

Note d'information base CCAM version 16

✓ **Objet** : Diffusion de la version 16 de la base **CCAM**

La version 16 de la CCAM permet la mise en oeuvre au 28/05/2009 :

de la facturation de 8 nouveaux actes, de la facturation du Forfait Sécurité dermatologie, de la fermeture de 7 codes et de la modification de 4 actes conformément à l'article 1 de la décision du 19 janvier 2009 de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie, publiée au JO du 28/04/2009.

Toute consultation ou téléchargement de cette base doit s'accompagner impérativement de la consultation ou du téléchargement des Dispositions Générales et Dispositions Diverses, présentant l'ensemble des règles tarifaires à appliquer pour la CCAM, qui sont modifiées avec la version 16.

Contenu de la version 16

Conformément à l'article 1 de la décision du 19 janvier 2009 de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie, la version 16 modifie la CCAM de la façon suivante :

✓ Inscription des 8 nouveaux actes suivants :

ADLA001 «*Implantation d'un stimulateur du nerf vague, par abord direct*» ; cet acte peut ainsi être remboursé sur la base d'un **prix unitaire de 226,88 euros pour la chirurgie et de 128,93 euros pour l'anesthésie** ;

ADKA001 «*Changement d'un générateur de stimulation du nerf vague, par abord direct*» ; cet acte peut ainsi être remboursé sur la base d'un **prix unitaire de 63,81 euros** ;

ADGA001 «*Ablation d'un générateur de stimulation du nerf vague, par abord direct*» ; cet acte peut ainsi être remboursé sur la base d'un **prix unitaire de 56,72 euros** ;

HLNC003 «*Destruction de tumeur hépatique avec courant de radiofréquence, par cœlioscopie*» ; cet acte peut ainsi être remboursé sur la base d'un **prix unitaire de 304,15 euros pour la chirurgie et de 176,96 euros pour l'anesthésie** ;

HLNA007 «*Destruction de tumeur hépatique avec courant de radiofréquence, par laparotomie*» ; cet acte peut ainsi être remboursé sur la base d'un **prix unitaire de 291,21 euros pour la chirurgie et de 189,60 euros pour l'anesthésie** ;

LMMC015 «*Cure d'événtration postopératoire de la paroi abdominale antérieure avec pose de prothèse, par cœlioscopie*» ; cet acte peut ainsi être remboursé sur la base d'un **prix unitaire de 260,45 euros pour la chirurgie et de 153,37 euros pour l'anesthésie** ;

NBDA013 «*Épiphysiodèse au genou, par plusieurs abords directs*» ; cet acte peut ainsi être remboursé sur la base d'un **prix unitaire de 164,11 euros pour la chirurgie et de 95,85 euros pour l'anesthésie** ;

NBGA015 «*Désépiphysiodèse au fémur ou au tibia*» ; acte peut ainsi être remboursé sur la base d'un **prix unitaire de 306,20 euros pour la chirurgie et de 138,81 euros pour l'anesthésie**.

✓ Création d'un Forfait Sécurité Dermatologie facturable en sus (selon les modalités décrites en annexe) des actes suivants :

BAFA012 Exérèse de lésion cutanée du sourcil

BAFA006 Exérèse non transfixiante d'une lésion d'une paupière

BAFA005 Exérèse non transfixiante de lésions multiples unilatérales de paupière

CAFA002 Exérèse partielle non transfixiante de l'auricule

CAFA005 Exérèse partielle transfixiante de l'auricule

GAFA007 Exérèse non transfixiante de lésion de la peau du nez ou de la muqueuse nasale

HAFA008 Exérèse non transfixiante de lésion de lèvre

QZFA036 Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm²

QZFA031 Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision de 2 à 5 zones cutanées de moins de 5 cm²

QZFA003 Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision de 6 zones cutanées ou plus de moins de 5 cm²

QZFA004 Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de 5 cm² à 10 cm²

- QZFA011** Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de 10 cm² à 50 cm²
- QZFA035** Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de 50 cm² à 200 cm²
- QZFA030** Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de plus de 200 cm²

La création de ce forfait s'applique à implique *de facto* la suppression des suppléments pour exérèse de naevus cellulaires ou de tumeurs malignes : YYYYY036, YYYYY043, YYYYY061 et du supplément de charges en cabinet de 10€.

✓ **Fermeture des 7 codes suivants :**

- NBDA002** Épiphysiodèse temporaire du genou, par 2 abords
- NBDA003** Épiphysiodèse temporaire du genou, par 3 abords ou plus
- NBGA009** Désépiphysiodèse périphérique au fémur ou au tibia
- NBGA008** Désépiphysiodèse centrale au fémur ou au tibia
- YYYY036** Supplément pour exérèse de nævi cellulaires ou de tumeurs cutanées malignes de moins de 5 cm²
- YYYY043** Supplément pour exérèse de nævi cellulaires ou de tumeurs cutanées malignes de 5 cm² à 10 cm²
- YYYY061** Supplément pour exérèse de nævi cellulaires ou de tumeurs cutanées malignes sur 10 cm² et plus

✓ **Modification des notes des 4 codes suivants :**

- Correction de codes utilisés dans les notes

- JHMA001** Plastie du prépuce du pénis [Posthoplastie]
- YYYY020** Forfait de réanimation niveau B (correction d'un code de la note d'exclusion)

- Ajout de codes extensions documentaires

- LAQK003** Radiographie du crâne et/ou du massif facial selon 1 ou 2 incidences
- LAQK005** Radiographie du crâne et/ou du massif facial selon 3 incidences ou plus

Rappel : Les modification relatives aux codes **HGQD002** (terme Vidéocapsule) et **QZNP007** (acte soumis à accord préalable uniquement) ont été intégrées dans la base dès la version 15.

✓ **Autres modifications :**

A l'occasion de cette version, un acte non pris en charge et ayant reçu un avis défavorable de la Haute Autorité de Santé est fermé, il s'agit du :

- PEQP001** Mesure de la force, du travail et de la puissance musculaire de 3 articulations ou plus, par dynamomètre informatisé et motorisé.

La Décision UNCAM du 5 mars 2009 parue au JO du 11/03/2009 modifie la règle d'association des actes de radiologie conventionnelle. Cette modification n'entraîne pas la génération d'une version spécifique de la CCAM. Toutefois, conformément à l'article 1 de cette décision, la version 16 intègre la modification du titre du sous-paragraphe 19.01.09.01 « Radiologie conventionnelle, scanographie, remnographie » qui devient «Radiologie, scanographie, remnographie ».

Annexe : Modalités de facturation du Forfait Sécurité Dermatologie

L'acte médical est codé et facturé par le médecin réalisant l'acte sous anesthésie locale.

Le Forfait Sécurité Dermatologie est codé FSD par le médecin, l'établissement de santé ou le centre de santé qui assume la charge de l'environnement dans lequel est réalisé l'acte.

Les actes de dermatologie permettant la facturation du forfait FSD sont effectués majoritairement en cabinet ou en consultations externes des hôpitaux (établissements ex-dotation globale). Par contre, en fonction de l'état de la personne, ces actes peuvent nécessiter une hospitalisation de jour pour leur réalisation ; cette éventualité doit être rare. Les caisses devront être particulièrement vigilantes sur la fréquence des GHS liés à ces actes.

Le FSD ne peut être facturé seul sans un acte CCAM l'autorisant.

L'acte CCAM et le FSD doivent être portés sur la même facture (facture individuelle du médecin ou bordereau S3404).

Le FSD facturé par le médecin est à déclarer dans les honoraires du médecin.

Le FSD facturé par l'établissement de santé est considéré comme une prestation sanitaire.

Le FSD ne peut être facturé, pour un même patient, plus d'une fois par 24 heures par une même structure de soins ou par un même praticien, même si deux actes CCAM y ouvrant droit sont réalisés.

Quand l'acte CCAM est réalisé en établissement de santé, le FSD ne peut être facturé que par le seul établissement de santé et ne peut pas se cumuler avec une prestation d'hospitalisation telle que définie à l'article R 162-32 du code de Sécurité sociale (GHS, ATU, FFM, SE).

Exemples de facturation

1. En cabinet de ville : le médecin facture le FSD

Le médecin facture ses honoraires (acte CCAM) et le forfait FSD sur sa feuille de soins individuelle - papier ou électronique.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)											
dates des actes	codes des actes	activités	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement			
								I.D.		I.K.	
								2	M.D.	nbre	montant 3
15062009	BAF A 01 2					3 3,4 4					
15062009	FSD					3 5,0 0					
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)

2. Pour les établissements privés (ex – OQN), quand l'établissement assume la charge de l'environnement dans lequel est réalisé l'acte, le médecin facture ses honoraires sur la partie basse du bordereau S3404 et l'établissement facture le forfait FSD sur la partie médiane du même bordereau. S3404

frais de structure et de soins (1)											
transfert	mode de traitement	DMT	prestation	n° GHS	période		prix unitaire	quantité	coefficient	montant facturé	codes exo.
					du	au					
O : Orienté par son médecin traitant : NOM + PRENOM du médecin traitant											
										sous-total 1	

produits de la LPP facturables ET spécialités pharmaceutiques (joindre la prescription)													
transfert	mode de traitement	DMT	prestation	n° GHS	n° d'identification du prescripteur	date de prescription	date d'implantation	libellé	code	tarif de référence ou prix unitaire	quantité	montant facturé	codes exo.
								Forfait Sécurité Dermatologie		35,00	1	35,00	
											sous-total 3		
											sous-total 1+2+3		

relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire											joindre la prescription médicale						
transfert	n° de case	numéro d'identification du prescripteur	spécialité	numéro d'identification de l'exécutant	spécialité	date des actes	date de la prescription	n° GHS	actes effectués				quantité ou coefficient	honoraires facturés	de pays	code exonération	signature des praticiens ou auxiliaires médicaux attestant la prestation des actes, l'exactitude du montant total des honoraires facturés et la dispense d'avance de frais.
									code acte ou lettre-clé	accréd.	phase	est. des					
						15 06 2009			BAFA012	1	0			3 3,4 4			1
																	2

La prestation FSD ainsi que l'acte CCAM qui l'accompagne sont soumis au parcours de soins. Pour les établissements privés, il convient donc de renseigner dans le bordereau S3404 – en partie haute - et dans la facture électronique du forfait FSD et de l'acte CCAM les indications relatives au parcours de soins - par exemple « O : Orienté par son médecin traitant, avec indication du nom et prénom du médecin traitant » si le patient est orienté par un médecin traitant. Les valeurs possibles de l'indicateur de parcours de soins sont décrites dans le Cahier des charges de la norme B2 (type 2S - voir annexe 25 du cahier des charges B2 et notamment position 121).

3. En consultation externe dans les établissements publics (ex - dotation globale), à la tarification des honoraires s'ajoute le forfait FSD sur le support ePMSI. Pour les patients migrants, AME ou CMU-C, l'établissement facture un FSD et l'acte CCAM.

Facturation Electronique

Une nouvelle base CCAM (Version 16) est mise à disposition des éditeurs de logiciels, selon le circuit en vigueur.

Un exemple de facturation électronique du forfait FSD par un établissement (flux B2) est disponible sur **Ameli rubrique Documentation technique** (cf. Annexe 24 de la norme B2).

Pour les logiciels SESAM Vitale, la version 16 de la base CCAM sera mise à disposition des éditeurs de logiciels.

S'agissant de l'intégration dans le système SESAM Vitale du code prestation "FSD" réservé à la facturation du Forfait Sécurité Dermatologie, elle est spécifiée dans la fiche réglementaire N°66 publiée sur le site du GIE SESAM Vitale.