

## Avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins

Modification de l'art. III-4-1, arrêté du 27/03/1972 relatif à la NGAP  
(Nomenclature Générale des Actes Professionnels Médecins)

### Principe :

L'avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins est un avis donné par un médecin spécialiste\* (appelé médecin correspondant) à la demande explicite du médecin traitant ou, par dérogation, pour le stomatologiste, à la demande explicite du chirurgien dentiste. Tous les spécialistes y compris les spécialistes de médecine générale **diplômés** sont concernés. **Cet acte est coté C2.**

Seul le médecin traitant, ou son remplaçant, peut adresser son patient par demande écrite ou par téléphone vers un médecin consultant. L'avis ponctuel de consultant est applicable seulement si le patient est reçu sur « demande explicite » de son médecin traitant.

Dans le cas de patients âgés de moins de 16 ans et les patients relevant de l'Aide Médicale de l'Etat (AME), est considéré comme médecin traitant celui qui adresse le patient.

Le médecin correspondant sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant ses conclusions thérapeutiques et lui laisse la charge d'en surveiller l'application. Le médecin correspondant peut cependant faire une première ordonnance de mise en route du traitement ou de demande d'examen complémentaires.

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.

*\* Ancien interne d'un CHU, titulaire d'un certificat d'études spécialisées (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, médecin spécialiste en médecine générale par l'Ordre des médecins*

### Cas pour lesquels la « C2 » n'est pas facturable

- La demande émane d'un autre médecin que le médecin traitant
- Le patient âgé de 16 ans ou plus n'a pas désigné de médecin traitant
- La prise en charge est protocolisée (soins itératifs) ou fait suite à une séquence de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant
- Le patient a été reçu dans les 4 mois précédant la consultation par le médecin correspondant et/ou doit être revu à nouveau dans les 4 mois suivants

.../...

## Conditions de facturation d'un avis ponctuel de consultant

- 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
- Le médecin consultant s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser le médecin traitant ou le chirurgien-dentiste la charge de surveiller l'application de ses prescriptions

## Honoraires

La C2 ne se cumule pas avec d'autres actes effectués dans le même temps, à l'exception :

- de l'électrocardiogramme (DEQP003)
- de la radiographie pulmonaire pour le pneumologue (ZBQK002)
- de l'ostéodensitométrie sur deux sites par méthode biphotonique pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation (PAQK007)

→ Dans ces 3 cas, l'acte technique est facturé à taux plein

- des actes de biopsie suivants :

- biopsie dermo-épidermique, par abord direct (QZHA001)
- biopsie des tissus sous-cutanés susfasciaux, 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 (HABA002)
- biopsie de la plaque aréolomamelonnaire (QEHA001)
- biopsie du pénis (JHHA001)
- biopsie de la vulve (JMHA001)

- du prélèvement cervicovaginal (JKHD001) : ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les trois ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de deux frottis cervico-utérins annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans, selon les recommandations de la HAS de juillet 2010

→ Dans ces cas, l'acte technique est tarifé à 50 % de sa valeur

Retrouvez les décisions UNCAM :

- [du 2/10/2012 \(Journal Officiel du 14/11/2012\)](#)
- [du 8/04/2013 \(Journal Officiel du 31/05/2013\) modifiant la décision du 2/10/2012](#)
- [du 17/12/2013 \(Journal Officiel du 08/02/2014\)](#)

**TABLEAU RECAPITULATIF  
DES COTATIONS D'ACTE PONCTUEL DE CONSULTANT  
DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS**

MAJ 05/2015

<b>SPECIALISTES</b> (hors psychiatres, neuropsychiatres, neurologues et cas particuliers)	
<p><b>Avis ponctuel de consultant :</b>  → au cabinet ou en établissement</p> <p>→ au domicile du malade</p>	<p><b>C2**</b></p> <p><b>V2** + frais de déplacement</b></p>
<p><b>Actes techniques complémentaires</b>  - possibilité de facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic.</p> <p>→ les résultats de ces actes techniques doivent être obligatoirement transmis au médecin traitant*</p>	<p><b>1<sup>ère</sup> consultation = C2</b>  Les actes techniques réalisés dans un second temps selon la règle générale :  <b>1<sup>er</sup> acte technique à taux plein et le 2<sup>nd</sup> à 50 %</b> de sa valeur lorsqu'ils sont réalisés dans le même temps**  CS : <i>non facturable</i>  <i>Majoration d'urgence : non facturable</i></p>
<p><b>Possibilité de revoir le patient lors d'une nouvelle consultation</b> en cas de besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer un avis ponctuel de consultant,</p> <p>→ les résultats de ces actes techniques doivent être obligatoirement transmis au médecin traitant*</p>	<p><b>1<sup>ère</sup> consultation = C2</b>  <b>2<sup>ème</sup> consultation = CS</b>  CS accessible aux majorations éligibles selon la situation : MPC (sauf spécialiste en médecine générale)  Aucun acte technique facturable</p>
<p><b>Actes associés</b> - liste exhaustive :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- radiographie pulmonaire (pneumologues)</li> <li>- ostéodensitométrie sur 2 sites par méthode biphotonique (rhumatologues et médecins de médecine physique et de réadaptation)</li> <li>- électrocardiogramme</li> </ul>	<p><b>C2 + acte technique à taux plein</b></p>
<p><b>Actes associés</b> - liste exhaustive :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- biopsie dermo-épidermique, par abord direct</li> <li>- biopsie des tissus sous-cutanés susfasciaux, par abord direct</li> <li>- biopsie unilatérale ou bilatérale de paupière</li> <li>- biopsie unilatérale ou bilatérale de la peau de l'oreille externe</li> <li>- biopsie unilatérale ou bilatérale du cartilage de l'oreille externe</li> <li>- biopsie de la peau du nez et/ou de la muqueuse nasale</li> <li>- biopsie de lèvre</li> <li>- biopsie de la plaque aréolomamelonnaire</li> <li>- biopsie du pénis</li> <li>- biopsie de la vulve</li> <li>- prélèvement cervicovaginal</li> </ul>	<p><b>C2 + acte technique à 50 %</b></p>
<b>PSYCHIATRE - NEUROPSYCHIATRE - NEUROLOGUE</b>	
<p>1<sup>ère</sup> consultation  → Au cabinet ou en établissement</p> <p>→ Au domicile du patient</p>	<p><b>C2.5**</b></p> <p><b>V2.5** + frais de déplacement</b></p>
<p>Consultations suivantes, dans la limite de 2 consultations (excepté neurologue)</p>	<p><b>CNPSY***</b></p>

\* Le médecin traitant est le médecin traitant défini dans la convention médicale, déclaré par le patient auprès de sa caisse d'assurance maladie (ou son remplaçant ou son associé)

\*\*Ces cotations ne peuvent être assorties d'aucune majoration, y compris majoration d'urgence et majoration provisoire clinicien (MPC). En effet l'avis ponctuel de consultant n'est pas assimilable à une consultation classique.

\*\*\* Cette cotation ne peut être facturée avec une majoration d'urgence

.../...

## CAS PARTICULIERS

Chirurgiens	<b>C2</b> - 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. - S'applique aussi lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du malade
Anesthésistes	<b>C2</b> - dans le cadre d'une consultation pré-anesthésique pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification de l'American Society of Anesthesiologists (classification ASA) → la consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant. → le dossier d'anesthésie comporte les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient
Professeurs des universités Praticiens hospitaliers	<b>C3</b> - au titre de consultant à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant