

Acte Ponctuel de Consultant dans Parcours de Soins ou C2

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) et 17.12.2013 (JO du 08.02.2014, applicable au 10.03.2014) ont modifié la rédaction et le contenu de l'avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins, ou plus précisément nommé "C2".

DÉFINITION

L'avis ponctuel de consultant dans le cadre du **parcours de soins** est un avis donné par un **médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant¹**, ou par dérogation, par le stomatologiste à la demande explicite du chirurgien dentiste.

Le médecin sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant¹ ou au chirurgien dentiste par lettre : 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**

La cotation en C2 est applicable seulement si vous recevez le patient sur "**demande explicite**" (de préférence par écrit) **de son médecin traitant¹**. Dans votre lettre faites 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.

Dans votre lettre de consultant au médecin traitant¹, faites apparaître clairement la notion d'adressage.

► **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'examens complémentaires.

► **Ne pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédents et ne pas le revoir dans les 4 suivants**

Toutefois, si de façon imprévisible à l'occasion d'un événement intercurrent, vous êtes amené à revoir le patient dans les 4 mois après l'avis ponctuel de consultant, vous pouvez coter une consultation (mais pas une "C2").

► La cotation "C2" est non cumulable avec les actes techniques et les majorations (urgence...)

Exception - peuvent être facturés en sus de la "C2" :

- **Electrocardiogramme** "DEQP003"
- **Radiographie pulmonaire** "ZBQK002" pour le médecin pneumologue
- **Ostéodensitométrie** "PAQK007" pour le médecin rhumatologue et le médecin de médecine physique et de réadaptation
- **Pour les dermatologues** : biopsie dermo-épidermique 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 la peau du nez et/ou de la muqueuse nasale "GAHA001", biopsie de lèvre "HAHA002", biopsie de la plaque aréolomamelonnaire "QEHA001", biopsie du pénis "JHHA001" et biopsie de la vulve "JMHA001" (facturation à 50%)
- Prélèvement cervicovaginal "JKHD001" (facturation à 50%) : 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.

DÉROGATIONS

► **Le bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé**

Si le médecin spécialiste a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir le patient lors d'une nouvelle consultation. Dans ce cas, la 1^{ère} consultation est cotée "C2" et la 2^e en "CS". Aucun acte technique n'est facturé. Cette disposition ne s'applique pas à la consultation pré-anesthésique.

► **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 première consultation en "C2".

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^e 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 pour ce même patient.

► **Cas des psychiatres et neuropsychiatres**

En cas de séquence de soins nécessaire 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, il facture en 1^{er} son avis ponctuel de consultant "C2,5" et les consultations suivantes, **dans la limite de 2 consultations**, seront cotées "CNP" avec éventuellement les majorations associées à ces consultations. Aucune majoration d'urgence ne peut être facturée.

HONORAIRES

	COTATIONS	LIBELLES	TARIFS
CABINET OU ETABLISSEMENT	C2	Médecins spécialistes	46 €
	C2,5	Psychiatre - Neuropsychiatre - Neurologue	57,50 €
VISITE	V2	Médecins spécialistes	46 €
	V2,5	Psychiatre - Neuropsychiatre - Neurologue	57,50 €

► La "C2" 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**
- si vous prenez **rendez-vous avec le patient dans les 4 mois** suivant votre avis de consultant
- dans le cadre d'une **prise en charge protocolisée** (consultations dans le cadre du protocole de soins) ou en cas de **séquence de soins** nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant¹.

CAS PARTICULIERS

► **"C2" 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 "C2", 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

► **"C2" des anesthésistes**

La consultation pré-anesthésique peut donner lieu à une cotation "C2" 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 opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant¹

► **C3 des professeurs des universités - praticiens hospitaliers**

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 "C3".

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 Anciens internes d'un CHU, titulaires d'un certificat d'études spécialisés (CES) ou d'un diplôme d'études spécialisées (DES) et ayant obtenu à ce titre la qualification de spécialiste dans la discipline où il est consulté, médecins spécialistes en médecine générale par l'Ordre des médecins.