III-3 B du Livre III)

Pour chaque acte de l'association, le médecin indique le code association correspondant à la règle qui s'applique en conformité avec l'article III-3 B. A chaque code correspond un pourcentage qui s'applique au tarif de l'acte, majoré des modificateurs éventuels, quand ils sont en pourcentage.

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.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	2	50%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	1	100%

Dans le cas d'une association de **2 actes seulement**, dont l'un est soit :

- un geste complémentaire,
 - un supplément,
 - un acte d'imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle (Chapitre 19, sous-paragraphe 19.01.09.02),

il ne faut pas indiquer de code association.

Si un acte est associé à un geste complémentaire et à un supplément, le code association est 1 pour chacun des actes.

2) Dérogations :

a) Pour les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre, l'acte dont le tarif, hors modificateurs est le moins élevé est tarifé à 75 % de sa valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	3	75%

b) Pour les actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes, l'association de trois 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 deuxième est tarifé à 75 % de sa valeur et le troisième à 50 % de sa valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	3	75%
3 ^{ème} acte	2	50%

c) Pour les actes de chirurgie carcinologique en ORL associant une exérèse, un curage et une reconstruction, l'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième et le troisième actes sont tarifés à 50 % de leur valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	2	50%
3 ^{ème} acte	2	50%

d) Pour les actes d'échographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas de l'examen d'organes intra-abdominaux et/ou pelviens et d'un ou plusieurs des organes suivants : sein, thyroïde, testicules. L'acte de guidage échographique ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage échographique. Dans les cas où l'association est autorisée, la règle générale s'applique.

- Associations d'échographies autorisées

Règle	Code	Taux à
-------	------	--------

		appliquer au tarif
échographie de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} échographie (cas autorisés)	2	50%

- Actes avec guidage échographique

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte avec guidage échographique	1* ou 2** suivant tarif	100%* ou 50%**
Guidage échographique	2* ou 1** suivant tarif	50%* ou 100%**

*cas où l'acte a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

** cas où le guidage a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

e) pour les actes de scanographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas où est effectué 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 nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste. Dans ce cas, 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 % de son tarif. Quand un libellé décrit l'examen conjoint de plusieurs régions anatomiques, il ne peut être tarifé avec aucun autre acte de scanographie. Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 85 % de son tarif. L'acte de guidage scanographique ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage scanographique. Dans ce cas, deux actes au plus peuvent être tarifés et à taux plein.

- Associations d'actes de scanographie autorisées

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
1 ^{er} acte de scanographie	4	100%
2 ^{ème} acte de scanographie (cas autorisés)	4	100%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	4	100%

- Actes avec guidage scanographique

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte avec guidage scanographique	4	100%
Guidage scanographique	4	100%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	4	100%

f) Pour les actes de remnographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé. Un acte de remnographie, à l'exception du guidage remnographique, ne peut être associé à aucun autre acte. Le guidage remnographique ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage remnographique. Dans ce cas, la règle générale s'applique.

- Actes avec guidage remnographique

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte avec guidage remnographique	1* ou 2** suivant tarif	100%* ou 50%**
Guidage remnographique	2* ou 1** suivant tarif	50%* ou 100%**

*cas où l'acte a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

**cas où le guidage a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

g) Dans les cas suivants, plusieurs actes associés peuvent être tarifés à taux plein :

- les actes du sous paragraphe 19.01.09.02 - Radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle - sont associés à taux plein, deux actes au plus peuvent être tarifés, le code est 1 pour chacun des actes ;

- les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques peuvent être associés à taux plein entre eux et/ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ;

- Actes d'anatomie et de cytologie pathologiques associés entre eux et/ou à 1 seul autre acte : le code est 4 pour chacun des actes :

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
-------	------	---------------------------

Acte 1 d'anatomie et de cytologie pathologiques	4	100%
Acte 2 d'anatomie et de cytologie pathologiques	4	100%
Autre acte (1 seul)	4	100%

- Association d'actes d'anatomie et de cytologie pathologiques et de 2 actes relevant de la règle générale.

Pour les 2 actes suivant la règle générale, les codes association sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé, 2 pour l'autre acte ; pour les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques, le code association est 1. En effet, le code 4 ne peut pas être employé avec un autre code association.

- les actes d'électromyographie, de mesure des vitesses de conduction, d'étude des latences et des réflexes, figurant aux sous-paragraphes 01.01.01.01., 01.01.01.02 et 01.01.01.03 de la Classification commune des actes médicaux du Livre II peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes ;

- si ces actes sont associés entre eux ou à 1 seul autre acte, le code est 4 pour chacun des actes ;
- si ces actes sont associés à 2 actes relevant de la règle générale, pour ceux-ci les codes association sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé, 2 pour l'autre acte ; pour les actes cités ci-dessus ou les suppléments, le code association est 1 ;

- les actes d'irradiation en radiothérapie, ainsi que les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein, quel que soit le nombre d'actes, le code est 4 pour chacun des actes ;

- les actes de médecine nucléaire sont associés à taux plein, deux actes au plus peuvent être tarifés, le code est 4 pour chacun des actes. Il en est de même si un acte de médecine nucléaire est associé à un autre acte ;

- les forfaits de cardiologie, de réanimation, les actes de surveillance postopératoire d'un patient de chirurgie cardiaque avec CEC (chapitre 19) et les actes d'accouchements (chapitre 9) peuvent être associés à taux plein à un seul des actes introduits par la note « facturation : éventuellement en supplément ». Le code est 4 pour chacun des deux actes.

- Les actes bucco-dentaires, y compris les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein entre eux ou à eux-mêmes ou à un autre acte quel que soit le nombre d'actes bucco-dentaires.

- Association d'actes bucco-dentaires entre eux : le code est 4 pour chacun des actes bucco-dentaires

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte bucco-dentaire	4	100%

Acte bucco-dentaire	4	100%
Supplément	4	100%

- Association d'actes bucco-dentaires et d'un seul autre acte : le code est 4 pour chacun des actes

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte bucco-dentaire	4	100%
Autre acte (1 seul)	4	100%
Supplément	4	100%

- Association d'actes bucco-dentaires et de 2 actes relevant de la règle générale.

Pour les 2 actes suivant la règle générale, les codes association sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé, 2 pour l'autre acte ; pour les actes bucco-dentaires ou les suppléments, le code association est 1. En effet, le code 4 ne peut pas être employé avec un autre code association.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte bucco-dentaire	1	100%
Autre acte (tarif le plus élevé)	1	100%
Autre acte (2ème)	2	50%
Supplément autorisé en plus des 3 actes	1	100%

h) Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs en cardiologie en application des articles D. 712-104 et D. 712-115 du code de santé publique, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier médical.

Deux cas se présentent :

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

- Une association d'actes est réalisée dans un premier temps et une association d'actes est réalisée dans un deuxième temps, à un moment différent et discontinu de la même

journée :

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 deuxième 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.

2 actes réalisés à des moments discontinus de la même journée

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	5	100%

Exemple de plus de 2 actes réalisés à des moments discontinus de la même journée

(ex. : premier acte réalisé le matin, les 2^{ème} et 3^{ème} actes réalisés l'après-midi)

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
<u>Premier temps</u> Acte de tarif le plus élevé	1	100 %
<u>Deuxième temps</u> Acte de tarif le plus élevé	5	100 %
2 ^{ème} acte	2	50 %

i) Les actes de radiologie conventionnelle peuvent être associés entre eux, quel que soit leur nombre, et à d'autres actes.

- Quand plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, les autres sont tarifés à 50% de leur valeur.

Règle	Code	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 %

- Quand un ou plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés à d'autres actes, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les actes de radiologie conventionnelle ainsi que l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les autres actes sont tarifés à taux plein ; les actes restants sont tarifés selon les règles qui leur sont applicables.

Acte de radiologie conventionnelle associé à un autre acte (hors association mammographie et échographie du sein)

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

Actes de radiologie conventionnelle associés entre eux et autres actes relevant de la règle générale (2 au plus)

Règle	Code	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 %

Quand une mammographie est associée à un acte d'échographie du sein, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, l'autre est tarifé à 50% de sa valeur.

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