



RÉGLEMENTATION

MAJ-OCTOBRE 2017



Avis Ponctuel de Consultant dans le Parcours de Soins

Les décisions UNCAM des 20/12/2011 (parue au Journal Officiel du 21/02/2012, applicable au 26/03/2012), 02/10/2012 (JO du 14/11/2012, applicable au 14/12/2012), 08/04/2013 (JO du 31/05/2013, applicable au 01/07/2013), 17/12/2013 (JO du 08/02/2014, applicable au 10/03/2014), **JO du 15/09/2017**, ont modifié la rédaction et le contenu de l'avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins, plus précisément nommé : APC (médecin spécialiste au cabinet) – APV (médecin spécialiste au domicile du patient) – APY (psychiatre-neuropsychiatre-neurologue au cabinet) – AVY (psychiatre-neuropsychiatre-neurologue au domicile du patient) – APU (consultation d'un professeur des universités-praticien hospitalier).

DÉFINITION

L'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant¹, ou par dérogation, pour le médecin spécialiste en stomatologie ou en chirurgie orale/chirurgie maxillo-faciale, à la demande explicite du chirurgien-dentiste.

Le médecin correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant¹ ou au chirurgien-dentiste ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au médecin traitant¹ ou au chirurgien-dentiste la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

CONDITIONS DE FACTURATION

↳ **Tous les médecins spécialistes²** exerçant en cabinet ou en établissement peuvent coter cet acte.

↳ **La demande explicite par le médecin traitant¹**

L'avis ponctuel de consultant est applicable seulement si vous recevez le patient sur "**demande explicite**" (de préférence par écrit) **de son médecin traitant¹**. La lettre doit faire apparaître clairement la notion d'adressage. Dérogations : pour les patients en déplacement, les patients de -16 ans et les patients à l'Aide Médicale Etat (AME), le médecin traitant¹ est celui qui adresse le patient.

↳ **Propositions thérapeutiques et surveillance du traitement**

Adressez au médecin traitant¹ vos propositions thérapeutiques et laissez-lui la charge d'en surveiller l'application. Vous pouvez rédiger une première ordonnance de mise en route du traitement ou de demande d'examen complémentaires. Dans votre lettre de consultant au médecin traitant¹, faites apparaître clairement la notion d'adressage.

↳ **Ne pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédents l'avis ponctuel de consultant et ne pas le revoir dans les 4 suivants pour la même pathologie**

Toutefois, lorsque l'état du patient nécessite, pour la même pathologie, et avant la fin du délai des 4 mois, une consultation complexe ou très complexe, au sens de la convention nationale, il peut facturer celle-ci.

Cette disposition ne s'applique pas aux consultations suivantes : CCP, COE, IGR, EPH, CGP, MSP et CSO.

↳ **L'avis ponctuel de consultant ne se cumule pas avec ceux d'autres actes effectués dans le même temps, à l'exception des actes suivants (cumul à taux plein) :**

| | |
|--|---------|
| - Electrocardiogramme | DEQP003 |
| - Radiographie pulmonaire pour le médecin pneumologue | ZBQK002 |
| - Ostéodensitométrie sur deux sites par méthode biphotonique pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation..... | PAQK007 |
| - Prélèvement cervicovaginal : prise en charge une fois tous les 3 ans dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de 2 frottis cervico-utérins annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans, selon recommandations HAS de juillet 2010. | JKHD001 |

Des actes de biopsie suivants (cumul à 50%) :

| | |
|---|---------|
| - Biopsie dermoépidermique, par abord direct | QZHA001 |
| - Biopsie des tissus sous-cutanés susfaciaux, par abord direct | QZHA005 |
| - Biopsie unilatérale ou bilatérale de paupière | BAHA001 |
| - Biopsie unilatérale ou bilatérale de la peau de l'oreille externe | CAHA001 |
| - Biopsie unilatérale ou bilatérale du cartilage de l'oreille externe | CAHA002 |
| - Biopsie de lèvre | HAHA002 |
| - Biopsie de la peau du nez et/ou de la muqueuse nasale | GAHA001 |
| - Biopsie de la plaque aréolomamelonnaire | QEHA001 |
| - Biopsie du pénis | JHHA001 |
| - Biopsie de la vulve | JMHA001 |

RÉGLEMENTATION

Avis Ponctuel de Consultant dans le Parcours de Soins

MAJORATIONS

L'avis ponctuel de consultant n'est pas assimilable à une consultation classique et n'est pas applicable dans le cadre d'une prise en charge protocolisée (soins itératifs).

Il ne peut donc être associé :

- avec la majoration provisoire clinicien (MPC),
- avec la majoration MCS qui est facturable par le médecin correspondant lorsqu'il reçoit le patient pour des soins itératifs,
- avec les majorations d'urgence.

Exception : la majoration MCU valorisant la prise en charge sans délai des patients par les médecins spécialistes de second recours en ville s'applique à l'avis ponctuel de consultant.

DÉROGATIONS

↳ Le bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé

Si le médecin spécialiste correspondant a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient lors d'une nouvelle consultation. Dans ce cas, la 1^{ère} consultation est cotée via un code prestation d'avis ponctuel de consultant et la 2^{ème} est valorisée par une "CS". Aucun acte technique n'est facturé dans le cadre de cet avis, autres que ceux autorisés ci-dessus. Cette disposition ne s'applique pas à la consultation pré-anesthésique. Aucune majoration d'urgence ne peut être facturée avec cette consultation CS.

↳ Réalisation d'actes techniques nécessaires à l'établissement du diagnostic

Si le médecin spécialiste a besoin d'actes techniques complémentaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic. Dans ce cas, il facture une 1^{ère} consultation via un code prestation d'avis ponctuel de consultant. Les actes techniques sont réalisés dans un second temps et facturés selon les règles de facturation en vigueur : le 1^{er} à taux plein et le 2^{ème} à 50% de sa valeur lorsqu'ils sont réalisés dans le même temps.

Aucune consultation "CS" ni aucune majoration d'urgence ne sont facturables dans le cadre d'un avis ponctuel de consultant.

↳ Cas des psychiatres et neuropsychiatres

En cas de séquence de soins nécessaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, le psychiatre ou le neuropsychiatre peut revoir le patient 1 ou 2 fois dans les semaines suivant son avis ponctuel de consultant.

Dans ce cas, la 1^{ère} consultation est facturée en « APY » et les consultations suivantes, **dans la limite de 2 consultations**, seront cotées "CNPSY" avec éventuellement les majorations associées à ces consultations. Aucune majoration d'urgence ne peut être facturée.

HONORAIRES AU 1^{er} Octobre 2017

| | Cotations | Libellés | Tarifs |
|---------------------------|-----------|--|--------|
| Cabinet ou établissements | APC | Médecin spécialiste | 48 € |
| | APY | Psychiatre-Neuropsychiatre-Neurologue | 60 € |
| | APU | Professeur des Universités-Praticien hospitalier | 69 € |
| Visite | APV | Médecin spécialiste au domicile du malade | 48 € |
| | AVY | Psychiatre-Neuropsychiatre-Neurologue au domicile du patient | 60 € |

↳ L'avis ponctuel de consultant n'est pas facturable

- si le patient est adressé par un autre médecin que le médecin traitant¹ (ex : médecin du service des urgences d'un établissement)
- si le patient de 16 ans ou + n'a pas déclaré de médecin traitant¹
- aux consultations réalisées dans le cadre de prises en charge protocolisées (soins itératifs) ou de séquences de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant¹.
- si vous prenez rendez-vous avec le patient dans les 4 mois suivant votre avis de consultant

CAS PARTICULIERS

↳ Avis ponctuel de consultant des chirurgiens

Les chirurgiens agissant à titre de consultants, à la demande du médecin traitant¹ ou d'un médecin correspondant du médecin traitant¹, peuvent coter un "APC", y compris quand ils pratiquent eux-mêmes l'intervention (y compris en urgence avec hospitalisation du malade), sous condition de l'envoi d'un compte rendu écrit au médecin traitant¹ et le cas échéant également au spécialiste correspondant.

Rappel : en cas d'intervention chirurgicale, la période post interventionnelle (15 jours) est couverte par la facturation de l'acte. Au-delà, le chirurgien peut coter une "CS" s'il doit revoir son patient dans le cadre du suivi post-interventionnel

↳ Avis ponctuel de consultant des anesthésistes

La consultation pré-anesthésique peut donner lieu à une cotation "APC" pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification de l'ASA, sous condition de l'envoi d'un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant.

↳ Avis ponctuel de consultant des professeurs des universités - praticiens hospitaliers (PUPH)

Les professeurs des universités - praticiens hospitaliers en activité dans ces fonctions, agissant à titre de consultant à la demande du médecin traitant¹ ou d'un médecin correspondant du médecin traitant¹ cotent leur avis ponctuel de consultant "APU".

¹ Le médecin traitant est le médecin tel que défini dans la convention médicale, déclaré par le patient auprès de son organisme de rattachement (ou son remplaçant ou son associé).

² Médecins anciens internes d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier universitaire, médecins titulaires d'un certificat d'études spécialisées ou d'un diplôme d'études spécialisées et ayant obtenu à ce titre la qualification de spécialiste dans la discipline où ils sont consultés, médecins spécialistes qualifiés en médecine générale par l'Ordre des Médecins, agissant à titre de consultants, à la demande explicite du médecin traitant.