



# Guide de Facturation CCAM

Règles essentielles pour les praticiens

Dispositions générales et diverses de la CCAM — version applicable au 02/01/2026

[orca-codage.fr](http://orca-codage.fr)

*Ce guide synthétise les grandes règles de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).  
Il ne remplace pas la nomenclature officielle mais permet d'en comprendre les fondamentaux.*

## 1. Codage

Structure d'un code CCAM,  
composantes obligatoires

## 2. Prise en charge

Conditions de remboursement,  
accord préalable

## 3. Acte global

Notion d'acte global,  
périodes pré/per/post-op

## 4. Anesthésie

Règles spécifiques  
anesthésie-réanimation

## 5. Modificateurs

Urgence, âge, chirurgie  
itérative, week-end...

## 6. Association

Cumul d'actes, taux  
100 % / 75 % / 50 %

## 7. Incompatibilités

Ce qu'on ne peut jamais  
associer

## 8. Imagerie

Scanners, IRM, radio,  
forfait technique

## 1. STRUCTURE D'UN CODE CCAM

Chaque acte CCAM est identifié par un **code à 7 caractères** alphanumériques, complété par des codes activité et phase obligatoires.

Code CCAM	Code activité	Code phase
7 caractères ex : HHFA016	1 chiffre 1, 2, 3, 4 ou 5	1 chiffre 0, 1, 2 ou 3
Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

Code activité	Rôle
1	Geste principal (opérateur principal)
2	2e geste — autre médecin participant
3	3e geste — autre médecin participant
4	Anesthésie générale ou locorégionale
5	Surveillance circulation extracorporelle (CEC)

Code phase	Signification
0	Phase unique (défaut — pas de phases distinctes)



Code phase	Signification
1	Première phase de traitement
2	Deuxième phase de traitement
3	Troisième phase de traitement

**Bon à savoir :** Un acte ne peut être codé qu'après sa **complète réalisation**. Si l'acte n'a pu être réalisé en totalité, coder l'acte *effectivement réalisé*.

### Codes supplémentaires facultatifs

Code	Usage
X (remboursement exceptionnel)	Acte remboursable sous conditions — à mentionner sur la feuille de soins pour attester que les conditions sont remplies
Modificateur (lettre ou chiffre)	Majore le tarif selon un critère particulier (urgence, âge, contexte...) — 4 modificateurs max par acte
Code association (1, 2, 3, 4, 5)	Indique le taux d'application lors du cumul de plusieurs actes

## 2. CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

Pour qu'un acte soit pris en charge par l'Assurance Maladie, **quatre conditions cumulatives** doivent être réunies :

#	Condition	Détail
1	Acte inscrit à la liste	Si l'acte n'est pas dans la CCAM, il ne peut pas être remboursé
2	Acte réalisé personnellement	Par un médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme en règle avec sa profession
3	Respect des conditions d'utilisation	Indications, modalités techniques, conditions de prescription précisées dans la liste
4	Conformité aux dispositifs médicaux	Si des DM sont impliqués, conformité aux autorisations de mise sur le marché

### Accord Préalable (mention AP)

Certains actes repérés « **AP** » dans la liste nécessitent une demande d'accord préalable au contrôle médical *avant* leur réalisation :

Étape	Délai / Règle
Envoi de la demande signée	Avant réalisation (sauf urgence — mention « acte d'urgence »)
Réponse de la caisse	Au plus tard le 15e jour à compter de la réception de la demande
Silence = accord	Absence de réponse après 15 jours → accord tacite
Dossier incomplet	Le délai ne court qu'à compter de la réception des pièces manquantes
Dématérialisation	Obligatoire pour certaines catégories (motif santé publique, sous-§ 07.03.02.09)

**Bon à savoir :** Pour tout acte AP, un **compte-rendu écrit et détaillé** est obligatoire (renseignements administratifs, indication, modalités techniques, résultats, conclusions).

## 3. NOTION D'ACTE GLOBAL

Chaque code CCAM décrit un **acte global** : il inclut l'ensemble des gestes nécessaires à sa réalisation dans le même temps opératoire, conformément aux données de la science.

Type	Définition	Règle de codage
Acte isolé	Acte réalisable de façon indépendante	Coder l'acte une seule fois
Procédure	Regroupement usuel de plusieurs actes isolés	Coder la procédure — PAS les actes isolés qui la composent
Acte en phases	Plusieurs phases distinctes dans le temps (codes phase 1, 2, 3)	Facturer chaque phase le jour de sa réalisation
Séance	Répétition d'un même acte thérapeutique à des jours différents (libellé « séance de »)	Une seule tarification par 24 heures

## Période globale pour les actes chirurgicaux non répétitifs

Pour les actes chirurgicaux réalisés en équipe sur plateau technique lourd, le tarif **couvre trois périodes** :

Période	Contenu inclus dans le tarif
Pré-interventionnelle	Actes habituels en lien direct avec l'intervention (hors consultation d'indication)
Per-interventionnelle	L'acte chirurgical lui-même et tous les gestes concomitants
Post-interventionnelle (15 jours)	Suivi hors complications, en lien direct avec l'acte — hospitalisé ou non

**Attention** : Si une seconde intervention est nécessaire dans ce délai de 15 jours (état du patient ou affection intercurrente), elle ouvre une **nouvelle période de 15 jours**, annulant le délai restant.

## Gestes complémentaires et suppléments

Ils ne peuvent être codés et tarifés **que si l'acte principal auquel ils se rapportent est également réalisé**. Leurs codes sont mentionnés en regard de chaque acte concerné.

## 4. ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

L'anesthésie générale ou locorégionale est prise en charge si elle est réalisée **personnellement par un médecin anesthésiste différent** du praticien réalisant l'acte.

Type 1 — Présence permanente obligatoire	Type 2 — Surveillance simultanée possible
Le médecin anesthésiste doit rester présent durant toute la phase per-interventionnelle (induction + surveillance + réveil). La présence permanente doit être explicitée sur la fiche d'anesthésie.	Le médecin anesthésiste peut prendre en charge deux patients simultanément. S'il se consacre exclusivement à un seul patient, il peut appliquer le modificateur 7 (présence permanente — voir §5).

## Ce que couvre le tarif d'anesthésie

Période	Inclus dans le tarif
Pendant l'acte	L'anesthésie elle-même + tous les gestes habituels confiés à l'anesthésiste
Veille de l'intervention	Soins pré-interventionnels
15 jours post-op	Surveillance post-interventionnelle, hors réa et USIC, pour suivi hors complications

**Attention** : L'anesthésie accompagnant un acte **non pris en charge** par l'Assurance Maladie ne donne pas lieu à remboursement.

## Dérogations notables

- Le guidage échographique pour anesthésie locorégionale périphérique (**AHQJ021**) peut être codé même s'il n'est pas mentionné en regard de l'acte.
- Le supplément pour récupération péropératoire de sang (**YYYY041**) peut également être codé sans mention explicite.

## 5. LES MODIFICATEURS

Un modificateur est une information associée à un acte qui majore son tarif dans des conditions particulières. **Maximum 4 modificateurs par acte.** Seuls sont facturables les modificateurs mentionnés explicitement en regard de l'acte.

Code	Nom	Conditions d'application
U	Urgence (nuit)	Acte non prévu 8 h avant, entre 20 h et 8 h, dim. ou jour férié — OU dans les 6 h d'admission pour urgence vitale entre 8 h et 20 h
O	Urgence vitale/organe (8 h–20 h)	Acte chirurgical en urgence vitale ou d'organe, 8 h–20 h, dans les 6 h post-admission dans un établissement avec autorisation SAU
P	Urgence pédiatres/MG (20 h–0 h)	Pédiatres, médecins généralistes, sages-femmes en urgence de 20 h à 00 h
S	Urgence nuit profonde (0 h–8 h)	Médecins généralistes, sages-femmes, chirurgiens, gyné-obstétriciens, anesthésistes, pédiatres de 0 h à 8 h
F	Urgence dimanche/férié	Acte réalisé en urgence un dimanche ou jour férié
M	Soins d'urgence au cabinet	Après examen en urgence par MG, pédiatre, SF au cabinet (ou domicile pour suture de plaie par MG/pédiatre)
A	Âge (anesthésie)	Anesthésie générale ou locorégionale chez patient de moins de 4 ans ou plus de 80 ans
E	Âge (radiologie)	Radiographie conventionnelle ou scanographie chez patient de moins de 5 ans
G	Cas pédiatriques spéciaux	Ophtalmologie (glaucome, cataracte...) < 1 an ; corps étranger œsophagien/bronchique < 3 ans ; médecine nucléaire < 3 ans
9	Soins conservateurs dentaires jeunes	Soins conservateurs sur patient de 1 à 26 ans (liste définie dans conventions nationales)
6	Chirurgie itérative	Ré-intervention sur glaucome/cataracte/rétine/cornée ayant déjà subi la même intervention ; voies biliaires ; voies urinaires
8	Anesthésie itérative	Anesthésie pour les actes de chirurgie itérative ci-dessus
R	Chirurgie plastique face/cou/main	Chirurgie plastique des téguments de la face, cou, main, doigts ou plaies/brûlures de la face ou des mains
L	Fracture/luxation ouverte	Traitement d'une fracture ou luxation ouverte — couvre le parage et la suture
J	Chirurgie lourde (majoration transitoire)	Actes thérapeutiques sanglants non répétitifs en équipe sur plateau lourd (chir. générale, ortho, vasculaire, cardio, uro, pédiatrique, gynéco, neuro...)
K / T	Forfait modulable accouchement/chirurgie	K : secteur 1 ou OPTAM-CO (accouchements, chirurgie J, dentistes spécialistes). T : chirurgiens/gyné-obstétriciens secteur 2 OPTAM
3	Majoration anesthésie (secteur/OPTAM)	Anesthésistes en secteur opposable non OPTAM ou OPTAM-CO
7	Présence permanente anesthésiste	Anesthésiste se consacrant exclusivement à un patient alors que 2 sont possibles

Code	Nom	Conditions d'application
4	Analgésie post-op sans cathéter	Mise en œuvre péropératoire et suivi d'une analgésie locorégionale ou rachidienne sans cathéter
5	Analgésie post-op avec cathéter	Idem avec cathéter périnerveux ou rachidien
D	Contrôle radio immobilisation rigide	Contrôle radiographique de segment immobilisé par contention rigide
Y	Radio par radiologue (spécialiste)	Radiographie réalisée par radiologue, pneumologue ou rhumatologue
Z	Radio par radiologue (uniquement)	Radiographie réalisée exclusivement par radiologue (exclusif avec Y)
B	Radio au bloc/réa/lit	Radiographie au bloc opératoire, en réanimation ou au lit patient intransportable
H/Q/V/W	Radiothérapie	Actes d'irradiation — approche de la dose d'irradiation en arrondi
N	Restauration dentaire enfant < 13 ans	Restauration coronaire et/ou endodontie sur dents permanentes chez patient de moins de 13 ans

**Attention :** Les modificateurs O, U, P, S et F sont **exclusifs les uns des autres** et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par intervenant et par patient, quel que soit le nombre d'actes réalisés.

Les valeurs des modificateurs (en % du tarif ou en montant fixe) figurent à l'**Annexe 1** de la LAP (Liste des Actes et Prestations).

## 6. RÈGLES D'ASSOCIATION D'ACTES

L'association correspond à la réalisation de **plusieurs actes dans le même temps**, pour le même patient, par le même praticien, en l'absence d'incompatibilité.

### A. Cumul actes techniques CCAM + consultation/visite NGAP

En règle générale, **les honoraires de consultation ne se cumulent PAS** avec ceux d'actes techniques CCAM. Exceptions notables :

Dérogation	Conditions
Radio pulmonaire + consultation	Pour les pneumologues uniquement — 100 %
Consultation + acte en urgence hospitalisé	Première consultation suivie immédiatement d'une intervention en urgence → hospitalisation — 100 %
ECG + consultation ou visite	Cumul à 100 % ; si actes multiples, règles du §B s'appliquent
Ostéodensitométrie + consultation	Pour rhumatologues et médecins de MPR — 100 %
Prélèvement cervicovaginal (JKHD001) + consultation	Dans le cadre du dépistage du cancer du col — 100 %
Biopsies cutanées/muqueuses listées + consultation	Cumul à 50 %
Infiltration articulaire (liste spécifique) + consultation	Rhumatologues, MG, MPR — 100 %
DIU pose/changement/ablation + consultation	Gynécologues médicaux et obstétricaux, MG — 100 %
Spirométrie BPCO (GLQP012) + consultation	Pneumologues et MG pour patients à risque — 100 % (1 fois/an/patient)

Dérogation	Conditions
Colposcopie (JLQE002) + consultation	Gynécologues médicaux et obstétricaux, MG — 100 %
Echo obsté (JQQM010 à 019) + consultation suivi grossesse	Gynéco-obstétriciens, MG ou SF titulaires DIU écho obstétricale — 100 %

## B. Association de plusieurs actes techniques CCAM

Code asso.	Règle	Taux appliqué
1	Acte principal (tarif le plus élevé hors modificateurs)	100 %
2	Acte secondaire — règle générale	50 %
3	Acte secondaire — chirurgie membres différents / tronc+membre / tête+membre	75 %
4	Actes d'imagerie spécifiques (radio vasculaire, médecine nucléaire, électromyographie...)	100 % chacun
5	Actes réalisés en temps discontinus le même jour (justification dans le dossier)	100 %

**Règle générale :** 2 actes maximum associés (gestes complémentaires inclus). L'acte au tarif le plus élevé est à 100 %, le second à 50 %. Les gestes complémentaires et suppléments sont toujours à taux plein.

Dérogation	Actes max	Taux
Traumatologie : lésions multiples et récentes	3	100 % + 75 % + 50 %
Chirurgie ORL carcinologique (exérèse + curage + reconstruction)	3	100 % + 50 % + 50 %
Chirurgie membres différents	2	100 % + 75 %
Imagerie radio vasculaire et interventionnelle	2 max	100 % + 100 %
Scanographie multi-régions (listées)	2 actes + 2 forfaits techniques	100 % + 100 % (forfait 2 = -85 %)
Électromyographie (EMG, VCN, latences, réflexes)	Illimité entre eux	100 % chacun
Actes bucco-dentaires (listes spécifiques)	Illimité entre eux	100 % chacun

**Attention :** Quand un acte CCAM est associé à un acte NGAP, aucun code association ne doit être indiqué. Règle : acte le plus cher à 100 %, le second à 50 %.

## 7. RÈGLES D'INCOMPATIBILITÉS

Certaines associations sont **strictement interdites**, quel que soit le nombre d'intervenants :

N	Incompatibilité	Détail
1	Actes composant une procédure	Si une procédure est définie, coder la procédure — pas les actes qui la composent.
2	Acte incluant un autre acte	Impossible de coder les deux — l'acte inclus est dans le libellé de l'acte principal.
3	Acte « avec ou sans » + cet autre acte	La mention « avec ou sans » signifie que l'acte est inclus — ne pas le coder en sus.

N	Incompatibilité	Détail
4	Acte postérieur + l'acte qui le précède	Si un libellé précise qu'il est réalisé postérieurement à un autre, ils ne peuvent être associés.
5	Actes identiques même site	Sauf dents, sextants, quadrants, arcades dentaires, main, pied.
5b	Actes identiques à indication numérique	Libellés comportant un nombre, une dimension, une surface ou « plusieurs/multiples ».
5c	Actes identiques bilatéraux	Si le libellé précise « bilatéral », ne pas coder deux fois.
6	Même finalité diagnostique ou thérapeutique sur même site	Pas de doublon d'acte ayant la même action sur le même site anatomique.
7	Pansement/immobilisation + acte sur tissus mous/os/articulaire même site	Le pansement ou l'immobilisation ne peut pas être codé avec l'acte chirurgical sur la même région.

**Attention :** Les incompatibilités concernant un acte s'appliquent également aux actes **dans lesquels il est inclus**. Des incompatibilités supplémentaires peuvent figurer dans les libellés ou notes de chaque acte.

## 8. IMAGERIE ET FORFAITS TECHNIQUES

Les actes de **scanographie (scanner)**, **remnographie (IRM)** et **TEP (PET-scan)** bénéficient d'un forfait technique en sus du tarif de l'acte.

Modalité	Forfait technique	Règle d'association
Scanner (scanographie)	Versé à l'exploitant selon sa classe et année d'installation	2 actes max — 2e forfait technique minoré de 85 %
IRM (remnographie)	Idem scanner	1 seul acte — pas d'association possible (sauf guidage)
PET-scan (TEP)	Idem scanner	Règle générale

### Règles spécifiques par modalité

#### Scanner

- Plusieurs régions anatomiques : 1 seul acte en principe.
- Exceptions autorisées (2 actes à taux plein) : membres + tête/thorax/abdomen ; tête + thorax ; thorax + abdomen ; etc.
- Guidage scanographique : à taux plein, 2 actes max.
- 2 forfaits techniques : le 2e est minoré de 85 %.

#### IRM

- Plusieurs régions anatomiques : 1 seul acte — pas d'exception.
- Aucun autre acte IRM ne peut être associé (sauf guidage remnographique — règle générale).

#### Radiographie conventionnelle

- Association entre radios conventionnelles : règle générale (100 % + 50 %).
- Radio + acte non-radio : l'acte non-radio le plus cher à 100 %, puis règles applicables.
- Mammographie + écho sein : acte le plus cher à 100 %, l'autre à 50 %.
- Guidage radiologique considéré comme radio conventionnelle.
- Modificateurs Y / Z exclusifs l'un de l'autre.

#### Échographie

- Plusieurs régions : 1 seul acte en principe.
- Exception : organes intra-abdominaux/pelviens + sein, thyroïde ou testicules → 2 actes autorisés (règle générale).
- Guidage écho (YYYY028) : uniquement avec actes dont le libellé le précise.

## Actes bucco-dentaires — règles particulières

De nombreux sous-paragraphes bucco-dentaires sont associables **à taux plein, quel que soit leur nombre** (sauf actes avec déclinaison numérique). Les codes concernés sont listés à l'article III-3 de la LAP.

**Bon à savoir** : Le supplément pour actes bucco-dentaires réalisés chez un **enfant handicapé sévère bénéficiaire de l'AEEH** ou chez un patient bénéficiaire de la **PCH** peut être codé et tarifé même sans mention en regard de l'acte dentaire.

## Conventions d'écriture des libellés

Terme / Ponctuation	Sens
Article partitif « de »	« quel qu'en soit le nombre » — l'acte couvre une ou plusieurs lésions de même nature
Adjectif « un »	Un seul — sens numéral strict
Conjonction « et »	Sens inclusif obligatoire — les deux actions doivent être réalisées
Conjonction « ou »	Alternative exclusive — l'une ou l'autre, pas les deux
Expression « et/ou »	Une ou plusieurs actions codables avec le même libellé
Virgule dans énumération	Remplace « et, ou, et/ou » entre les deux derniers termes
« Coder éventuellement »	Acte associable — à coder en sus si réalisé simultanément
« Avec ou sans »	L'acte cité est inclus — ne pas le coder en sus

*Ce document est un guide synthétique. Pour toute décision de codage, référez-vous aux « Dispositions générales et diverses de la CCAM » disponibles sur [ameli.fr](http://ameli.fr) et [atih.sante.fr](http://atih.sante.fr). Outil ORCA : [orca-codage.fr](http://orca-codage.fr)*