

NOUVEAU

La CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) entrera en application le 1^{er} juin prochain. *Voici le troisième d'une série d'articles présentant les principales caractéristiques de cette nomenclature médicale technique.*

Les codes de la CCAM

Marc Sabek

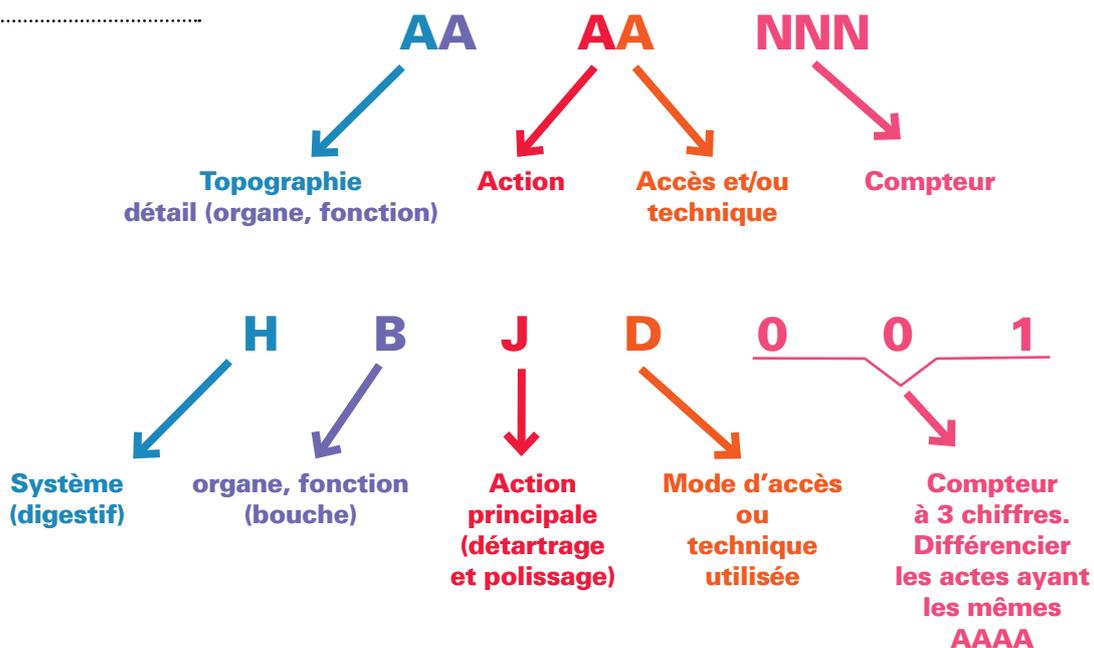
Docteur en Sciences Odontologiques, Docteur en Droit, Expert près la Cour d'appel d'Orléans

Principe de bijectivité

Le principe de la bijectivité de la CCAM signifie que pour chaque acte, décrit par un libellé, correspond un seul code. Aucune confusion n'est donc possible entre deux actes ou deux codes.

1. Le code principal

Alphanumérique et semi-structuré, ce code est composé de sept caractères, quatre alphabétiques majuscules et trois numériques en chiffres arabes (forme **AAAANN**). Pour éviter toute confusion avec des caractères numériques, les lettres O et I ne sont pas utilisées. Ex: **HBJD001**, « Détartrage et polissage des dents ».



- **Les deux premiers caractères** alphabétiques correspondent à la **topographie de l'acte**. La première lettre désigne le système. Ainsi, la lettre H désigne le système digestif. La 2^e lettre apporte un niveau de détail supplémentaire : un organe, un tissu ou une fonction (rattachée à l'organe ou au système).

- **La 3^e lettre désigne l'action réalisée**. Les termes d'action employés dans la CCAM ont été définis en les regroupant par type d'action. Un même code est fréquemment affecté à plusieurs verbes d'action, réunis en raison de leur proximité technique. Ainsi, la lettre G correspond aux verbes « Enlever » et « Extraire ». Ex : **HBGD012**, « Ablation de corps étranger d'un canal radiculaire d'une dent ». Quand un libellé d'acte comporte plusieurs actions, le code utilisé est celui qui se réfère à l'action principale ou à la première citée.

- **La dernière lettre** précise le **mode d'accès** ou la **technique utilisée**. Elle peut repérer un mode d'accès seul, particulièrement pour les accès effractifs. Dans d'autres cas, elle désigne à la fois le mode d'accès et la technique. Dans le cas où un acte utilise plusieurs accès ou techniques, la lettre correspond au plus effractif.

- Les lettres n'obéissent à aucun souci mnémotechnique. Plusieurs libellés différents peuvent avoir le même radical alphabétique, s'ils décrivent une action identique sur le même site, utilisant le même mode d'accès ou la même technique. Pour permettre la distinction de tels libellés, un compteur numérique sur trois caractères suit les quatre caractères alphabétiques. À la différence de la partie alphabétique, le compteur n'a pas de rôle structurant. La valeur de ce compteur n'est pas indicative de l'ordre d'apparition du libellé au sein de la CCAM. Cette solution permet l'évolution de la CCAM sans en rompre la logique initiale de présentation et de codification.



2. Les codes supplémentaires

1. Le code « Phase de traitement »

Lorsqu'un acte se déroule en plusieurs phases, chacune d'elles est repérée par un code supplémentaire indiqué devant le sous-libellé correspondant.

- 0 par défaut, lorsqu'il n'y a qu'une seule phase de traitement (la quasi-totalité des actes en médecine bucco-dentaire);
- 1 identifie la première phase de traitement;
- 2 la deuxième phase;
- 3 la troisième phase.

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

2. Le code « Activité »

Ce code permet de repérer la part effectuée par chacun des professionnels participant à la réalisation d'un même acte. C'est un code numérique dont l'utilisation est identique pour les actes et pour les gestes complémentaires.

Il s'agit donc des actes où la règle de l'art impose la collaboration de plusieurs praticiens pour la réalisation même de l'acte principal. Dans ce cas, le libellé de l'acte est subdivisé en autant de sous-libellés que d'équipes obligatoires; le code « Activité » correspondant est inscrit en face de chacun d'eux.

En médecine bucco-dentaire, ce sont les actes réalisés avec une anesthésie générale ou locorégionale (faisant intervenir un anesthésiste), l'intervention est repérée par le code « Activité » 1, l'acte d'anesthésie par le code « Activité » 4.

3. Le code « Modificateur »

Code alphanumérique, utilisable avec les seuls actes pour lesquels cette association est explicitement prévue, lorsqu'une condition particulière est remplie telle que décrite par le libellé du modificateur. L'application d'un modificateur conduit à une majoration du tarif de l'acte, soit par un montant défini en euros, soit par un pourcentage de la valeur habituelle de l'acte.

Un modificateur ne peut jamais être utilisé sans un libellé d'acte. Tous les actes n'admettent pas de modificateur et seuls peuvent être facturés les modificateurs se rapportant à des actes ayant un tarif. Un acte admet au plus quatre modificateurs.

Les modificateurs les plus courants en médecine bucco-dentaire :

- modificateur Enfant (E) pour les actes de radiographie réalisés chez un patient de moins de 5 ans : + 49 % ;
- modificateur jour Férié (F) pour les actes réalisés en urgence un dimanche ou jour férié : +19,06 € ;
- modificateur Âge (N) pour les traitements des dents permanentes des enfants de moins de 13 ans : +15,70 % ;
- modificateur Urgence de nuit (U) pour les actes réalisés en urgence, la nuit, c'est-à-dire entre 20h et 8h : +25,15 €.

4. Le code « Majoration DOM »

Ce code majore la valeur de la base de remboursement des actes réalisés aux Antilles, en Guyane, à Mayotte et à la Réunion :

- actes de chirurgie : 1,079 (anciens actes en DC) ;
- soins conservateurs : 1,077 (anciens actes en SC).



5. Le code « Association »

Il indique la réalisation de plusieurs actes, par le même chirurgien-dentiste, sur le même patient, dans le même temps opératoire (même séance). Ce code a une valeur de 1 à 5, mais trois codes seulement concernent les actes de médecine bucco-dentaires.

- 1 : l'acte est tarifé à 100 %.
- 2 : l'acte est tarifé à 50 %.
- 3 : l'acte est tarifé à 75 % (code non utilisé pour les actes bucco-dentaires).
- 4 : tous les actes de l'association sont tarifés à 100 % (concerne plus particulièrement les actes de radiologie conventionnelle et les actes bucco-dentaires).
- 5 : les actes sont tarifés à 100 % pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient ; le praticien réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée (code non utilisé pour les actes bucco-dentaires).

C'est donc essentiellement le code 4 qui est utilisé lorsque le chirurgien-dentiste réalise deux ou plusieurs actes tarifés à 100 % (Ex : sur 46, **HBMD038**, Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire, et sur 47, **HBMD049**, Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire). Le patient est âgé de 12 ans, le modificateur N est appliqué.

Les codes 1 et 2 sont utilisés pour les actes chirurgicaux (anciennement en DC, hors extractions) qui sont facturés à 100 % pour le premier acte et 50 % pour le second (Ex: sur 21, **HBGB005**, Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée, tarifé à 100 %, et sur 22, le même acte **HBGB005**, tarifé à 50 %).

ACTES EFFECTUES									
(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)									
dates des actes	codes des actes	actes	C, CS V, VS	autres actes (TO...) éléments de tarification CCAM (modificateurs, association...)	montant des honoraires facturés	dépens	frais de déplacement		
							I.D. M.D.	K. nbre	L.K. montant
J J M M A A A A	H B M D 0 3 8 1 N				4	49,75			
localisation anatomique	4 6								
J J M M A A A A	H B M D 0 4 9 1 N				4	39,04			
localisation anatomique	4 7								
J J M M A A A A									
localisation anatomique									
PAIEMENT									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					88,79				
l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire					<input type="checkbox"/>				
l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire					<input type="checkbox"/>				
signature du praticien ayant effectué l'acte ou les actes			signature de l'assuré(e)			impossibilité de signer			

ACTES EFFECTUES									
(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)									
dates des actes	codes des actes	actes	C, CS V, VS	autres actes (TO...) éléments de tarification CCAM (modificateurs, association...)	montant des honoraires facturés	dépens	frais de déplacement		
							I.D. M.D.	K. nbre	L.K. montant
J J M M A A A A	H B G B 0 0 5 1				1	50,16			
localisation anatomique	2 1								
J J M M A A A A	H B G B 0 0 5 1				2	25,08			
localisation anatomique	2 2								
J J M M A A A A									
localisation anatomique									
J J M M A A A A									
localisation anatomique									
PAIEMENT									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					75,24				
l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire					<input type="checkbox"/>				
l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire					<input type="checkbox"/>				
signature du praticien ayant effectué l'acte ou les actes			signature de l'assuré(e)			impossibilité de signer			

Honoraires et Nomenclatures: la CCAM

Marc Sabek

À paraître très prochainement !

voir page 38

Nouveau

