

**Annexe 1 modifiée de l'arrêté n°45 CM modifié du 18 janvier 2012 –
Consolidée juillet 2018**

Livre I CPAM : Dispositions générales

Article I-1

Les dispositions du Livre I s'appliquent aux médecins libéraux et salariés pour la prise en charge ou le remboursement de leurs actes techniques par l'assurance maladie.

Article I-2

La liste des actes techniques remboursables, mentionnée au Livre II, s'impose aux médecins pour communiquer aux organismes d'assurance maladie, tout en respectant le secret professionnel et dans l'intérêt du patient, les actes et prestations effectués selon les modalités de facturation qui conditionnent leur prise en charge par l'assurance maladie. Si un acte n'est pas inscrit dans la liste, il ne peut pas être pris en charge.

Article I-3 - Codage

Tout acte de la liste est identifié par un code auquel correspond un libellé. Le code principal comporte sept caractères : les quatre premiers précisent la topographie, l'action, le mode d'accès et la technique, les trois derniers constituent un compteur aléatoire.

Ce code principal est complété par un ou plusieurs codes activité et codes phase de traitement mentionnés à l'article I-6. Ces trois codes sont obligatoires et doivent être inscrits chacun dans une zone particulière de la feuille de soins :

- le code activité identifie les gestes réalisés au cours d'un même acte par des médecins différents : le code «1» correspond au geste principal, le code «2» correspond au 2^{ème} geste éventuel, le code «3» correspond au 3^{ème} geste éventuel, le code «4» correspond au geste d'anesthésie générale ou locorégionale, le code «5» correspond à la surveillance d'une circulation extracorporelle (CEC) par un médecin autre que celui qui effectue l'intervention chirurgicale ;
- le code phase de traitement identifie les différentes phases d'un traitement lorsqu'elles existent : le code «1» identifie la première phase de traitement, le code «2» la deuxième phase, le code «3» la troisième phase. Par défaut, lorsqu'il n'y a qu'une seule phase de traitement, le code est «0».

Trois codes supplémentaires sont facultatifs : le code remboursement exceptionnel mentionné à l'article I-4, le code modificateur mentionné à l'article I-9, le code association mentionné à l'article I-11.

Un acte ne peut être codé qu'à l'issue de sa complète réalisation, à l'exception des actes qui comportent plusieurs codes phase de traitement. Toutefois, quand l'acte thérapeutique initialement prévu n'a pas pu être réalisé dans son intégralité, le médecin code l'acte effectivement réalisé.

Article I-4 -Prise en charge

Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les organismes d'assurance maladie les actes effectués personnellement par un médecin, sous réserve que ce dernier soit en règle avec les dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de sa profession.

Les médecins sont tenus de respecter les conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation des actes et prestations figurant dans la liste.

Par ailleurs, un acte ou une prestation ne peut être pris en charge que si sa réalisation est conforme aux indications prises en application de la loi du pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013 relative à la maîtrise de l'évolution des dépenses des produits de santé et produits et prestations remboursables.

Pour les actes qualifiés de remboursables sous conditions, le médecin porte le code remboursement exceptionnel «X» sur la feuille de soins. Ce code indique que l'acte a été réalisé dans les conditions précisées dans le Livre II. Si l'acte n'est pas réalisé dans les conditions exigées, il ne peut pas être présenté au remboursement.

(ajouté, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 4) « Ces actes sont repérés dans la liste par les lettres « RC ». ».

Certains actes font l'objet d'un accord préalable du contrôle médical. Ces actes sont repérés dans la liste par les lettres «AP». Ils ne sont pris en charge qu'à la condition d'avoir reçu l'avis favorable du contrôle médical, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

1. Quand l'acte est soumis à cette formalité, le patient est tenu, préalablement à l'exécution de cet acte, d'adresser au contrôle médical une demande d'accord préalable remplie et signée par le médecin qui doit dispenser l'acte. Les demandes d'accord préalable sont établies sur des imprimés fournis par l'organisme de gestion. Lorsque les honoraires sont réglés directement aux médecins par l'organisme d'assurance maladie notamment en ce qui concerne les soins donnés aux victimes d'accidents du travail, la demande d'accord préalable est adressée au contrôle médical par le médecin et non par le patient.
2. La date d'envoi de la demande d'accord préalable est attestée par le cachet de la poste. La réponse de l'organisme d'assurance maladie doit être adressée au patient ou au médecin, le cas échéant, au plus tard le quinzième jour suivant la date de réception de la demande par le contrôle médical.
3. Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent article préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par l'assurance maladie, l'absence de réponse, pendant plus de quinze jours de l'organisme, sur la demande de prise en charge équivaut à un accord. Dans ce cas, le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à l'organisme d'assurance maladie sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.
4. Lorsque la demande est incomplète, l'organisme d'assurance maladie indique au demandeur les pièces manquantes indispensables à l'instruction et fixe un délai pour

leur réception. Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la réception des pièces requises. Lorsqu'il y a urgence manifeste, le médecin dispense l'acte mais remplit néanmoins la demande d'accord préalable en portant la mention : « acte d'urgence ».

Article I-5

Pour l'application de l'article I-4, chaque acte doit faire l'objet d'un compte-rendu écrit et détaillé qui sert de document de liaison afin de faciliter la continuité des soins.

Le compte-rendu doit comporter notamment : les renseignements d'ordre administratif, les renseignements d'ordre médical, l'indication de l'acte, les modalités techniques précises quand cela est nécessaire, les résultats quantitatifs et qualitatifs pertinents, les conclusions motivées. Il est accompagné éventuellement d'un tracé ou d'une iconographie approprié. Il est réalisé et signé par le médecin ayant pratiqué l'acte et peut être adressé au contrôle médical sur sa demande.

Article I-6 (ajouté, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 4)- Acte global

Pour les actes techniques médicaux de la liste, chaque libellé décrit un acte global qui comprend l'ensemble des gestes nécessaires à sa réalisation dans le même temps d'intervention ou d'examen, conformément aux données acquises de la science et au descriptif de l'acte dans la liste.

L'acte global est soit un acte isolé, qui peut être réalisé de manière indépendante, soit une procédure, qui est le regroupement usuel et pertinent d'actes isolés.

Lorsque les conditions de prise en charge prévoient que l'acte peut être réalisé par plusieurs médecins, la participation de chaque médecin est décrite par une activité distincte. A chaque activité correspond un code activité et un tarif qui ne peut être tarifé qu'une seule fois.

Lorsque les conditions de prise en charge ne prévoient pas la présence de plusieurs médecins, l'acte ne peut être codé et facturé qu'une seule fois, même si plusieurs médecins participent à sa réalisation.

Lorsqu'une procédure spécifique est identifiée dans la liste, elle est codée et tarifée et non les actes isolés qui la composent, même s'ils sont réalisés par des médecins différents.

La liste prévoit que des actes peuvent être réalisés en plusieurs phases distinctes dans le temps. Dans ce cas, chaque phase est décrite. A chacune d'entre elles correspondent un code phase de traitement et un tarif qui doit être facturé le jour de sa réalisation.

Les gestes complémentaires, les actes de guidage et les suppléments de rémunération ne peuvent être tarifés que si les actes qu'ils complètent sont réalisés. (*remplacé, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 4*) « Les codes des gestes complémentaires ou des suppléments autorisés sont mentionnés en regard de chacun des actes concernés, sauf dérogations. » Les gestes complémentaires et les suppléments sont regroupés dans des chapitres spécifiques.

Pour un acte chirurgical non répétitif réalisé en équipe sur un plateau technique lourd ou un acte interventionnel, dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, le tarif recouvre, pour le médecin qui le réalise :

- pendant la période préinterventionnelle, les actes habituels en lien direct avec l'intervention en dehors de la consultation au cours de laquelle est posée l'indication ;
- la période perinterventionnelle ;
- la période postinterventionnelle et ce, pendant une période de quinze jours après la réalisation de l'acte, pour un suivi hors complications et en ce qui concerne les conséquences directes liées à cet acte, que le patient soit hospitalisé ou non.

Si durant les quinze jours mentionnés ci-dessus, une seconde intervention, rendue nécessaire par une modification de l'état du patient ou par une affection intercurrente s'impose, le second acte ouvre une nouvelle période de quinze jours, annulant le temps restant à courir.

Article I-7 - Anesthésie-réanimation

L'anesthésie-réanimation générale ou locorégionale est prise en charge à condition qu'elle soit administrée par inhalation, injection ou infiltration de racines, plexus ou tronc nerveux ou par une combinaison de ces méthodes, et faite personnellement par un médecin autre que celui effectuant l'acte qui la nécessite.

Les gestes d'anesthésie-réanimation sont signalés par le code principal de l'acte complété par le code activité «4» mentionné à l'article I-3 qui décrit l'activité spécifique d'anesthésie réanimation, auquel correspond le tarif du geste d'anesthésie.

Pour les actes dont le code principal n'est pas complété par ce code activité spécifique, il est possible de coder et facturer la réalisation de l'anesthésie complémentaire de l'acte, qui est indiquée en regard de celui-ci, ou, si aucune n'est indiquée, de l'anesthésie générale ou locorégionale complémentaire de niveau 1 (ZZLP025). Les libellés de ces anesthésies sont regroupés dans un chapitre spécifique. Ces gestes d'anesthésie peuvent être codés et facturés pour les actes relevant de l'article III-1 du Livre III : Dispositions diverses.

(remplacé, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 4) « Par dérogation à l'article I-6, le guidage échographique pour anesthésie locorégionale périphérique de membre ou de la paroi abdominale (AHQJ021) et le supplément pour récupération peropératoire de sang (YYYY041) peuvent être codés et tarifés bien qu'ils ne soient pas mentionnés en regard des actes auxquels ils peuvent s'appliquer. »

Deux types d'actes d'anesthésie-réanimation sont distingués :

1. celles pour lesquelles la présence permanente du médecin anesthésiste est obligatoire pendant toute la phase perinterventionnelle, c'est à dire l'induction, la surveillance, le réveil ;
2. celles pour lesquelles le médecin anesthésiste peut prendre en charge l'anesthésie de deux patients simultanément. Si toutefois pour ces actes, le médecin anesthésiste se consacre exclusivement à un seul patient, il peut appliquer une majoration, sous forme de modificateur, appelé «présence permanente de l'anesthésiste» mentionné à l'article III-2. *(déplacé, Ar n° 1141 CM du 02/07/18, article 4) « Celui-ci est indiqué en regard des actes concernés. »*

La présence permanente du médecin anesthésiste pendant la phase perinterventionnelle doit être attestée explicitement sur la fiche d'anesthésie.

Le tarif de chaque geste d'anesthésie couvre globalement l'anesthésie elle-même et tous les gestes habituellement confiés au médecin procédant à l'anesthésie et à la réanimation pendant l'acte lui-même et pendant la journée de l'intervention.

Pour le geste d'anesthésie-réanimation accompagnant un acte chirurgical ou un acte interventionnel définis à l'article I-6, le tarif recouvre également, pour le médecin qui le réalise :

- les soins préinterventionnels la veille de l'intervention ;
- la surveillance postinterventionnelle et les actes liés aux techniques de réanimation en dehors de ceux réalisés dans les unités de réanimation et les unités de soins intensifs de cardiologie, pendant la période de quinze jours qui suit le jour de l'intervention, pour un suivi hors complications et en ce qui concerne les conséquences directes liées à cet acte.

Le geste d'anesthésie-réanimation accompagnant un acte non pris en charge par l'assurance maladie ne fait pas l'objet d'un remboursement.

Article I-8 - Actes thérapeutiques en séances

Dans certains cas, un traitement complet est constitué de la répétition d'actes thérapeutiques identiques à des jours différents. Dans ces cas particuliers, chacun de ces actes unitaires, dont la durée de réalisation n'excède pas vingt quatre heures est appelé «séance». Ces actes, dont les libellés sont introduits par le terme «séance de», ne peuvent être tarifés qu'une fois par vingt quatre heures.

Article I-9 - Modificateurs

Un modificateur est une information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation d'un acte ou pour sa valorisation. Il s'applique à une liste précise d'actes. Les modificateurs autorisés sont mentionnés explicitement en regard de chacun des actes concernés. L'application d'un modificateur conduit à une majoration du tarif de l'acte. Seuls peuvent être facturés les modificateurs se rapportant à des actes ayant un tarif.

La description de ces modificateurs figure à l'article III-2 du Livre III.

Quatre modificateurs au plus peuvent être tarifés par acte.

Article I-10 - Actes identiques

Les actes identiques sont des actes décrits par le même libellé et identifiés par le même code. Pour les actes identiques réalisés sur des organes ou des sites anatomiques pairs, appelés « actes bilatéraux » :

- soit il existe un libellé d'acte unilatéral et un libellé d'acte bilatéral ; en cas de réalisation bilatérale, il convient de noter le code du libellé décrivant l'acte dans sa réalisation bilatérale ;
- soit il existe un acte comportant la mention « unilatéral ou bilatéral » dans le libellé ou les notes s'y rapportant ; en cas de réalisation bilatérale, il convient de noter le code une seule fois ;

- soit il existe un libellé sans précision de latéralité ; dans ce cas, ce libellé concerne un acte unilatéral ; pour coder la réalisation bilatérale de l'acte, quand celle-ci n'est pas interdite par les règles d'incompatibilités (article I-12), il convient de coder deux fois l'acte en respectant les règles d'association (articles I-11 et III-3).

Cas particulier : pour les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques, les actes identiques d'examen de prélèvement sur des organes pairs ou sur plusieurs structures anatomiques sont identifiés par un code et un libellé spécifiques.

Article I-11 - Association

Dans le cadre de la tarification, l'association d'actes correspond à la réalisation de plusieurs actes, dans le même temps, pour le même patient, par le même médecin, dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité entre ces actes. Les codes et les taux d'application des associations sont mentionnés à l'article III-3 du Livre III.

Article I-12 - Règles d'incompatibilités

Les règles de construction des actes techniques médicaux de la CPAM entraînent un certain nombre d'incompatibilités des actes entre eux. Celles-ci sont valables quel que soit le nombre d'intervenants.

Il est impossible de tarifer dans le même temps, l'association entre :

1. des actes composant une procédure, telle que définie à l'article I-6 ci-dessus ;
2. un acte incluant un autre acte, et ce dernier ;
3. un acte comportant la mention «avec ou sans» un autre acte, et ce dernier ;
4. un acte dont le libellé précise qu'il est réalisé postérieurement à un autre acte, et ce dernier ;
5. des actes identiques :
 - réalisés sur le même site anatomique, à l'exception des actes réalisés sur la main et sur le pied ;
 - dont les libellés comportent des informations numériques,
 - dont les libellés précisent la mention bilatérale ;
 - d'anatomie et de cytologie pathologiques
6. des actes traduisant une même action ou une même finalité diagnostique ou thérapeutique sur le même site ;
7. des pansement, immobilisation ou appareillage éventuel d'une part, et, d'autre part, des actes portant sur les tissus c'est à dire la peau et le tissu cellulaire sous cutané, ou portant sur les muscles, tendons, synoviales, ou sur les os, ou sur les articulations, ou sur les vaisseaux, ou sur les nerfs, sur le même site anatomique.

Les incompatibilités d'association concernant un acte s'appliquent également aux actes dans lesquels il est inclus ;

A ces incompatibilités générales s'ajoutent celles liées au contenu précis de l'acte, explicitées dans son libellé ou dans les notes adjointes mentionnées à l'article I-13.

Article I-13 - Conventions d'écriture des libellés

A - Emploi de l'article partitif «de»

L'article partitif «de» a le sens de «quel qu'en soit le nombre» ; ainsi un libellé qui ne comporte pas dans son intitulé de précision sur le nombre de lésions examinées ou traitées désigne implicitement un acte effectué sur une ou plusieurs lésions de même nature.

B - Emploi de «un» comme adjectif numéral

Le terme «un» est employé comme adjectif numéral et non comme article indéfini : il a le sens de un seul.

C - Indication numérique

Quand le libellé d'un acte comporte une indication numérique tel qu'un nombre, une dimension, une surface ou les termes «plusieurs» ou «multiples», le médecin doit utiliser le code du libellé décrivant le plus exactement la totalité des gestes effectués au cours de son acte.

D - La conjonction «et»

Dans certains libellés, la conjonction «et» remplace la préposition «avec». Elle en garde le sens inclusif obligatoire.

E - La conjonction «ou»

La conjonction «ou» introduit une proposition alternative : elle est employée avec un sens exclusif.

F - L'expression «et/ou» permet de coder une ou plusieurs actions avec le même libellé.

G - Ponctuation

La virgule placée entre les termes d'une énumération remplace «et, ou, et/ou» employé entre les deux derniers termes de cette énumération.

H - Notes d'utilisation

Afin de préciser le contenu technique des actes décrits ou leurs conditions d'utilisation, des informations supplémentaires peuvent accompagner les libellés. Ces notes d'utilisation sont situées soit, sous les libellés si elles sont d'ordre particulier soit, en tête de chapitre ou de subdivision si elles sont d'ordre général.

Ces notes peuvent être :

- explicatives : elles précisent, au niveau des titres, les conditions d'utilisation des libellés ou le contenu des actes de la subdivision ;
- indicatives : elles sont données comme exemples non limitatifs et figurent sous les libellés ;

- d'exclusion : elles précisent les conditions dans lesquelles le libellé ne doit pas être utilisé et figurent soit au niveau des titres, soit au niveau des libellés ; elles sont limitatives.

Par ailleurs, dans les notes :

- l'expression «coder éventuellement» signale les actes associables, à coder en sus en cas de réalisation simultanée. Seules les associations relativement habituelles sont indiquées à l'aide de cette note ;
- l'expression «avec ou sans» introduit une liste d'actes dont la réalisation éventuelle au cours de l'acte est incluse dans celui-ci et ne doit donc pas être codée en sus.

Les notes relatives à la prise en charge précisent les conditions de remboursement de l'acte :

- conditions de réalisation de l'acte, indications médicales, environnement, formation, nécessité d'un recueil prospectif de données ;
- conditions de facturation.

Article I-14-1 - Actes donnant droit à forfait technique

« Les actes de scanographie, de remnographie, de tomographie à émission de positons sont :

- réalisés par l'utilisation d'équipements matériels lourds dont l'installation est soumise à la délivrance d'une autorisation donnant droit à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux conformément aux articles 24 et 26 de la délibération n° 2002-169 APF du 12 décembre 2012 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française, sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité ;
- rémunérés par l'addition d'un tarif par acte, figurant en regard du code et d'un forfait technique rémunérant les coûts de fonctionnement de l'appareil installé versé à l'exploitant de l'appareil.

Le montant du forfait technique varie en fonction de la classe à laquelle appartient l'appareil autorisé, de son année d'installation et d'un seuil d'activité de référence. Celui-ci est établi par zone géographique pour les appareils de scanographie et de remnographie.

Au-delà de ce seuil, un montant réduit du forfait technique, dont la valeur monétaire est fixée dans les mêmes conditions que le forfait technique lui-même, est appliqué. Pour les appareils de scanographie et d'IRM, le montant réduit du forfait technique varie selon la tranche d'activité considérée.

La classification des appareils tient compte de leurs caractéristiques techniques. Elle est établie par année d'installation pour les appareils de scanographie.

Article I-14-2 - Actes donnant droit à autres forfaits

Certains actes sont rémunérés par l'addition d'un tarif par acte, figurant en regard du code, et d'un forfait. Les forfaits sont mentionnés explicitement en regard de chacun des actes concernés. Ils ne peuvent être facturés qu'en complément de la réalisation de ces actes. La description de ces forfaits figure à l'Annexe 3 du Livre III.

Article I-15 - Remboursement pour pathologie inhabituelle

Lorsqu'un patient présente une pathologie inhabituelle, nécessitant une dérogation aux modalités de prise en charge de la liste, le médecin adresse au contrôle médical une demande écrite motivée. La prise en charge est subordonnée à l'avis favorable du contrôle médical. Le silence gardé pendant plus de quinze jours par un organisme d'assurance maladie vaut décision d'acceptation, conformément à l'article LP 33 de la loi de pays 2013-1. du 14 janvier 2013 relative à la maîtrise de l'évolution des dépenses des produits de santé et des produits et prestations remboursables.