

CIRCULAIRE

CIR-16/2009

Document consultable dans Médi@m

Date :

11/03/2009

Domaine(s) :

gestion des prestations en nature

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

Modification de la règle d'association des actes de radiologie conventionnelle.

Liens :

Plan de classement :

P06-010106

Emetteurs :

DDO DDGOS

Pièces jointes : 1

à Mesdames et Messieurs les

<input checked="" type="checkbox"/> Directeurs	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input checked="" type="checkbox"/> CRAM	<input checked="" type="checkbox"/> URCAM
	<input type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS	<input type="checkbox"/> CTI
<input type="checkbox"/> Agents Comptables			
<input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils	<input checked="" type="checkbox"/> Régionaux	<input checked="" type="checkbox"/> Chef de service	

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

La Décision UNCAM du 5 mars 2009 modifie la règle d'association des actes de radiologie conventionnelle. Désormais, en cas d'association d'actes de radiologie conventionnelle, l'acte dont la valeur est la plus élevée est facturé à taux plein, les autres sont facturés à 50% de leur valeur. Cette règle doit également être appliquée dans le cas d'une association d'un acte de mammographie avec un acte d'échographie.

Mots clés :

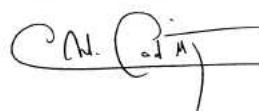
Association - Radiologie conventionnelle - Mammographie - Echographie - Guidage radiologique.

Le Directeur Délégué
à la Gestion et à l'Organisation des Soins



Jean-Marc AUBERT

Le Directeur Délégué
aux Opérations



Olivier de CADEVILLE

CIRCULAIRE : 16/2009

Date : 11/03/2009

Objet : Modification de la règle d'association des actes de radiologie conventionnelle.

Affaire suivie par : Dr Sylvie TORRE (DDGOS/DACT) – sylvie.torre@cnamts.fr
Danielle ZIZINE-HUBERT (DDGOS/DACT) – danielle.zizine-hubert@cnamts.fr
Franck de RABAUDY (DDGOS/DCMM) – franck.de-rabaudy@cnamts.fr
Florence HERICHER (DDGOS/DCMM) – florence.hericher@cnamts.fr

La Décision UNCAM du 5 mars 2009 parue au JO du 11 mars 2009 modifie la règle d'association des actes de radiologie conventionnelle. Désormais, en cas d'association d'actes de radiologie conventionnelle, l'acte dont la valeur est la plus élevée est facturé à taux plein, les autres sont facturés à 50% de leur valeur. Cette règle doit également être appliquée dans le cas d'une association d'un acte de mammographie avec un acte d'échographie

Cette disposition prend effet le 12 mars 2009.

I. Le contexte

En CCAM comme en NGAP, quand un professionnel réalise deux actes techniques ou plus, dans la même séance pour un même patient, l'acte dont le tarif est le plus élevé est facturé à taux plein, le second est facturé à 50% de sa valeur.

Jusqu'à présent, les actes de radiologie conventionnelle n'étaient pas soumis à cette règle. En cas d'association, ils étaient facturés à taux plein et n'étaient pas limités en nombre.

Par la Décision UNCAM du 5 mars 2009, la règle d'association des actes de radiologie conventionnelle et la règle de l'association d'un acte de mammographie et d'un acte d'échographie doivent désormais converger vers la règle générale : celui dont le tarif est le plus élevé est tarifé à taux plein et les autres à 50% de leur valeur. Il n'y a pas de changement sur la non-limite en nombre des actes de radiologie conventionnelle.

II. Périmètre des actes concernés

Les actes concernés sont les actes de radiologie conventionnelle, c'est-à-dire les actes diagnostiques de radiologie, en dehors :

- o des actes portant sur l'appareil circulatoire du paragraphe 04.01.04,

- o des actes par scanographie,
- o des actes du sous paragraphe 19.01.09.02 - Radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle.

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

Dans le cas d'association d'un acte de mammographie avec un ou plusieurs actes d'échographie, **tous les actes d'échographie sont concernés y compris l'échographie du sein.**

Seuls les actes de radiologie conventionnelle facturés en CCAM (Livre II de la Liste des actes et des prestations) sont concernés.

Les suppléments archivage et numérisation restent facturés à taux plein.

III. Nouvelle règle d'association des actes de radiologie conventionnelle

Les actes de radiologie conventionnelle peuvent être associés entre eux, quel que soit leur nombre, et à d'autres actes dans les conditions suivantes.

- 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 Association	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 qui ne sont pas de la radiologie conventionnelle, 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.

Actes de radiologie conventionnelle associés à un acte n'étant pas de la radiologie conventionnelle (hors association mammographie et échographie)

Règle	Code Association	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 à d'autres actes n'étant pas de la radiologie conventionnelle et relevant de la règle générale (2 au plus)

Règle	Code Association	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 (que ce soit une échographie du sein ou sur une autre localisation), 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 Association	Taux à appliquer au tarif
Mammographie (si tarif le plus élevé)	1	100%
Echographie	2	50%

IV. Consignes de facturation

Ces nouvelles règles ne modifient pas les principes actuels de facturation : c'est au médecin réalisant les actes de renseigner le code association de chaque acte selon les règles tarifaires en vigueur. De ce fait, le médecin devra appliquer ces nouvelles règles pour toute association d'acte de radiologie conventionnelle ou de mammographie / échographie réalisée à compter du **12/03/2009** (date d'effet).

La prise en compte de ces nouvelles règles modifie les disposition diverses de la CCAM (Livre III – article III-3 B) et ne nécessite pas une nouvelle version de la CCAM.

Consignes particulières de facturation : mammographie dans le cadre du dépistage organisé associée à une échographie :

Ces 2 actes n'ayant pas le même comportement par rapport au parcours de soins (mammographie dans le cadre du dépistage organisé exclu du parcours de soins / échographie concernée par le parcours de soins), il est nécessaire de facturer ces actes sur 2 feuilles des soins distinctes.

Avec les nouvelles règles d'association « Mammographie / Echographie », le médecin devra facturer l'échographie sur une feuille de soin séparée avec un code association « 2 », en veillant à ce que le montant des honoraires prennent en compte l'abattement de 50%.

V. Impacts sur les logiciels

Ces nouvelles règles ne nécessitent pas de modification des moteurs de facturation et tarification de la CCAM :

- aucune nouvelle version de base CCAM n'est à intégrer,
- les nouvelles règles d'association sont conformes au Cahier des Charges SESAM Vitale 1.40 et au Cahier des charges des éditeurs hors SESAM-Vitale (version juillet 2004).

Consignes particulières de facturation : mammographie dans le cadre du dépistage organisé associée à une échographie (Cf. point IV) :

Actuellement, en SESAM Vitale, le positionnement d'un code association « 2 » (Abattement de 50 %) sur un acte CCAM seul dans une facture n'est pas admis.

Dans l'attente d'une évolution des logiciels, le professionnel de santé devra forcer le montant remboursable par l'assurance maladie obligatoire en prenant en compte l'abattement de 50% sans indiquer de code association « 2 ».

VI. Un cahier d'exemples de facturation est fourni en annexe à la circulaire.