

# APC mode d'emploi (Avis Ponctuel de Consultant)



- APC 50€ (DROM 60€)
- APY 62,50€ pour les psychiatres, neuropsychiatres ou neurologues (DOM 75€)
- APV et AVY en visite

Plus d'APC en téléconsultation à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022.



**Accessible aux spécialistes qualifiés tous secteurs**

## Conditions de facturation :

- En cabinet, pas applicable pour un avis pour un patient hospitalisé.
- Avis du médecin correspondant à la demande explicite du médecin traitant ou, par dérogation, par le médecin stomatologiste, à la demande explicite du chirurgien-dentiste.
- Le médecin correspondant, sollicité pour cet avis de consultant, **doit adresser** au médecin traitant ou au chirurgien-dentiste **ses conclusions et propositions thérapeutiques**.
- Ne pas donner ensuite de soins continus au patient et laisser au médecin traitant le soin de surveiller l'application de ses prescriptions.
- Ne pas avoir reçu le patient **dans les 4 mois précédents et ne pas le revoir dans les 4 mois suivants**.
- **En cas d'événement intercurrent**, possibilité de revoir le patient dans le délai de 4 mois pour une consultation non APC.
- Pas d'APC en cas de rythme de consultation prévue dans le protocole ALD.
- **La MCU (15€)**, majoration correspondant urgence sur un acte clinique, pour un patient vu dans les 48 heures à la demande du médecin traitant est applicable aussi à l'APC (condition de tarif opposable), sauf pour les psychiatres, qui disposent dans ce cas du CNPSY 1,5.

## Dérogations :

- Possibilité de revoir le patient lors d'une nouvelle consultation si **bilan complémentaire** effectué par un autre professionnel nécessaire : dans ce cas, 1<sup>ère</sup> consultation APC et 2<sup>ème</sup> Consultation non APC.
- Impossibilité de coter des actes techniques dans le même temps dans le cadre de l'avis de consultant, **sauf cas explicitement autorisés** identiques à ceux de la CS (ECG ...).
- Lorsque le médecin a besoin **d'actes techniques complémentaires** nécessaires pour élaborer son avis de consultant, qu'il réalise personnellement dans un 2<sup>ème</sup> temps, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic (attention de bien y faire référence dans les conclusions transmises au médecin traitant). Dans ce cas, la première consultation est cotée APC et les actes techniques sont facturés selon les règles en vigueur. Mais pas de facturation de CS après cet APC.
- Si l'état du patient nécessite pour la même pathologie, avant la fin du délai de 4 mois, une consultation complexe ou très complexe\*, le médecin qui a rendu l'avis ponctuel de consultant peut facturer cette consultation.
- Psychiatre, neuropsychiatre : A titre dérogatoire, en cas de séquence de soins nécessaire, il pourra revoir le patient dans les semaines suivantes, dans la limite de 2 consultations cotées CNPSY.

## CAS PARTICULIER :

### Chirurgiens :

- En cas d'intervention à la demande du médecin traitant ou du médecin correspondant du médecin traitant ;
- Peuvent coter APC, y compris lorsqu'ils pratiquent eux même l'intervention, sous réserve d'un retour d'information au médecin traitant, et le cas échéant médecin correspondant.
- Si l'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du malade, l'APC peut être facturé.

### Anesthésistes :

La consultation pré-anesthésique peut donner lieu à la cotation APC pour le patient dont l'état est évalué au niveau 3 ou plus de la classification de l'American Society of Anesthesiologists (ASA). La consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratique l'anesthésie opératoire, à l'opérateur et au médecin traitant.

Il peut également coter APC, en cas de patient ASA 3 ou plus, pour la 1<sup>ère</sup> consultation sur intervention non programmée d'urgence entraînant l'hospitalisation du patient, avec alors éventuelles majorations nuit, D, JF.

\*Sauf CCP, COE, IGR, EPH, CGP, MSP, CSO

Service juridique CSMF  
Novembre 2021