



FAQ CCAM-ACP

Vos questions
Nos réponses

Je suis surprise de voir la cotation p100 pour cytologie vaginale p55 pour col utérin. Cela veut il dire que les 3 lames col+vagin font p55+100 (je parle encore en ngap veuillez m'en excuser) ?

De façon très officielle (circulaire CNAM-TS), la cotation du frottis cervico-utérin est la même (JKQP001 en traditionnel et JKQP008 en monocouche), qu'il y ait ou non un prélèvement vaginal.

Comme convenu, je vous adresse quelques exemples de cotations pour lesquelles je vous remercie de m'aider :

- Muqueuse naso-sinusienne unilatérale : si biopsie ZZQP101
 - Muqueuse naso-sinusienne bilatérale : si biopsie ZZQP183
 - Curetage utérin pour FCS : ZZQP123
 - Exérèse bilatérale des cornets inférieurs : ZZQP136
 - Exérèse bilatérale des cornets inférieurs + amygdalectomie bilatérale : ZZQP136 + ZZQP111 ou ZZQP181
 - Amygdalectomie + luelle : ZZQP169 + YYYY042 si pour cancer
 - Exérèse d'une tumeur cutanée (exemple: baso cellulaire ou naevus atypique) parvenue non orientée mais pour laquelle on doit mentionner les marges : ZZQP188
 - Pièce de colectomie pour diverticules : ZZQP188
 - Pièce de colectomie pour carcinome : ZZQP169 + YYYY042
 - Pièce de résection iléo-colique pour carcinome : ZZQP169 + YYYY042
 - Lésions cutanées multiples dans un même flacon : ci-dessous
 - Lésions cutanées multiples, parvenues dans des flacons différenciés : Dans les deux cas, ça n'est pas les flacons qui comptent mais l'intention : dans l'immense majorité des cas, il faut faire un diagnostic par pièce donc ZZQP127 ou ZZQP154 +/- YYYY
-

Concernant l'examen anatomopathologique par hybridation in situ et la détection d' HER2 dans le cancer du sein il est noté - formation : spécifique (page 74).

Qu'est ce que ça signifie exactement? Faut-il avoir une formation spécifique pour analyser l'HIS HER2? Les formations lors du Carrefour ou les tests AFAQAP sont-ils suffisants comme formation?

Rien d'officiel n'a à ce jour été défini.

Je ne retrouve pas sur les références téléchargées de la CCAM les cotations "spéciales" pour les biopsies ostéomédullaires (est-ce ZZQP127), Le ganglion sentinelle et les ganglions pour lymphome ou "standard" J'ai créé dans notre logiciel, les codes ZZQP127B, ZZQP119A, ZZQP188C, mais sont-ils reconnus par la CCAM?

Pour les BOM, il faut utiliser effectivement le ZZQP127. Il n'est malheureusement pas marqué dans la circulaire de la CCAM, mais comme il faisait partie des p220 dans la NGAP, il n'y aurait pas de soucis en cas de litige.

Pour les codes d'extensions documentaires (A, B, C), oui, ils sont reconnus par la CNAM (sur les bordereaux des cliniques).

Je viens de recevoir un prélèvement cytologique avec frottis du col et cytologie de l'endomètre. Avec le P il n'y avait qu'une cotation P55 quel que soit le nombre de niveaux. Mais maintenant je lis que JKQP001 est l'examen cytopathologique de frottis du col de l'utérus, sans mention de l'endomètre. Donc puis-je associer l'acte de frottis du col JKQP001 et l'acte d'écouvillonnage de muqueuse endométriale ZZQP107 ?

Oui, mais c'était déjà le cas en NGAP, le p55 ne concernait que le FCU de dépistage. Un FCU plus un frottis utérin devait être coté p55+p100. Rien de changé en CCAM : JKQP001 + ZZQP107

Je ne retrouve pas dans la CCAM les majorations de P50 et P100 pour les tumeurs bénignes et malignes. Qu'en est-il?

Le P50 est remplacé par le YYYY040 et le p100 par YYYY042

Merci pour la réunion du samedi 19 juin, et pour la somme de travail que vous avez réalisée.

Est il possible d'obtenir le livret CCAM par courrier électronique pour le photocopier pour le service ?

Malheureusement non. Ce document est effectivement très précieux et résulte d'un très gros travail de synthèse de la part du syndicat. La diffusion d'une version électronique exposerait le syndicat à ne plus pouvoir privilégier ses membres adhérents et les participants à la journée de formation. En revanche, nous réfléchissons actuellement pour proposer à la vente ce guide de transcodage. Merci de votre compréhension.

Je me permets de venir vers vous par rapport au fait que la lettre P de la NGAP soit fermée au 23/07/2010.

En effet, après avoir pris contact avec le service relation avec les professionnels de santé de la CPAM d'Angers, je leur ai demandé si cela signifiait que la caisse supprimait des tables informatiques la lettre P (problème pour les actes effectués mais non encore réglés) ou bien "seulement" qu'elle ne serait plus utilisable à partir de cette date. Personne n'a su m'apporter de réponse par rapport à cela !

Il n'y aura pas de problème, les factures en P continueront à être honorées.

Qu'advient-il des PHN qu'utilisent les hospitaliers ?

Le sujet reste encore flou !

Des confrères qui ont déjà commencé se sont vu retourner toutes leurs feuilles de sécurité sociale comme non conformes du fait de l'absence des codes d'activité et de phase sur leurs feuilles SS. Or vous ne nous avez pas du tout parlé de ces deux critères. En consultant le journal officiel, je vois que tous les codes d'anapath sont associés à une activité 1 et une phase 0.

Mais le texte du JO précise qu'en cas d'actes d'anapath associés entre eux ou à un seul autre acte le code est 4 et qu'en cas d'association d'actes d'anapath et de deux autres actes, les codes sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé et 2 pour l'autre acte. Je trouve tout cela assez imprécis d'autant que le code 4 ne peut être associé avec un autre code association. De quoi parle-t-on ? D'acte d'anapath ? D'acte de médecine générale, de chirurgie ??? Pouvez vous éclairer notre lanterne et nous expliquer de façon précise où tout cela doit être indiqué sur les feuilles de sec soc ? Et quelles sont les règles qui président à leur emploi.

Vous avez du recevoir aujourd'hui (ou vous le recevrez bientôt) un document de l'assurance maladie qui explique bien ces problèmes de code d'activité/phase et code d'association.

Je n'ai pas voulu en parler samedi car normalement cet aspect des choses doit être totalement automatisé dans les logiciels d'ACP !

Les principes sont assez simples :

- Tous les actes d'ACP sont en code d'activité 1 (cet aspect concerne essentiellement les actes d'anesthésies) et en phase 0 (la phase ne doit être écrite que sur les bordereaux de facturation des cliniques).

- Pour les codes d'associations :

La règle générale dans la CCAM est que, lorsque plusieurs actes sont réalisés à la suite chez le même patient par le même médecin, seul le premier de ces actes (ou le plus cher) est coté à 100% de sa valeur (code d'association), le suivant n'étant coté qu'à 50% de sa valeur (code d'association 2). Les actes d'ACP ne relèvent pas de cette règle et peuvent être associés entre eux sans perte de valeur. Cette "règle" spécifique en ACP est repérée par le code d'association 4.

Quelques complications quand même :

Si un seul acte d'ACP : pas de code d'association

Si un seul acte d'ACP avec un supplément YYYY040 ou YYYY042 ou YYYY060 : pas de code d'association

Si deux ou plus actes d'ACP : tous sont associés au code 4

Si deux ou plus actes d'ACP avec en plus un supplément YYYY : tous, y compris le YYYY, doivent avoir le code 4.

Si un acte d'ACP plus un acte non ACP (prélèvement) : code 1 pour les deux

Si un ou plusieurs actes d'ACP plus deux actes hors ACP : tous les actes ACP ont le code association 1, l'acte de prélèvement le plus cher a le code 1 et le deuxième acte non ACP le code 2 (payé à 50% de sa valeur).

En tout état de cause, il me semble indispensable que tout ça soit fait automatiquement par votre logiciel. Je ne peux donc que vous encourager à vous retourner vers eux.

Quelques problèmes de cotation :

*frottis vaginal seul : quelle cotation mettre (apparemment , la cotation du frottis cervical précise bien "col" et donc a l'exclusion du reste?) : ZZQP107?

Oui

*culots : comment coter une cytologie monocouche accompagnée d'une inclusion du culot (réalisé sur le rinçage de seringue)?

Ca n'a effectivement pas été prévu (l'idée étant que la technique monocouche doit conduire à un étalement en ... monocouche et donc pas à une inclusion. Si le cas se présente, j'aurais tendance à mettre : ZZQP116

Par ailleurs, vous précisez, sur les tableaux récapitulatifs du petit fascicule remis à Paris, que l'acte YYYY060 ne peut être facturé avec certains autres actes de cyto : dans la CCAM, il est juste précisé qu'on ne peut pas le facturer avec un FCV, et qu'avec les actes ZZQP128, ZZQP103, etc ; il ne peut être facturé qu'une fois, mais il n'est pas dit qu'il ne peut pas du tout être facturé avec ces actes? Je ne comprends pas votre interprétation?

Il n'y a pas d'interprétation : le YYYY060 ne peut être facturé que avec les actes marqués dans le fascicule.

Est il souhaitable/obligatoire/recommandé que nos comptes rendus ACP comportent des titres reprenant la dénomination précise des prélèvements examinés calquées sur les codages attribués à ces examens, ceci afin qu'il n'y ait pas de controverse possible pour les caisses de SECU ?

Il s'agit d'une recommandation de l'AFAQAP, sans obligation vis à vis de la sécu. Ca paraît tout de même préférable.

1) Comment facturer dans le cadre de la nouvelle CCAM-ACP le dépassement d'honoraires que nous attribuons à des actes ACP que nous mettons en secteur 2 (nous sommes une association secteurs 1 et 2) ?FCV? Histo?

2) Existe t' il un dépassement autorisé pour les secteurs 1? De quel montant? Pour les FCV? Pour l'Histo? Comment le facturer?

Pas de changement des règles vis à vis du secteur 2 et des DE en secteur 1

3) Je n'ai pas bien compris samedi le codage des examens avec extemporané; les codages suivants sont ils bons?

- double quadrantectomie sur un même sein (QSE et QII), séparés en per opératoire par le chirurgien avec extempo sur les 2 sites : ZZQP 154 + Y042 + ZZQP 175? : **Ca me paraît le plus juste**

- quadrantectomie bilatérale avec extemporané des 2 côtés et ganglion sentinelle avec extempo d'un seul côté : ZZQP191A + ZZQP149 (ou jusqu'à 146 selon le nombre de site en extempo). **Plutôt ZZQP185A + ZZQP118 + YYYY042**

- lobectomie unilatérale thyroïdienne avec extempo: ZZQP149 + ZZQP 193 : **plutôt ZZQP149 seul**

De façon générale, pouvons nous attribuer un codage pour l'acte d'extempo + un codage pour l'exérèse tissulaire, ce qui n'était pas possible en principe avant mais qui devient indispensable actuellement en particulier en pathologie mammaire et autres vu le travail que cela représente maintenant (cartographie, marges, association nodule et lésions infracliniques, synthèse entre différents examens pour une même patiente etc...) surtout avec les ganglions sentinelles et les pièces complexes?

Pour cet exemple, oui sans aucun doute : tout n'a pas été vu en extemporané !

Peut-on associer au code CCAM de l'extemporané les frais de déplacement pour la réalisation de cet examen (ID et IK de la NGAP) ?

Oui

Peut-on associer le code de prélèvement d'un ponction (ponction thyroïdienne faite par l'ACP par exemple) avec le code examen cytopathologique sur ponction (actuellement association P+K) ?

Oui

Nous souhaiterions savoir comment interpréter les codes extempos de la CCAM.

1- Si on a 3 prélèvements extempos d'une tumeur (hépatique par ex), s'agit-il du même code si ces prélèvements nous parviennent de façon simultanée ou consécutive ? Doit-on utiliser ZZQP149 trois fois si c'est consécutif ? Ou ZZQP149 une seule fois car c'est la même lésion ? Ou ZZQP175 une seule fois dans tous les cas ?

2- Le terme structure anatomique est écrit au singulier. Si on nous demande une extempo sur un ganglion d'une part et d'autre part une extempo sur une recoupe pancréatique, doit-on coter ZZQP149 deux fois ???

Pour les extempos, seul le nombre de prélèvement compte. Le libellé est : « Examen anatomopathologique extemporané..... prélèvement de structure anatomique, » le « de » signifie une ou plusieurs

3- Un curage (par ex ilio-obturateur) avec plusieurs ganglions est-ce une structure anatomique unique ?

Oui

4- D'une façon générale, est-ce que « x » prélèvement(s) de structure anatomique représente le nombre de plots d'extempo réalisés ou le nombre d'organe analysé en extempo ?

Cf supra

5- Comment coter la pièce d'exérèse associée ? Sa prise en charge est-elle incluse dans le forfait extempo ? ZZQP149 etc.. Si non, dans quels cas exactement peut-on facturer un examen anapath de matériel d'exérèse ? (cas d'une exérèse cutanée complémentaire après marges positives, cas de la pièce d'exérèse cutanée principale en rapport avec l'analyse extempo de marges, cas de la prostatectomie après analyse extempo de l'apex prostatique etc...):

Je pense que c'est à voir au cas par cas en fonction du travail effectué après l'extempo

6- Dans le cas d'une extempo sur un canal cystique puis d'une hépatectomie complémentaire ou d'une extempo sur une recoupe bronchique puis d'une lobectomie pulmonaire complémentaire ou d'une extempo sur un uretère puis d'une cystectomie complémentaire etc... doit-on considérer qu'il s'agit d'une même structure anatomique entre l'extempo et sa suite ou de structures anatomiques différentes ?

Cf supra

La CCAM prévoit pour un fœtus + placenta le code suivant : JQQP005+ ZZQP164 hors lors de l'enregistrement de celui-ci, nous avons un message d'erreur "associations non prévues pour ces codes CCAM"

Est-ce une erreur lors de l'injection de la nouvelle CCAM dans notre logiciel le CACP ou y a t il une autre cotation?

Je ne vois effectivement aucune raison pour ne pas mettre le code "JQQP005+ ZZQP164".

Il faut donc à priori voir ça avec votre éditeur de logiciel.

Cotation pour extempo sur le lieu du prélèvement :

En pot 1 : un sein

En pot 2 : recoupe inférieure

En pot 3 et 4 : ganglions sentinelles

Est ce que nous devons coter de la façon suivante ZZQP118? (= de 2 à 4 prélèvements sur le lieu du prélèvement (bloc opératoire)) ou y est ce qu'il y a une autre façon de coter?

ZZQP118+ZZQP169B+YYY042 +/- immuno.

Je ne retrouve pas dans la CCAM les majorations de P50 et P100 pour les tumeurs bénignes et malignes. Qu'en est-il?

Les majorations p50 et p100 n'existent plus car le p n'existe plus. Elles sont remplacées respectivement par les suppléments YYYYY040 et YYYYY042.

Pouvez vous me confirmer que le début d'application de la ccam est toujours fixé impérativement au lundi 26 juillet 2010.

Oui

Pour les actes en clinique existe t'il un délai plus long pour le P ?

Oui

Question cotation CCAM : immunofluorescence ?

Immunohistochimie sur coupes congelées avec 1 à 4 anticorps : ZZQP150

Quel code appliquer pour les ponctions sternales et les myélogrammes dans les diagnostics hors lymphome, en particuliers l'ancien K5.

Pour l'examen du myélogramme, c'est bien le ZZQP151.

Pour le geste, le code est : FDHB001 (Ponction de moelle osseuse pour myélogramme dans un territoire, par voie transcutanée).

Vous nous aviez fait parvenir le montant des indemnités de déplacements au 1er juillet 2007. Pouvez-vous nous faire parvenir les indemnités de déplacements actuellement pratiquées ou nous indiquer où les trouver.

L'application de la CCAM-ACP, en remplacement de la NGAP, n'a aucune incidence sur les ID et les IK.

La tarification du 1er Juillet 2007 reste donc en vigueur. Les ID et les IK doivent être ajoutées au(x) code(s) CCAM de votre acte d'examen extemporané.

Pour un patient: 1) Estomac + cardia + oesophage. 2) le grand épiploon, puis la rate.

On essaye la cotation : zzqp164+yyyy042 pour le 1), zzqp188 pour épiploon et zzqp188 pour la rate, donc ce qui ferait zzqp180 pour épiploon et rate. mais cela ne rentre pas.

en renseignements cliniques : pte courbure gastrique. puis AK du cardia. carcinose péritonéale + N+. Chimiothérapie 1°. Pouvez-vous nous aider pour la cotation?

Normalement la cotation totale doit être : ZZQP169 + YYYYY042 (169 car il devrait y avoir un examen des marges).

Cela dit, je ne vois pas pourquoi cela bloque quand vous mettez un zzqp180 en plus. Il n'y a normalement pas de contradiction entre ces codes.

BIOPSIE MAMMAIRE problème d'un éventuel carcinome non évident en morphologie. Demande de récepteurs. Peut-on coter 162 +140 + 195 ?

Si en plus des récepteurs, vous faite une IHC qualitative (CK7, e-cadhérine, ...) vous pouvez effectivement mettre le code 140, si non (vous ne faite que les RH : 162 + 195).

MASTECTOMIE BILATERALE avec ganglions sentinelles bilatéraux + Extempo de chaque côté (sur lieu) : doit-on coter 185A + 118 + YYYYY042 +140 (ganglions sentinelles négatifs en HE) ou au contraire vu le travail effectué a-t-on le droit de mettre deux numéros différents et de codifier chaque côté ?

La seule solution légale est la première (185A + 118 + YYYYY042 +140).

A quoi correspond la lettre B et non la lettre A ? Cette lettre doit elle apparaître impérativement sur les feuilles de soins?

La lettre B est utilisée pour signaler que le ou les ganglions que vous avez eu à examiner sont le siège ou font suspecter un lymphome. L'utilisation de ces lettres n'est pas obligatoire. Elles ne peuvent être mises que sur les

bordereaux de cliniques ou en télé transmission.

COLECTOMIE DROITE AVEC BIOPSIE SUR UNE META HEPATIQUE : doit-on coter en 169 +YYYY042 ou 193 + 162 ?

169 + YYYY042 + 162.

Il arrive que je cote une IF (immuno fluorescence) pour certains examens cependant sur la nouvelle et récente nomenclature je ne vois pas apparaître de code pouvant correspondre à ce libellé à savoir qu'il coûte 102€.

ZZQP150 Examen anatomopathologique de prélèvement tissulaire congelé, avec examen immunohistochimique avec 1 à 4 anticorps (ancien P 300).

ZZQP112 Examen anatomopathologique de prélèvement tissulaire congelé, avec examen immunohistochimique avec 5 anticorps ou plus (ancien P 300).

Par ailleurs, l'IF est cotée 84 € et non pas 102 €.

Est-il possible de coter un P50 ou un P100 avec un P120 ou ça marche uniquement quand l'on cote un P220?

L'association du YYYY040 (ancien P50) et du YYYY042 (ancien P100) est possible uniquement avec certains codes CCAM (correspondant aux anciens P220)

Pourriez vous préciser la cotation pour les tumeurs du sein?

Les récepteurs hormonaux sont -ils considérés comme une immunohistochimie qualitative ou quantitative?

Est possible de possible de coter ZZQP140 pour les récepteurs hormonaux et ZZQP195 pour le Cerb2?

RH et Cerb2 sont tout deux des IHC quantitatives, donc relevant du code zzqp195.

Pour une même patiente, dans des pots différents : 1) annexe DT, 2) annexe G, 3) utérus, 4) biopsie du cul de sac de douglas, 5) B. coupole diaphragmatique Dt, 6) la même chose à G, 7) fossette ovarienne D, 8) la même chose à G et je pourrais rajouter encore 2 ou 4 prélèvements de péritoine et d'épiploon.

Examen de plusieurs structures anatomiques paires avec étude des marges plus cartographie d'organe.

Est-il possible de cumuler les cotations ZZQP140 (1 à 4 Ac sans quantification) et ZZQP195 (1 à 4 AC avec quantification) ? Cas concret : tumorectomie mammaire et ganglion sentinelle avec pour immuno RE, RP, CERBB, +/- Ki67 et AE1/AE3.

Oui.

Je me permets de venir vers vous quant à la manière de codifier un examen que nous avons reçu :

Il y a une tumorectomie, 4 recoupes, un extemporané, un ganglion sentinelle.

Nous aurions été tenté de codifier : ZZQP188 pour la tumorectomie, ZZQP 127 pour les recoupes et ZZQP119 pour l'extemporané. Mais d'après le "guide" édité par le syndicat, il semblerait que ce soit ZZQP193 ?

ZZQP119 : extempo.

ZZQP169 : examen de plusieurs structures anatomiques contiguës (ici tumorectomie et ganglion, les recoupes "n'ajoutent" rien) avec étude des marges. Le A à la fin de ZZQP169 pour signaler un protocole ganglion sentinelle.

YYYY042 : le p100 pour lésion maligne.

Quid des indemnités de déplacement et des indemnités kilométriques en examen extemporané ?

Les ID et IK continuent d'exister, la seule exigence informatique est que l'ID soit facturée après le code examen.

Y t il un nombre limite de code 4 ou est il possible de l'ajouter autant de fois qu'il y a des cotations même si 4 à 5 cotations?

Oui, autant de code 4 que vous le souhaitez.

Je me permets de venir vers vous quant à la manière de codifier un examen que nous avons reçu : tumorectomie, 4 recoupes, un extemporané , un ganglion sentinelle.

Nous aurions été tenté de codifier : ZZQP188 pour la tumorectomie, ZZQP 127 pour les recoupes et ZZQP119 pour l'extemporané.

La cotation devrait être : ZZQP169A + ZZQP149 + YYYY042 + immuno.

Dans la FAQ, il est précisé : «Si un seul acte d'ACP avec un supplément YYYY040 ou YYYY042 ou YYYY060 : pas de code d'association et si deux ou plus actes d'ACP : tous sont associés au code 4.

Or, la CPAM de Lille rejette les dossiers comportant une immunocytochimie (YYYY060) car il manquerait le code association (4). Après vérification, il s'avère en effet que les codes YYYY040 et YYYY042 font en effet partie des suppléments (chapitre 19.2.10 de la CCAM), le code YYYY060 faisant lui partie des forfaits et actes transitoires (chapitre 19.1.13). Doit-on pour cet acte en YYYY ajouter le code 4?

A priori pas de code 4 uniquement pour YYYY040 et YYYY042.

Codages de diagnostic des lymphomes : Nous avons régulièrement des ganglions pour suspicion de lymphome avec la BOM dans le cadre du bilan. A l'encontre de ce que vous nous avez dit, les cliniques refusent de coder ZZQP127B, sous prétexte que leur système informatique ne connaît pas ce code qui, il est vrai, ne figure pas sur les documents officiels (CCAM V21).

Comme l'on ne peut pas coder 2 fois ZZQP127 que doit on faire?

Comment se fait il que ces codes avec lettres ne figurent pas sur le journal officiel?

Le code CCAM pour un ganglion (ou une BOM) pour lymphome est ZZQP127+/- YYYY042 qui "vaut" P220+/-P100. Le B rajouté après le code est un code dit «d'extension documentaire» qui n'est pas obligatoire et ne change pas la cotation. Il est tout de même préférable de le mettre, et pour cela, vous devriez demander à votre clinique de se renseigner sur ces codes d'extension documentaire.

En tout état de cause, si vous avez en même temps la BOM et le ganglion, il n'y a pas de solution simple. Essayez de mettre ZZQP127 + ZZQP127. Si cela est rejeté, je ne vois pas d'autre solution que ZZQP127 + ZZQP188.

Résection de muqueuse naso-sinusienne bilatérale + cornets bilatéraux ? ZZQP177

Résection (et non biopsie) de muqueuse naso-sinusienne unilatérale ? ZZQP123

Résection (et non biopsie) de muqueuse naso-sinusienne bilatérale ? ZZQP123

2 biopsies cutanées différenciées dont le siège est différent, exemple n°1 biopsie du nez, n°2 biopsie de la jambe ? ZZQP148

Merci de me dire comment codifier une IHC avec Ki67? ZZQP140 OU 195 ? et si on le fait avec une chromogranine A peut on compter un ZZQP140 + 195 ?

Comme toutes les IHC quantitatives (RO, RP, HER2, ...), Ki67 se code bien ZZQP195.

Il peut s'associer avec une IHC qualitative ZZQP140.

Auriez vous des informations sur la cotation Polypectomie endométriale + endométriectome utérine différenciée en 2 flacons. ZZQP177 ne parait pas correct ??
ZZQP188 + ZZQP123

Il existerait une modalité pour coder des microbiopsies mammaires par exemple avec coupes intercalées pour immuno en équivalent de de JKQP002 Idem pour les grands lambeaux cutanés orientés (haut bas etc)

Non les micro-biopsies mammaires sont codées ZZQP162. Seules les macro-biopsies peuvent être codées JKQP002.

Les lambeaux cutanés orientés sont codés ZZQP193 quelle que soit leur taille.

Pour une pièce de mammectomie et un curage, nous attribuons un numéro pour la mammectomie et avec la cotation qui va avec (mammectomie + curage) et un autre numéro pour le curage (cotation sans facturation).

Nous faisons de l'immuno (par exemple 2 anticorps) sur le sein avec la cotation adéquate.

Si je fais de l'immuno (par exemple 3 anticorps) sur le curage, j'ajoute ma cotation immuno sur le curage ou je l'intègre dans la cotation immuno du sein et comment alors je compte le nombre d'immuno.

Il n'y a pas de réponse "juste" à votre question. La CCAM, comme toute nomenclature, est conçue pour décrire les cas «habituels». Dans des cas inhabituels, comme ici, il ne sert à rien de chercher la cotation adaptée, il n'y en a pas; Il vaut mieux rechercher de quel cas habituel votre cas particulier se rapproche.

Ici, il s'agit d'une mammectomie avec curage et IHC sur le sein (j'imagine IHC quantitative type RH ou HER2) et IHC sur les GG (j'imagine qualitative type KL1). Du coup, la cotation est : ZZQP169 + YYYY042 + ZZQP195 + ZZQP140.

Peut-on coter deux fois ZZQP195 pour récepteurs et HER2 comme c'était tolérer avec les p200+p200 ?

Comme vous le dites, il s'agissait d'une tolérance. Il faut donc demander directement à votre caisse si elle l'accepte.

Deux cas à soumettre :

Premier patient :

1° Cytologie péritonéale – 2° Appendicectomie – 3° Nodule péritonéal – 4° Masse ovarienne et 5° Sigmoidectomie : ZZQP128 + ZZQP140 + ZZQP169 + YYYY042. Peut-on éventuellement attribuer deux numéros d'enregistrement pour ce patient?

Deuxième patient :

1° Cytologie péritonéale – 2° Curage iliaque droit – 3° Curage iliaque gauche – 4° Hystérectomie avec annexectomie bilatérale : ZZQP128 + ZZQP192 + YYYY042 + ZZQP192 mais de ce fait on ne peut pas compter l'immuno ZZQP140. Idem peut-on attribuer deux numéros d'enregistrement ?

Il est interdit de mettre deux numéros pour un seul patient pour un examen qui vous arrive en une fois ou plusieurs fois sur la même journée.

Pour le deuxième cas, vous ne pouvez pas mettre deux fois la même cotation et donc, vous ne pouvez pas mettre deux fois ZZQP192. Mais je ne comprends pas pourquoi vous ne pouvez pas rajouter une IHC?

1/ Une biopsie cutanée et une biopsie buccale : ZZQP162 + ZZQP101 ou ZZQP163 ou ZZQP183?

ZZQP162 + ZZQP101

2/ pour l'exérèse de plusieurs naevus ou histiocytofibromes peut on ajouter un YYYY040 au ZZQP127 ou ZZQP154?

Oui, comme cela est indiqué dans le guide de la CCAM-ACP que le SMPF a publié.

Question sur enregistrement biopsies cervicales : notre gynéco nous envoie des biopsies repérées sur schéma b1 b2 b3. Si dans b1 il y a 3 fragments dans b2 2 fragments et b3 2 fragments peut on utiliser le ZZQP121 : biopsies avec cartographies.

Non, le nombre de fragment par pot ne compte pas : Il faut au moins 5 pots distincts, quel que soit le nombre de fragments dans chaque pot pour appliquer le code cartographie.

N'hésitez pas à poser vos questions pour continuer d'alimenter la FAQ