

LA CCAM DANS JULIE

Nous avons bien reçu la mise à jour 3.31.0.(66) dans laquelle apparaissent de nouvelles familles d'actes .Nous avons pu constater que ces familles étaient incomplètes et nous aimerions savoir si l'ensemble des codes CCAM opposables, non opposables et non remboursables seront référencés dans ces familles avant le 01/06/2014.Cela nous permettrait d'affiner nos paramétrages avant l'entrée en vigueur de la CCAM.

Une série d'actes CCAM les plus courants (env. 150) vous a été proposée dans la nouvelle mise à jour Julie 3.31.0.66 (déjà diffusée par le site internet Julie). Nous sommes actuellement en train d'ajouter 68 actes supplémentaires à partir de la dernière version de la base CCAM v34. Cette mise à jour sera disponible par la mise à jour internet de Julie et sur le site d'ici le début de semaine prochaine, ou fin de cette semaine.

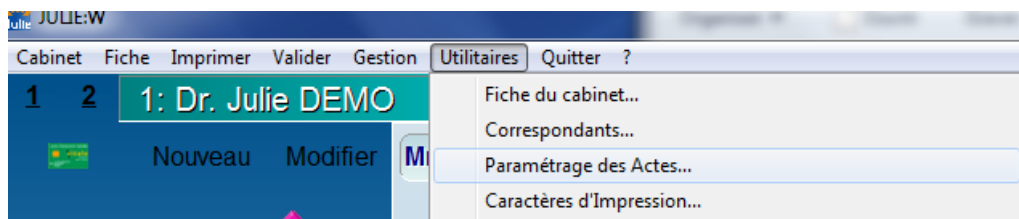
Pourrais-je cibler les fichiers qui sont modifiés par la mise en conformité du paramétrage des actes pour ne transférer que ceux-là entre les ordi ? Pourriez-vous me dire lesquels ?

Il s'agit des fichiers: « paract.dat, paract2.dat, codesfd.dat, famactes.dat et obsactp.dat »

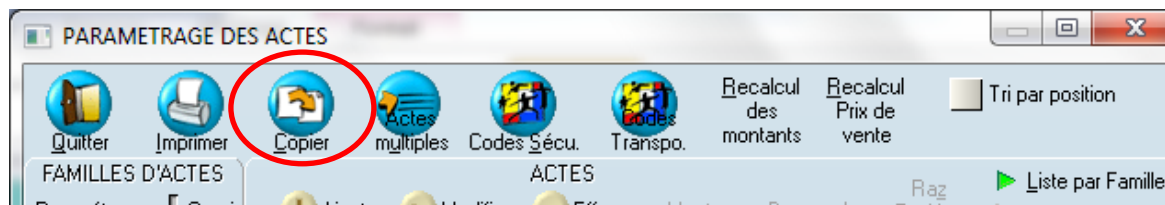
Ces fichiers sont dans le dossier : `c:\juliew\datas` du serveur

Pour les cabinets multipostes, pouvez-vous conseiller de mettre à jour les actes que d'un praticien et d'expliquer comment les copier chez les autres (sauf si tarifs différents)...

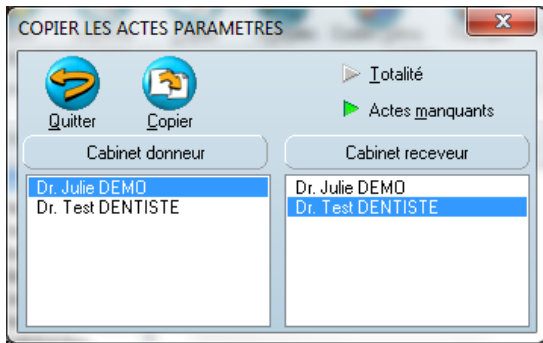
Sur le paramétrage des actes du praticien n°1, par exemple : <Utilitaires>, <Paramétrage des actes>



Une fois le paramétrage CCAM finalisé, vous pouvez le copier vers un autre praticien :

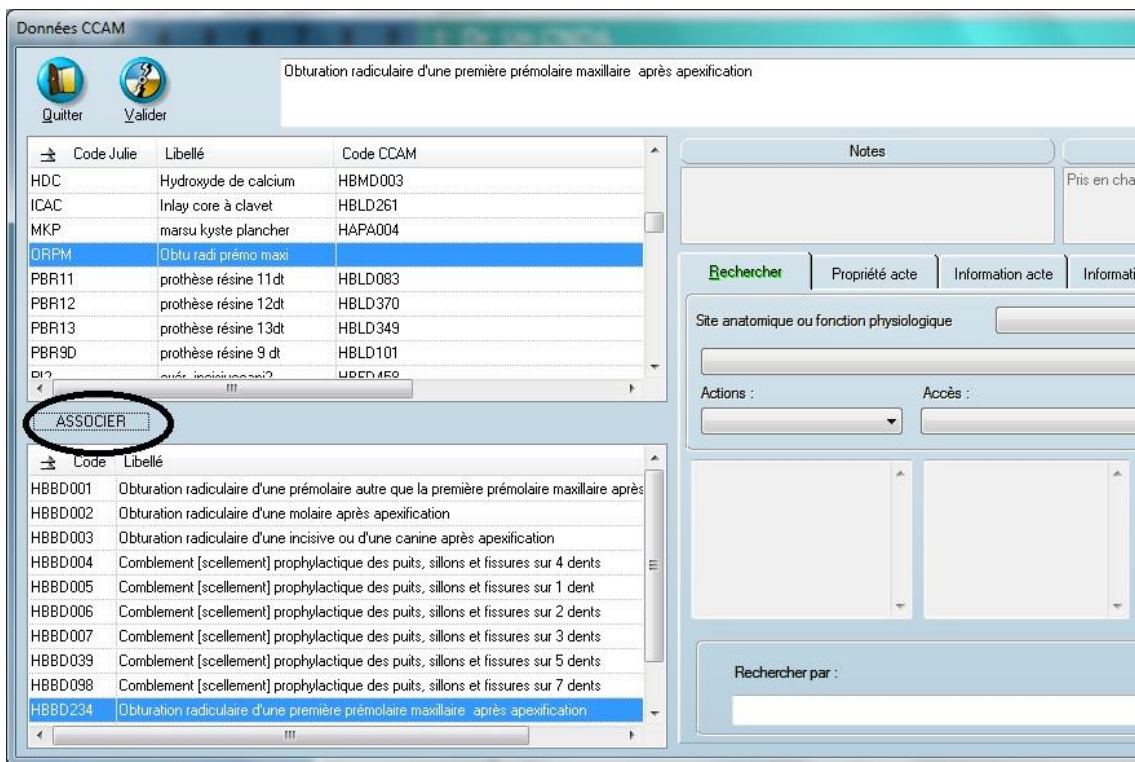


Sélectionner le praticien donneur et le praticien receveur et <actes manquants>, par exemple pour ne copier que les nouveaux actes :



Y-a-t-il une passerelle pour transférer nos tarifs actuels sur la nouvelle nomenclature ?

Dans la fenêtre de la base CCAM, ci-dessous, vous pouvez associer vos anciens actes aux codes CCAM correspondants:



- 1- Sélection de l'acte NGAP, dans le cadre haut, gauche
- 2- Recherche du code CCAM
- 3- Sélection de l'acte CCAM, dans le cadre bas gauche
- 4- Cliquer sur le bouton associer

Avec la CCAM on ne peut pas mettre plus de 4 actes par FSE : j'en ai saisi 12 et ils passent sur 3 FSE ? Cela ne va pas faire pour les actes associés, surtout en prothèse (dents contreplaqué...) et SANS COMPTER DE LA PERTE DE TEMPS pour nous, praticiens et non secrétaires.

Le formulaire de feuille de soins ne comporte que 4 lignes. Nous sommes donc obligés de faire cette séparation.

Que veulent dire les messages d'erreurs « associations non prévues » lorsque l'on réalise plusieurs soins consécutifs ?



En CCAM, il y a des règles d'association non prévue entre certains actes, qu'il faut renseigner à la saisie : (en cliquant sur le bouton CCAM à droite du champ de saisie du code de l'acte) :

Annuler Accepter Phase de traitement : 0 Hemboursement exceptionnelle Supplément de charge
Code activité : 1.1 Libellé du code association :
Code association : 4 Acte spécifique facture a 100 % de sa valeur
Code extension documentaire :
Modificateurs :
6 Intervention itérative glaucome..., voies biliaires ou urinaires
7 Presence permanente anesthésiste durant intervention
8 Anesthésie intervention itérative glaucome..., voies biliaires ou urinaires
9 Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 2
A Anesthésie patient < 4 ans ou > 80 ans
B Radio. au bloc opératoire, unité de rea. ou lit du patient intransportable
C Radio. comparative des membres
D Contrôle radio. segment squelette immobilisé par contention rigide
E Radiologie conventionnelle ou scanographie patient < 5 ans
Notes : Conditions d'utilisation :
Facturation : forfaitaire quel que soit le nombre de clichés réalisés et de séances
Pris en charge et remboursable
Associations :
HBBD001 -- OBTUR RADICUL 1 PRÉMOLAIRE HORS 1RE PRÉMOLAIRE MAX APRÈS APEXIFI
HBBD002 -- OBTURATION RADICULAIRE 1 MOLAIRE APRÈS APEXIFICATION
HBBD003 -- OBTURATION RADICULAIRE 1 INCISIVE / 1 CANINE APRÈS APEXIFICATION
HBBD234 -- OBTUR RADICULAIRE 1RE PRÉMOLAIRE MAX APRÈS APEXIFICATION
Hbfd001 -- EXÉRÈSE CONTENU CANALAIRE NON VIVANT 1 INCISIVE / 1 CANINE PERMANEN

Règle Sesam-Vitale :

Pour une association d'actes, le code association doit être transmis pour chaque acte/activité/phase de cette association.

Association non prévue

Pour une association d'actes non prévue, le code association transmis est nécessairement renseigné.

Association prévue

Pour une association d'actes prévue, le code association transmis est nécessairement non renseigné.

Valeur du code association :

En première version de la base CCAM, le code association peut prendre les valeurs suivantes :

1 = acte principal le plus onéreux qui doit être facturé à 100%. Il ne peut exister qu'un code association 1 par séance.

2 = acte associé facturé à 50% de sa valeur.

3 = acte associé facturé à 75% de sa valeur. Aucun acte dentaire pour le moment n'est concerné

4 = code le plus utilisé en dentaire, permet de facturer à 100% les actes d'une même séance.

5 = acte facturé à 100% de sa valeur – cas particulier, actes à des moments non continus de la même journée.

Cependant cette liste de valeurs n'est pas exhaustive et peut évoluer en fonction des mises à jour de la base CCAM. La valeur du code association saisi par le Professionnel de Santé et transmis dans la facture pour chaque acte d'une association non prévue doit être connu dans la base CCAM à la date d'exécution de l'acte.

Saisie des sextants et quadrant par le schéma bouche

Dans le schéma bouche, sur la fenêtre contenant la liste des actes, vous pouvez consulter le détail d'un acte par le bouton *Détails*> >

Pour un acte s'appliquant à plusieurs dents, sur l'onglet <Dents>, vous avez la possibilité de sélectionner les dents, ou groupe de dents (sextant ou quadrant). Si vous cochez l'option, en bas à droite, « confirmez le choix dans l'onglet », cette sélection sera appliquée à la saisie de l'acte en bouche : un seul clic dans la bouche du patient sera nécessaire pour enregistrer l'acte.

Montants	Infos complément.	Code graphique	Devis & proposition thérapeutique	A.M.O.	C.C.A.M.	Dents
<input type="checkbox"/> 00 : Toute la bouche						<input type="checkbox"/> 01 : Maxillaire supérieur
						<input type="checkbox"/> 10 : Quadrant Supérieur
						<input type="checkbox"/> 20 : Quadrant Supérieur gauche
						<input type="checkbox"/> 03 : Sextant Supérieur
						<input checked="" type="checkbox"/> 04 : Sextant
						<input type="checkbox"/> 05 : Sextant Supérieur
						<input type="checkbox"/> 18
						<input type="checkbox"/> 11
						<input type="checkbox"/> 21
						<input type="checkbox"/> 28
						<input type="checkbox"/> 55
						<input type="checkbox"/> 51
						<input type="checkbox"/> 61
						<input type="checkbox"/> 65
						<input type="checkbox"/> 85
						<input type="checkbox"/> 81
						<input type="checkbox"/> 71
						<input type="checkbox"/> 75
						<input type="checkbox"/> 48
						<input type="checkbox"/> 41
						<input type="checkbox"/> 31
						<input type="checkbox"/> 38
						<input type="checkbox"/> 08 : Sextant Inférieur
						<input type="checkbox"/> 07 : Sextant
						<input type="checkbox"/> 06 : Sextant Inférieur
						<input type="checkbox"/> 40 : Quadrant Inférieur
						<input type="checkbox"/> 30 : Quadrant Inférieur
						<input type="checkbox"/> 02 : Maxillaire inférieur
						<input checked="" type="checkbox"/> Confirmez le choix dans l'onglet

Comment saisir un acte CCAM que l'on ne souhaite pas garder dans le paramétrage, car il est utilisé exceptionnellement ?

Dans la fenêtre des soins, à l'insertion, il est possible de cliquer sur « manuelle » pour ajouter un acte CCAM qui n'est pas paramétré et que l'on utilisera peut-être qu'une fois.

26/05/2014 | Liste | Manuelle | Effectué 230.00 | Paievements | Solde 230.00 | Euros | E: 230.00 | P: | S: 230

Veillez entrer le code de l'acte.

1. Cliquer sur le bouton choisir pour entrer dans le référentiel CCAM et sélectionner un code CCAM.
2. Entrer un libellé et si le reste du paramétrage convient, cliquer sur « Valider pour ce patient ».
3. L'acte ne sera pas conservé dans le paramétrage des actes.

SAISIE D'ACTE MANUELLE

Code **OBS** | Traçabilité | Libellé | Paramétrer la traçabilité... | Recalculer les honoraires

1 | Choisir... | **2** | **3** | Valider pour ce patient

Code NGAP | Coeff. Adulte | Code CCAM | Montant unitaire | Date début | Age mini | Majoration DOM | Date fin | Age maxi

Code Transpo | Code CCAM | Montant unitaire | Date début | Age mini | Majoration DOM | Date fin | Age maxi

Honoraires facturés | Cause dépassement | Honoraires C.M.U. | Cause dépassement pas. CMU

Adulte | Enfant | Texte | CMU | En Euro

Colonne historique | Soins | Classé parmi les | Soins | Cet acte | Ne s'imprime sur aucune feuille

Ne pas appliquer le tarif de convention | Non totalisé | Chronométrage

Veillez entrer un code pour cet acte

Comment saisir, sous Julie, deux actes CCAM dont l'association est prévue ?

A la saisie, par le bouton CCAM, on récupère l'information indiquant que deux codes peuvent s'associer.

Dans ce cas, il n'est pas nécessaire de renseigner le champ du code d'association.

Ci-dessous les associations proposées avec Hbfd008 sur la base CCAM 35 :

Phase de traitement : 0

Code actif : 1

Code association : Non renseignée

Code extension documentaire :

Modificateurs :

- 5 Intervention itérative glaucome..., voies biliaires ou urinaires
- 7 Présence permanente anesthésie durant intervention
- 8 Anesthésie intervention itérative glaucome..., voies biliaires ou urinaires
- 9 Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 2
- A Anesthésie patient < 4 ans ou > 80 ans
- B Radio, au bloc opératoire, unité de res. ou lit du patient intransportable
- C Radio, comparative des membres
- D Contrôle radio, segment squelette immobilisé par contention rigide
- E Radiologie conventionnelle ou scanographie patient < 5 ans

Notes :

Conditions d'utilisation : Pris en charge et remboursable

Associations :

- HBQK040 - RADIOS SUR 1 À 3 DENTS CONTIG PRÉ / PER + FINALPOUR TTMNT ENDODONTIQ
- HBQK303 - RADIOS SUR 1 À 3 DENTS CONTIG PRÉ PER & FINALE POUR TTMNT ENDODONTIC

RÈGLES D'ASSOCIATION (Art. III-3 B du livre III)

Dans le cas d'une association de 2 actes seulement, dont l'un est soit :

- un geste complémentaire ;
- un supplément ;
- un acte d'imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle (chapitre 19, sous-paragraphe 19.01.09.02) ;

Il ne faut pas indiquer de code association.

Si un acte est associé à un geste complémentaire et à un supplément, le code association est 1 pour chacun des actes.

Le code 4 est utilisé pour des actes spécifiques cités aux paragraphes 2 (e) et 2 (g). Il signifie que tous les actes de l'association sont tarifés à 100 %. (Code d'association le plus courant pour les actes dentaire)

Quand un acte de la CCAM est associé à un acte de la NGAP, aucun code association ne doit être noté.

Source :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000447717#JORFSCTA000000897880>