

# APC - Avis Ponctuel de Consultant

Dernière mise à jour le: 23/12/2025



Dans le cadre du parcours de soins, l'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant ou cas spécifiques <sup>(1)</sup>.

Sur l'année 2024, 10% des médecins généralistes des Pays de la Loire ont facturé une fois un avis ponctuel de consultant. Parmi ces médecins, la moitié a facturé plus de 4 actes sur l'année.

Dans certaines situations, le médecin a suivi une formation spécifique lui permettant de donner un avis ponctuel (ex : médecin du sport, nutritionniste, addictologue.....)



## COTATION

Code : APC

Tarif : 60 €

Pour le calcul des cotations en quelques clics, rendez-vous sur [omniprat.org](https://omniprat.org)

## INDICATIONS

Cet avis sert à éclairer le médecin traitant sur le diagnostic ou le traitement. **Il ne s'agit pas d'un acte dans le cadre des dépistages organisés/systématiques, ni de prise en charge régulière de pathologie chronique.**

L'acte technique est facturable seulement s'il est nécessaire pour élaborer l'avis ponctuel.

Le médecin sollicité pour cet avis ponctuel de consultant adresse au médecin traitant ses conclusions et ses propositions thérapeutiques. **Il s'engage à ne pas donner aux patients de soins continus** et à laisser au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

Toutes les spécialités médicales sont concernées par l'avis ponctuel de consultant, y compris les spécialistes de médecine générale.

L'APC peut être facturé lorsque le médecin traitant et le médecin spécialiste en médecine générale exercent au sein du même cabinet.

**On doit retrouver dans le dossier médical du patient :**

**Une preuve d'adressage du médecin traitant ainsi que le compte rendu de la première consultation.**

## AIDE PRATIQUE

- **Réalisation de l'acte**

\* L'APC n'est pas applicable quand le patient est adressé par un autre médecin que le médecin traitant sauf particularités :

- patient en déplacement en dehors de sa résidence principale
- patient -16 ans sans médecin traitant
- patient AME.

Dans ces 3 situations, le médecin qui demande l'APC est considéré comme médecin traitant.

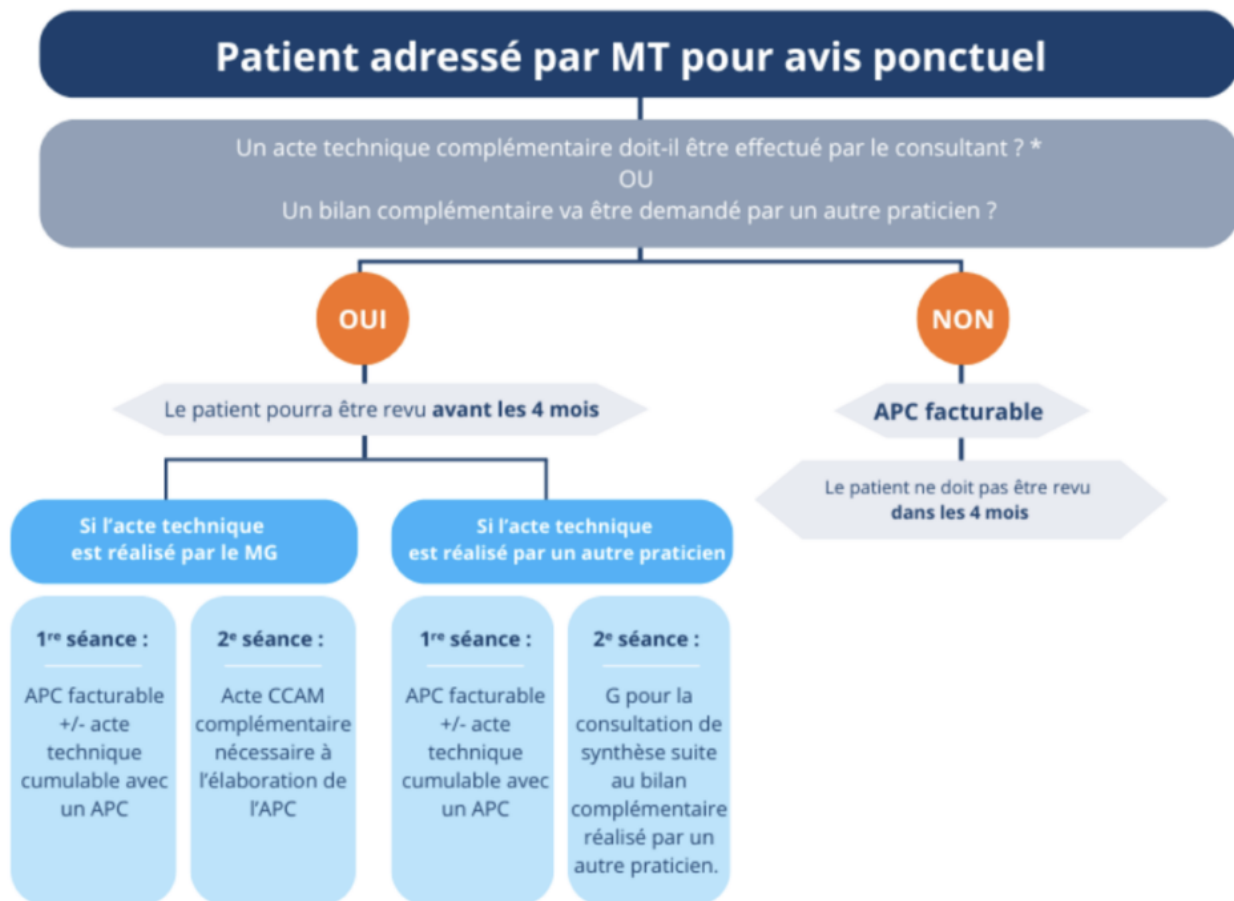
L'APC s'applique également lorsque le patient est adressé par le remplaçant du médecin traitant ou son associé.

Le médecin consulté pour un APC ne doit pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédents l'APC, et ne doit pas le revoir dans les 4 mois suivants **pour la même demande ou la même pathologie.**

Il est également possible de facturer un APC à la suite d'un acte de téléexpertise <sup>(2)</sup> dans les 3 mois suivants, si dans une logique de gradation de l'expertise un avis ponctuel est nécessaire.

- **Organisation**

Situations pour lesquelles le patient peut être revu avant les 4 mois :



\* lorsque l'acte CCAM est nécessaire pour rendre son avis

## CONSEILS EN +

**Seuls les actes techniques suivants si nécessaires à l'élaboration de l'APC sont cumulables avec l'APC au cours de la même séance <sup>(3)</sup> :**

- DEQP003 : cumul à taux plein
- JKHD001 : cumul à taux plein
- Actes de biopsie (BAHA001, CAHA001, CAHA002, GAHA001, HAHA002, JHHA001, JMHA001, QEHA001, QZHA001 et QZHA005) : cumul à 50%

**Les demandes qui ne relèvent pas de l'APC :**

- le suivi chronique
- les dépistages systématiques (ex : frottis)
- l'adressage du patient pour la réalisation d'un acte technique (ex : échographie, radiologie....)

## RÉFÉRENCES ET SITES UTILES

- (1) [\*article 18B des dispositions générales de la NGAP\*](#)
- (2) [\*téléexpertise\*](#)
- (3) [\*fiche association d'actes\*](#)
- (4) [\*Circulaire Convention médicale 2024 \(annexe 7\)\*](#)