

Code phase de traitement (obligatoire)

Dans le cas d'un traitement qui se déroule dans le temps, ce code permet de distinguer les différentes phases du traitement.

Le médecin indique à côté du code de l'acte et du code activité, le code de la phase qu'il réalise.

Par défaut, le code est "0". **Il n'est pas nécessaire de l'indiquer sur la feuille de soins papier en cabinet de ville.**

Exemple :

HAMA007 Reconstruction du philtrum par lambeau hétérolabial, pour séquelle d'une fente orofaciale

Phase 1 : réalisation du lambeau hétérolabial

Phase 2 : section du pédicule du lambeau hétérolabial

Pour la phase 1,

- le chirurgien code et facture HAMA007 1 1
- l'anesthésiste code et facture HAMA007 4 1

Pour la phase 2,

- le chirurgien code et facture HAMA007 1 2
- l'anesthésiste code et facture HAMA007 4 2

Modificateur (facultatif)

Pour décrire et facturer l'acte, le médecin peut coder jusqu'à 4 modificateurs parmi la liste des modificateurs compatibles avec l'acte et l'activité. Ils sont mentionnés en regard de chaque acte.

A chaque code modificateur correspond une modification du tarif, sous forme d'une majoration, la plupart du temps exprimée en pourcentage du tarif de base ou éventuellement sous forme d'un montant fixé dans l'avenant conventionnel tarifaire.

Exemple :

FAFA001 Adénoïdectomie avec pose unilatérale d'aérateur transtympanique

Si l'acte est réalisé chez un enfant de moins de 4 ans, le modificateur âge "A" s'applique à l'acte d'anesthésie :

L'anesthésiste code FAFA001 4 0 **A**

Association (facultatif)

Ce code supplémentaire doit être renseigné sur la même ligne que le code de l'acte pour signaler les associations d'actes (quand elles sont autorisées).

L'acte dont le prix unitaire est le plus élevé¹, les gestes complémentaires éventuels et les suppléments ne subissent pas d'abattement : ils sont toujours facturés à taux plein.

Des valeurs différentes du code permettent de distinguer les différentes règles tarifaires.

Quand il y a association de deux actes dont un geste complémentaire ou un supplément, le code "association" ne doit pas être renseigné.

Exemple :

QEFA020 Mastectomie totale avec conservation des pectoraux et curage lymphonodal axillaire **et**
QEMA006 Reconstruction du sein par pose d'implant prothétique.

Le chirurgien codera :

QEFA020 1 0 1 (1^{er} acte à taux plein)

QEMA006 1 0 2 (2^{ème} acte à 50 % de sa valeur)

L'anesthésiste codera :

QEFA020 4 0 1 (1^{er} acte à taux plein)

QEMA006 4 0 2 (2^{ème} acte à 50 % de sa valeur)

Remboursement exceptionnel (facultatif)

Ce code doit être renseigné par le médecin, uniquement pour les actes dont la prise en charge est soumise à conditions (indications médicales, par exemple).

Le médecin ne peut facturer l'acte que s'il le réalise dans les conditions requises. Il doit le préciser en notant le code "remboursement exceptionnel".

Exemple :

GAMA024 Rhinoplastie avec ostéotomie, sans autogreffe de cartilage

Conditions de prise en charge : si post traumatique ou lié à des troubles fonctionnels ou des malformations.

Dans ces cas, le médecin code GAMA008 1 0 et renseigne la zone prévue sur le support de facturation (« X » sur la feuille de soins papier).

¹ Hors application des modificateurs.