

# Modalités d'utilisation de l'APC

Extrait NGAP Version en vigueur du 01/01/2026

« Article 18

## **B° Avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins**

(Modifié par décision UNCAM du 27/04/06, 05/12/06, 17/01/11, 20/12/11, du 02/10/12, du 08/04/13, du 25/09/13, du 17/12/13, du 24/07/17, du 18/12/18, du 03/10/19, du 28/05/20 et du xx/xx/24)

Première partie : Dispositions Générales

### **Principes**

*L'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant 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 traitant 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 traitant ou au chirurgien-dentiste la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.*

*Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les 4 mois suivants pour la même pathologie.*

*Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués dans le même temps, à l'exception :*

- de la radiographie pulmonaire pour le pneumologue ;
- de l'ostéodensitométrie sur deux sites par méthode biphotonique pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation ;
- de l'électrocardiogramme ;
- **du prélèvement cervicovaginal (JKHD001). Ce prélèvement n'est pris en charge que dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin selon les recommandations de la HAS en vigueur.**
- **des actes de biopsies suivants :**

☐ QZHA001 : Biopsie dermoépidermique, par abord direct

☐ QZHA005 : Biopsie des tissus sous-cutanés sus-fasciaux, par abord direct

☐ BAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de paupière

☐ CAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de la peau de l'oreille externe

☐ CAHA002 : *Biopsie unilatérale ou bilatérale du cartilage de l'oreille externe*

☐ GAHA001 : *Biopsie de la peau du nez et/ou de la muqueuse nasale*

☐ HAHA002 : *Biopsie de lèvre*

☐ QEHA001 : ***Biopsie de la plaque aréolo-mamelonnaire***

☐ JHHA001 : ***Biopsie du pénis***

☐ JMHA001 : ***Biopsie de la vulve***

*Dans ce cas, l'acte technique est tarifé à 50% de sa valeur.*

*Le médecin traitant ou le chirurgien-dentiste s'engage par ailleurs à ne pas solliciter, pour un patient donné, un avis ponctuel de consultant de même spécialité et pour la même pathologie, plus d'une fois tous les 4 mois ; dans le cas où il juge nécessaire de solliciter un nouvel avis ponctuel dans ce délai, il en informe dans le même temps le service du contrôle médical.*

*La cotation d'un avis ponctuel de consultant ne s'applique pas 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 traitant.*

#### *Dérogations*

*a) Lorsqu'un 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 première consultation est cotée via un code prestation d'avis ponctuel de consultant et la seconde est valorisée par une CS. Ce médecin ne facture jamais d'actes techniques dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant, autres que ceux autorisés, comme le précisent les principes ci-dessus.*

*b) Lorsque 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, la première consultation est cotée via un code prestation d'avis ponctuel de consultant et les actes techniques sont facturés selon les règles de facturation en vigueur. Ce médecin ne facture jamais de CS dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant.*

*Dans ces deux cas, les résultats du bilan complémentaire ou des actes techniques devront obligatoirement éclairer l'avis ponctuel du consultant qui devra y faire référence dans ses conclusions transmises au médecin traitant.*

*c) Lorsqu'un médecin spécialiste correspondant a rendu un avis ponctuel de consultant et que l'état du patient nécessite, pour la même pathologie et avant la fin du délai de 4 mois, une consultation complexe ou très complexe, au sens de la convention médicale en vigueur, il peut facturer celle-ci selon les conditions définies aux articles 15.8 et 15.9 de la NGAP.*

*Cette disposition ne s'applique pas aux consultations suivantes telles que définies dans la convention aux articles 28.3 et 28.4 : CCP, COE, IGR, EPH, CGP, MSP et CSO.*

.....

*e) Lorsqu'à l'issue de la téléexpertise demandée par le médecin traitant un avis ponctuel est nécessaire, dans une logique de gradation de l'expertise du spécialiste requérant, ce dernier peut facturer un avis ponctuel de consultant dans un délai de 3 mois après la facturation du code TE2.*

#### *Champ et honoraires*

##### *a) Médecins spécialistes*

*L'avis ponctuel de consultant est accessible aux spécialistes suivants : 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.*

##### *b) Honoraires*

*L'avis ponctuel de consultant peut être facturé, s'il répond aux conditions rappelées au paragraphe ci-dessus intitulé « Principes » :*

*- APC : Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet du médecin spécialiste*

*- APV : Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade*

.....C  
*as particuliers*

#### *Avis ponctuel de consultant des chirurgiens*

*Les chirurgiens agissant à titre de consultants, à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant, peuvent coter un APC, y compris quand ils pratiquent eux-mêmes l'intervention, sous condition de l'envoi d'un compte rendu écrit au médecin traitant et le cas échéant également au spécialiste correspondant. Cette cotation APC s'applique aussi lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.*

#### *Avis ponctuel de consultant sur un patient hospitalisé*

*L'avis ponctuel de consultant n'est pas facturable pour un patient hospitalisé.*

*Par dérogation, lorsque le patient n'a pas de médecin traitant et dès lors que la situation du patient requiert un avis spécialisé d'une autre discipline que celle disponible dans le service où est hospitalisé le patient, le médecin facture un avis ponctuel de consultant. Le médecin inscrit son avis dans le dossier du patient et le compte-rendu d'hospitalisation. »*

## Décodage et modalités pratiques

**L'APC veut dire « Avis ponctuel de consultant »**, ce qui veut bien dire ponctuel, et n'est pas répétitif.

Il nécessite que **la patiente soit adressée par son médecin traitant**, avec une trace d'adressage dans le dossier.

**Il est donc incompatible avec une consultation en accès direct. (A décocher dans votre logiciel)**

**Il impose un retour au médecin traitant**, indiquant les conclusions du consultant et ses éventuelles propositions thérapeutiques, en laissant au médecin traitant le soin de surveiller leur application.

Il impose de **ne pas avoir vu la patiente dans les 4 mois précédents** et de **ne pas la revoir dans les 4 mois suivants** (le médecin traitant s'engageant, quant à lui, à ne pas demander d'avis ponctuel pour la même pathologie, plus d'une fois tous les 4mois).

**La cotation APC ne se cumule pas** avec celle d'autres actes sauf exceptions (liste beaucoup plus restrictive que pour la CS) :

- Prélèvement cervicovaginal dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin à 100%
- Biopsie de la plaque aréolo-mamelonnaire à 50%
- Biopsie du pénis à 50%
- Biopsie de la vulve à 50%

### **Dérogations :**

- **Si besoin d'un bilan complémentaire par autre praticien**, possibilité de revoir la patiente en consultation en cotant CS
- **Si besoin actes techniques complémentaires pour conclure**, possibilité de réaliser ces actes techniques dans un second temps. La cotation sera APC pour la 1<sup>o</sup> consultation et code CCAM pour les actes techniques, sans possibilité de les associer à une CS, avec obligation d'y faire référence dans les conclusions adressées au médecin traitant

- **Si l'état de la patiente nécessite une consultation complexe ou très complexe** dans les 4 mois qui suivent, il est possible de la facturer (sauf CCP, 1° consultation contraception)
- **Suite à une téléexpertise** demandée par le médecin traitant, un avis ponctuel peut être demandé et facturé dans un délai de 3 mois.
- **Pour les chirurgiens**, lorsqu'ils agissent à titre de consultant, il est autorisé de coter un APC, même s'ils réalisent l'intervention eux-mêmes, que ce soit en urgence, ou en différé
- **Pour la patiente hospitalisée**, l'APC n'est pas facturable, sauf si elle n'a pas de médecin traitant et que son état nécessite un avis d'une autre spécialité que celle du service où elle est hospitalisée