

MEMENTO PRATIQUE SUR LA CODIFICATION ET LA TARIFICATION DES ACTES CCAM

GENERALITES

Il est demandé aux praticiens qui renseignent de façon manuscrite les feuilles de soins de porter la plus grande attention à la clarté et à la lisibilité des informations portées sur ce document, afin d'éviter la charge administrative qui résulterait du retour des feuilles de soins pour confirmation des mentions qu'elles comportent.

A tout code acte pris en charge par l'assurance maladie correspond une valeur monétaire ci-après dénommée « tarif ».

Les Caisses Sociales de Monaco ne publieront pas, dans un premier temps, les tarifs des actes.

Néanmoins, le tarif opposable à nos Organismes pourra être déterminé en appliquant aux tarifs opposables français les coefficients majorateurs fixés conventionnellement.

Les tarifs unitaires français des actes sont accessibles, notamment, par le site Internet public Ameli.fr, qui permet la recherche de toutes les informations relatives à un acte soit par son code, soit par chapitre.

1. PRINCIPES DE FACTURATION

1.1. Codification

- **3 codes obligatoires**

- Code de l'acte,
- Code activité (1 : acte principal ; 2 : 2^{ème} geste ; 3 : 3^{ème} geste ; 4 : geste d'anesthésie ; 5 : surveillance CEC),
- Code phase de traitement (0 par défaut).

Par dérogation, il n'est pas nécessaire d'inscrire le code « 0 » lors de l'exécution d'actes en cabinet de ville.

- **3 codes facultatifs**

- Modificateur :

Information associée à un libellé identifiant un critère particulier soit de réalisation de l'acte, soit de sa valorisation,

Limité à quatre modificateurs.

- Association :

Signale les associations d'actes lorsqu'elles sont possibles et autorisées,

Valeurs de 1 à 5.

- Remboursement exceptionnel :

La prise en charge de certains actes est soumise à conditions (par exemple entente préalable, indications médicales).

Coder « X » dans la zone prévue.

Votre attention est attirée sur le fait que l'absence de ce code sur la feuille de soins entraîne l'impossibilité de rembourser vos honoraires à votre patient, même lorsque les conditions nécessaires à la prise en charge sont réunies.

1.2. Gestes complémentaires - Suppléments

Les anesthésies et gestes complémentaires inscrits au chapitre 18 de la CCAM ainsi que les adaptations pour la CCAM transitoire prévue au chapitre 19, ne peuvent être facturés qu'avec l'acte auquel ils se rattachent.

1.3. La feuille de soins

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)																	
dates des actes		codes des actes		activité	C,CS CNPSY	V,VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés (1)	AUTRES							
J	J	M	M				A	A		A	A	ID	MD	DR	Montant (2)		
J	J	M	M	A	A	A	A	C1	C2								
J	J	M	M	A	A	A	A										
J	J	M	M	A	A	A	A										
J	J	M	M	A	A	A	A										
J	J	M	M	A	A	A	A										
J	J	M	M	A	A	A	A										

A : Code de l'acte

B : Code activité puis code phase, uniquement s'il est différent de 0

C1 : Code(s) modificateur(s), avec un maximum de 4 codes

**C2 : Code association non répertoriée
puis code remboursement exceptionnel ("X"), si applicable**

2. REGLES D'ASSOCIATION

Sauf exceptions, les règles qui étaient prévues dans les dispositions générales de la NGAP ont été reprises dans la CCAM technique.

Il convient toutefois de se référer à l'annexe 2 de l'Arrêté Ministériel fixant les conditions de remboursement des actes relevant de la CCAM pour la parfaite application de ces règles.

Ce texte peut être consulté sur notre site Internet www.caisses-sociales.mc.

3. ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

La liste de ces actes peut être consultée sur le site Internet des Caisses Sociales de Monaco.

Pour l'heure, elle est identique à celle prévue par la réglementation française uniquement complétée par les actes de tomographie par émission de positons.

A noter que les actes d'angiologie sont désormais soumis à cet accord.

4. INCOMPATIBILITE

Il résulte des règles de construction des actes de la CCAM technique des incompatibilités d'actes entre eux.

Par exemple :

L'acte NFCA001 – Suture ou réinsertion du ligament croisé antérieur du genou, par arthrotomie est incompatible avec l'acte NFCQ001- Exploration de l'articulation du genou, par arthroscopie.

Il est de ce fait impossible de tarifer l'association de ces actes.

Il convient de se reporter à l'article 12 – Règles d'incompatibilité de la Section I – Dispositions Générales de l'Arrêté Ministériel fixant les conditions de remboursement des actes relevant de la CCAM pour la parfaite application de ces règles.

Ce texte peut être consulté sur notre site Internet : www.caisses-sociales.mc

Annexes :

I - Valeur monétaire et pourcentage des modificateurs.

II - Exemple de détermination des honoraires conventionnels monégasques.

Annexe I : Valeur monétaire et pourcentage des modificateurs.

Codes	Modificateurs	Valeurs
T	Acte bilatéral	50 %
M	Acte bilatéral de chirurgie sur les membres	75 %
R	Acte bilatéral de radiographie conventionnelle	100 %
C	Acte de radiographie comparative	40 %
U	Acte réalisé en urgence par les médecins autres que pédiatres et omnipraticiens, la nuit entre 20 h et 08 h	25,15 €
P	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et les omnipraticiens de 20 h à 00 h et de 6 h à 8 h	35 €
S	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et les omnipraticiens de 00 h à 06 h	40 €
F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19,06 €
A	Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans	23 €
E	Réalisation d'un acte de radiographie conventionnel ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans	40 %
G	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de 1 ans	25 %
G	Extraction d'un corps étranger oesophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans	25 %
G	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 oeil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions	25 %
6	Intervention itérative sur les voies biliaires	25 %
6	Intervention itérative sur les voies urinaires	25 %
8	Anesthésie d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un oeil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions	20 %
8	Anesthésie pour intervention itérative sur les voies biliaires	20 %
8	Anesthésie pour intervention itérative sur les voies urinaires	20 %
L	Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte	20 %
J	Majoration transitoire de chirurgie	6,5 %
7	Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste	4 %
D	Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide	20 %
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 et rhumatologue	15,6 %
B	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité de réanimation ou au lit du patient intransportable	40 %
H	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau I	100 %
Q	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau II	200 %
V	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau III	300 %
W	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau IV	400 %

Si plusieurs modificateurs en pourcentage sont facturés, chacun s'applique par rapport au tarif de l'acte, indépendamment des autres. Dans le cas d'une association d'acte, un seul modificateur urgence (U, P, S ou F) peut être facturé.

Annexe II : Exemples de détermination des honoraires conventionnels monégasques.

A/ Cas Général

Acte : Libération du nerf médian au canal carpien par vidéo-chirurgie, réalisé sur les deux poignets, dans le même temps et par le même praticien.

Code de l'acte AHPC001 - Activité 1 (chirurgien) - Phase 0
 Modificateur M (valeur +75 %)

• Détermination des honoraires :

Tarif unitaire français, hors modificateurs : 107,45 €
 Modificateur M : +75 %

➤ Montant des honoraires, base conventionnelle française :

$$\text{€} \rightarrow 107,45 \times 1,75 = \mathbf{188,04 \text{ €}}$$

➤ Base de remboursement des Caisses Sociales de Monaco :

$$\text{€} \rightarrow 188,04 \times 1,5 = \mathbf{282,06 \text{ €}}$$

➤ Honoraires maxima facturables aux assurés carte « verte » :

$$\text{€} \rightarrow 188,04 \times 1,5 = \mathbf{282,06 \text{ €}}$$

➤ Honoraires maxima facturables aux assurés carte « rose » :

$$\text{€} \rightarrow 188,04 \times 1,85 = \mathbf{347,87 \text{ €}}$$

• Codification et tarification sur la feuille de soins (Assuré Carte Verte) :

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, C&C, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés (1)	AUTRES		
							ID MD	DR	Montant (2)
J J M M A A A A	A H P C 0 0 1	1 0			M	282,06			
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2)							282,06		

B/ Association - Cas général

Réalisation d'un examen de la vision associé à un examen fonctionnel de la motricité oculaire.

Actes CCAM :

BLQP016 : Examen de la vision binoculaire - Tarif français : 22,68 €,

BJQP002 : Examen fonctionnel de la motricité oculaire - Tarifs français : 22,38 €.

Le 2^{ème} acte (tarif le moins élevé) est affecté du code association « 2 » et facturé à 50 %.

• Détermination des honoraires :

➤ Montant des honoraires, base conventionnelle française :

$$\text{€} \rightarrow 22,68 + 22,38 \times 50 \% = \mathbf{33,87 \text{ €}}$$

➤ Base de remboursement des Caisses Sociales de Monaco :

$$\text{€} \rightarrow 33,87 \times 1,50 = \mathbf{50,81 \text{ €}}$$

➤ Honoraires maxima facturables aux assurés carte « verte » :

$$\text{€} \rightarrow 33,87 \times 1,5 = \mathbf{50,81 \text{ €}}$$

➤ Honoraires maxima facturables aux assurés carte « rose » :

$$\text{€} \rightarrow 33,87 \times 1,85 = \mathbf{62,66 \text{ €}}$$

• Codification et tarification sur feuille de soins (Assuré Carte Rose) :

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)							AUTRES					
dates des actes		codes des actes	activité	C.CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés (1)	ID	MD	DR	Montant (2)	
J J	M M	A A	A A				1				41,96	
J J	M M	A A	A A				2				20,70	
J J	M M	A A	A A									
J J	M M	A A	A A									
J J	M M	A A	A A									
J J	M M	A A	A A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)												
							MONTANT TOTAL en euros (1+2)					62,66

C/ Association suite à chirurgie sur des membres différents

Exemples d'actes associés :

Pontage artériel fémorofémoral homolatéral avec pontage artériel fémorotibial sans collier veineux.

Dans cet exemple, un prélèvement peropératoire d'autogreffe veineuse est également réalisé.

CODES DES ACTES ET SUPPLEMENT	TARIF FRANÇAIS CHIRURGIEN	ANESTHESISTE
EECA 002	522,50	229,90
EECA 008	377,57	169,77
YYYY107	144,58	92,33

• **Détermination des honoraires du chirurgien :**

Application du code association « 3 » pour le 2^{ème} acte (75 %), du code « 1 » pour le supplément et du modificateur « J » - majoration transitoire de chirurgie (+6,5 %).

➤ Montant des honoraires, base conventionnelle française :

▪ Majoration « J »

1^{er} acte : $522,50 + (522,50 \times 6,5 \%) = 556,46 \text{ €}$
 2^{ème} acte : $377,57 + (377,57 \times 6,5 \%) = 402,11 \text{ €}$
 Supplément : $144,58 + (144,58 \times 6,5 \%) = 153,98 \text{ €}$

▪ Honoraires

$556,46 + (402,11 \times 75 \%) + 153,98 = \mathbf{1.012,02 \text{ €}}$

➤ Base de remboursement des Caisses Sociales de Monaco :

↪ $1.012,02 \times 1,5 = \mathbf{1.518,03 \text{ €}}$

➤ Honoraires maxima facturables aux assurés carte « verte » :

↪ $1.012,02 \times 1,5 = \mathbf{1.518,03 \text{ €}}$

➤ Honoraires maxima facturables aux assurés carte « rose » :

↪ $1.012,02 \times 1,85 = \mathbf{1.872,23 \text{ €}}$

• **Codification et tarification sur feuille de soins (Assuré Carte Verte) :**

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)							AUTRES		
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés (1)	ID	DR	Montant
							MD		(2)
J J	EECA002	1			J	1			
J J	EECA008	1			J	3			
J J	YYYY107	1			J	1			
J J									
J J									
J J									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2)							1 518,03		

• **Détermination des honoraires de l'anesthésiste :**

Application du code association « 3 » pour le 2^{ème} acte (75 %), du code « 1 » pour le supplément et du modificateur « 7 » - majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste transitoire de chirurgie (+4 %).

➤ Montant des honoraires, base conventionnelle française :

▪ Majoration « 7 »

1er acte : $229,90 + (229,90 \times 4\%) = 239,10 \text{ €}$

2ème acte : $169,77 + (169,77 \times 4\%) = 176,56 \text{ €}$

Supplément : $92,33 + (92,33 \times 4\%) = 96,02 \text{ €}$

▪ Honoraires

$239,10 + (176,56 \times 75\%) + 96,02 = 467,54 \text{ €}$

➤ Base de remboursement des Caisses Sociales de Monaco :

↪ $467,54 \times 1,5 = 701,31 \text{ €}$

➤ Honoraires maxima facturables aux assurés carte « verte » :

↪ $467,54 \times 1,5 = 701,31 \text{ €}$

➤ Honoraires maxima facturables aux assurés carte « rose » :

↪ $467,54 \times 1,85 = 864,96 \text{ €}$

• **Codification et tarification sur feuille de soins (Assuré Carte Verte) :**

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	V,VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés (1)	AUTRES			
							ID MD	DR	Montant (2)	
J J M M A A A A	EECA002	4			7 1	358,65				
J J M M A A A A	EECA008	4			7 3	198,63				
J J M M A A A A	YYYY107	4			7 1	144,03				
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
PAIEMENT (à remplir par le médecin)										
							MONTANT TOTAL en euros (1+2)			701,31