

#### STATUT DU DOCUMENT :

Statut ; date Consolidé ; 22/05/15  
Document de référence : Cahier des charges FIDES/ACE  
Émetteur : CNAMTS.

#### DEFINITION (LAP/LIVRE III/ARTICLE I-11) :

En terme de définition, associer deux ou plusieurs actes CCAM signifie réaliser plusieurs actes par le même praticien, dans un même temps, sur un même patient, pour un même code activité.

La CCAM, fondée sur le principe de « l'acte global », prévoit aussi la possibilité d'associer des actes dans certaines conditions, c'est-à-dire dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité entre ces actes.

Ces associations peuvent être prévues (deux actes dont l'un est soit un geste complémentaire, soit un supplément, soit un acte d'imagerie pour radiologie interventionnelle) ou, au contraire, être non prévues c'est-à-dire a priori 'exceptionnelles'.

La CCAM qualifie d'Association Non Prévue (ANP) **une combinaison inhabituelle d'actes** dont le caractère aléatoire empêche toute « systématisation » (ex. traumatisme multiple). Une ANP est donc l'association de plusieurs actes, dans le respect de la LAP<sup>1</sup>, dans laquelle il existe au moins un couple d'actes pour lequel l'association n'est pas prévue par la nomenclature. **Il s'agit d'indiquer que c'est une ANP en renseignant le champ « code association non prévue » sur chacun des actes<sup>2</sup>.**

#### LES CODES ASSOCIATION (ANP)

- 1 - Acte principal le plus onéreux qui doit être facturé à **100%**.
- 2 - Acte associé facturé à **50%** de sa valeur.
- 3 - Acte associé facturé à **75%** de sa valeur.
- 4 - Permet de facturer à **100% de leur tarif** les actes d'une même séance (ex. : ACP, la plupart des actes bucco-dentaires).
- 5 - Acte facturé à **100%** de son tarif, pour des actes réalisés à des moments non continus de la même journée, pour des raisons médicales justifiées<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Cf. règles d'incompatibilités de tarification d'actes (article I-12).

<sup>2</sup> Les codes ANP ne s'appliquent pas aux actes NGAP pouvant figurer sur la facture.

<sup>3</sup> Justification de leur réalisation inscrite dans le dossier médical tenu à disposition du Service médical (cf dérogation B) 2. h) à l'article III-3 du Livre III de la Liste des actes et prestations).

## REGLES D'ASSOCIATION (LAP/Livre III/Article III-3 B & Annexe 2) :

### Principe

Le professionnel de santé code les actes réalisés et indique, pour chacun d'entre eux, le code correspondant à la règle d'association et au taux devant être appliqués.

### 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 association	Taux
▪ Acte de tarif le plus élevé	1	100 %
▪ 2 <sup>ème</sup> acte	2	50 %
▪ Supplément autorisé en plus des 2 actes	1	100 %

Il existe des dérogations à cette règle générale, soit en termes de nombre d'actes associables soit sur le taux appliqué au tarif.

### Exemples de dérogations à la règle générale

Les actes de **chirurgie** portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre : le deuxième acte est alors tarifé à 75 % de sa valeur.

Règle	Code association	Taux
▪ Acte de tarif le plus élevé	1	100 %
▪ 2 <sup>ème</sup> acte	3	75 %

Par ailleurs, certains actes **d'imagerie, d'anatomie et de cytologie pathologiques** ou **bucco-dentaires** peuvent être associés, à taux plein, par le biais de codes ANP « 4 », exemple :

Règle	Code association	Taux
▪ 1 <sup>er</sup> acte : acte avec guidage scanographique	4	100 %
▪ 2 <sup>ème</sup> acte : guidage scanographique(imagerie interventionnelle)	4	100 %

Nota : le code ANP « 4 » est dit non « panachable » (toutes les lignes de facturation doivent comporter la même valeur de code ANP, en l'occurrence le code 4).

## CONTEXTE DE FACTURATION FIDES/CONSULTATIONS EXTERNES (ACE) :

La spécificité des ACE relève du fait que c'est le numéro de l'établissement qui apparaît comme numéro d'exécutant sur chaque acte réalisé.

Ainsi, la facturation de plusieurs actes CCAM le même jour, pour le même patient, mais par des médecins différents, est considérée à tort comme une association d'actes, faute de pouvoir identifier chacun des médecins.

De ce fait, hors cas d'association prévue, le module de tarification CCAM attend un code ANP.

Pour les cas d'actes réalisés par des médecins différents, à la même date et pour un même patient, la solution d'attente ou dégradée consiste à « forcer » une valeur de code ANP **afin d'éviter de générer un rejet, mais également de ne pas minorer, à tort, la base de remboursement.**

Cas d'exemple :

1	Deux actes - Deux intervenants
---	--------------------------------

Le code ANP « 1 », positionné sur chaque ligne d'acte, permet la tarification correspondante.

**QZFA036** : exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm<sup>2</sup> ; 28,80€.

**JLQE002** : colposcopie ; 49,82€.

► **Médecin 1 : dermatologue**

Q  Z  F  A  0  3  6	1	_ _ _ _ _ _	1	_	_ _ 2  8,  8  0
code acte	activ	modificateurs	Ass	Rbst	Honoraire facturé

► **Médecin 2 : gynécologue**

J  L  Q  E  0  0  2	1	_ _ _ _ _ _	1	_	_ _ 4  9,  8  2
code acte	activ	modificateurs	Ass	Rbst	Honoraire facturé

2	Trois actes - Deux intervenants
---	---------------------------------

Pour le médecin réalisant les deux actes, les règles d'association s'appliquent. L'acte réalisé par le second médecin est sans abattement : le code ANP « 1 » positionné sur son acte permet la tarification correspondante.

**DZQM006** : échographie Doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques ; 96,49€.

**DKRP004** : épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec électrocardiographie discontinue ; 76,80€.

**NZLB001** : injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage ; 30,82€.

► **Médecin 1 : cardiologue**

D  Z  Q  M  0  0  6	1	_  _  _  _  _	1	_	_  9  6,  4  9
code acte	activ	modificateurs	Ass	Rbst	Honoraire facturé

D  K  R  P  0  0  4	1	_  _  _  _  _	2	_	_  3  8,  4  0
code acte	activ	modificateurs	Ass	Rbst	Honoraire facturé

► **Médecin 2 : rhumatologue**

N  Z  L  B  0  0  1	1	_  _  _  _  _	1	_	_  3  0,  8  2
code acte	activ	modificateurs	Ass	Rbst	Honoraire facturé

3 Quatre actes dont trois de radiologie conventionnelle - Deux intervenants

Les actes sont réalisés par un radiologue et un rhumatologue. Pour les actes de radiologie, l'acte de tarif le plus élevé est à 100%, le second et le troisième à 50% et l'acte réalisé par le rhumatologue est à 100%

**LFQK002** : radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 1 à 3 incidences ; 51,87€.

**NAQK015** : radiographie de la ceinture pelvienne selon 1 incidence ; 19,95€.

**NBQK001** : radiographie de la cuisse ; 19,95€.

**LHRP001** : séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale ; 25,08€.

► **Médecin 1 : radiologue**

L  F  Q  K  0  0  2	1	Z  _  _  _  _	1	_	_  6  0,  0  7
code acte	activ	modificateurs	Ass	Rbst	Honoraire facturé

N  A  Q  K  0  1  5	1	Z  _  _  _  _	2	_	_  1  2,  1  4
code acte	activ	modificateurs	Ass	Rbst	Honoraire facturé

N  B  Q  K  0  0  1	1	Z  _  _  _  _	2	_	_  1  2,  1  4
code acte	activ	modificateurs	Ass	Rbst	Honoraire facturé

► **Médecin 2 : rhumatologue**

L  H  R  P  0  0  1	1	_  _  _  _  _	1	x	_  2  5,  0  8
code acte	activ	modificateurs	Ass	Rbst	Honoraire facturé

4 Trois actes dont deux bucco-dentaire et un acte « autre » - Deux intervenants

Les actes bucco-dentaires associables à taux plein, quel que soit leur nombre, sont associés avec un code ANP « 4 » (cf. dérogation g alinéa 7a).

Dès lors si des actes « autres » apparaissent sur la facture, et qu'ils doivent être tarifés à 100%, ils comportent également le code ANP « 4 » (autrement on respecte la règle générale de fonctionnement, à savoir, lorsqu'un des actes réalisés, lors d'une séance, est facturé à 50 %, son code ANP est « 2 », les actes facturés à 100 % lors de la même séance reçoivent le code ANP « 1 ».

**HBLD364** : Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents ; 64,50€.

**HBFD474** : Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire ; 81,94€.

**HBQK040** : Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique ; 11,97€.

► Médecin 1 : chir-dent

H B L D 3 6 4  code acte	1  activ	_ _ _ _ _  modificateurs	4  Ass	_  Rbst	_ 6 4, 5 0  Honoraire facturé
-----------------------------	-------------	-----------------------------	-----------	------------	----------------------------------

H B F D 4 7 4  code acte	1  activ	_ _ _ _ _  modificateurs	4  Ass	_  Rbst	_ 8 1, 9 4  Honoraire facturé
-----------------------------	-------------	-----------------------------	-----------	------------	----------------------------------

► Médecin 2 : radiologue

H B Q K 0 4 0  code acte	1  activ	_ _ _ _ _  modificateurs	4  Ass	_  Rbst	_ 1 1, 9 7  Honoraire facturé
-----------------------------	-------------	-----------------------------	-----------	------------	----------------------------------