

CIRCULAIRE

CIR-13/2017

Document consultable dans Médi@m

Date :

07/07/2017

Domaine(s) :

gestion du risque

gestion des prestations en nature

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

La décision UNCAM du 24 mars 2017 concernant la Liste des actes et prestations et modifiant la NGAP et les mesures conventionnelles en vigueur au 1/07/2017

Liens :

Cir-24/2016

Cir-9/2017

Plan de classement :

P10-02

P06-01

Emetteurs :

DDGOS

DDO

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

<input checked="" type="checkbox"/> Directeurs	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input type="checkbox"/> CARSAT	<input checked="" type="checkbox"/> CNAMTS
<input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables	<input type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS	<input checked="" type="checkbox"/> CTI
<input checked="" type="checkbox"/> DCGDR			
<input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils	<input checked="" type="checkbox"/> Régionaux		<input checked="" type="checkbox"/> Chef de service

Pour mise en oeuvre Immédiate

Résumé :

La décision UNCAM du 24 mars 2017, parue au Journal Officiel du 17 juin 2017, a pour objet de mettre en œuvre les mesures modifiant la liste des actes et prestations (LAP) mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale. Ces mesures font suite à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et à l'avenant 1.

Mots clés :

Convention médicale ; NGAP ; Convention Nationale ; majorations ; MPC ; MPJ ; CALD ; Frottis

P/ La Directrice Déléguée
à la Gestion et à l'Organisation des Soins



Philippe ULMANN

Le Directeur Délégué
aux Opérations



Eric LE BOULAIRE

CIRCULAIRE : 13/2017

Date : 07/07/2017

Objet : La décision UNCAM du 24 mars 2017 concernant la Liste des actes et prestations et modifiant la NGAP et les mesures conventionnelles en vigueur au 1/07/2017

Affaire suivie par : dact.ddgosdos@cnamts.fr ***mot clef à mettre en objet : LRCONV2016***

I. Modifications de l'article 2 bis de la NGAP « majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste »

A. Le tarif différencié de la majoration MPC pour les patients de moins de 16 ans (MPJ) est supprimé : la MPC est ouverte sans condition d'âge du patient au 1^{er} juillet 2017

La valeur de cette majoration forfaitaire transitoire faisait l'objet d'une différenciation en fonction de la spécialité du médecin et de l'âge des patients (moins de 16 ans et plus de 16 ans).

Le dispositif médecin traitant a été ouvert aux enfants de moins de 16 ans, par l'article 76 de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS), publiée au Journal Officiel en janvier 2016.

Dans ce cadre, la convention nationale du 20 octobre 2016 a prévu la redéfinition de la majoration transitoire forfaitaire en supprimant la différenciation liée à l'âge du patient¹.

Ainsi le code de facturation «MPJ» (correspondant à la MPC pour les patients de moins de 16 ans) est supprimé le 1^{er} juillet 2017.

La MPJ de 6,70€ (pour les neurologues, neuropsychiatres et psychiatres) et la MPJ de 5€ (pour les autres spécialités et hors spécialité de médecine générale) sont ainsi supprimées.

La différenciation liée à la spécialité du médecin est toujours applicable à la MPC (2,70€ pour les neurologues, neuropsychiatres et psychiatres ; 2€ pour les autres spécialités hors médecine générale).

La MCS et la MCG ne peuvent pas être cotées, lorsque le médecin généraliste ou bien le médecin spécialiste est lui-même le médecin traitant de l'enfant à l'instar des patients de 16 ans et plus. Pour le cas particulier du pédiatre traitant et de l'enfant de 6 ans à moins de 16 ans, la majoration NFE se cumule à la CS.

¹ En annexe 1 de la convention est précisé « Le tarif différencié de la MPC pour les patients de moins de 16 ans est supprimé à compter du 1er juillet 2017. »

B. Actualisation de la liste des spécialités en référence à l'arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des études spécialisées de médecine modifié par l'arrêté du 26 décembre 2016

La liste des spécialités donnant droit à la majoration forfaitaire transitoire MPC est fixée à l'article 2bis de la NGAP.

Cette liste a été actualisée en référence à l'arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des études spécialisées de médecine modifié par l'arrêté du 26 décembre 2016.

Les références suivantes ont été ainsi ajoutées : Chirurgie pédiatrique - Anesthésie-réanimation/médecine intensive - réanimation - Neurochirurgie - Hépatogastro-entérologie - Médecine cardiovasculaire/médecine vasculaire - Médecine interne et immunologie clinique/maladies infectieuses et tropicales/allergologie - Médecine du travail - Médecine légale et expertises médicales - Médecine d'urgence - Oncologie - Psychiatrie - Radiologie et imagerie médicale - Santé publique

Les références à des diplômes passés ont été maintenues.

A noter également, dans ce nouveau libellé, la suppression de la référence aux articles 14-6 de la NGAP et l'actualisation de la référence à la convention 2016 au lieu de celle de 2011.

II. Facturation à taux plein (100%) de l'acte de prélèvement cervicovaginal (JKHD001) associé à la consultation au 1^{er} juillet 2017

A partir du 1^{er} juillet 2017, la facturation de l'association de l'acte de prélèvement cervicovaginal (JKHD001) et de la consultation est possible à taux plein (contre 50% auparavant).

Cette modification a nécessité de modifier à la fois :

- l'article III-3 du livre III de la LAP définissant les règles de cumul de la consultation et des actes techniques
- l'article 18 B de la NGAP et du livre III de la LAP définissant l'avis ponctuel de consultant.

En principe, un acte technique effectué dans le même temps qu'une consultation (ou une visite) ne peut donner lieu à un cumul d'honoraires (par extension, les majorations prévues à la NGAP également), sauf dérogations listées expressément, pour lesquelles un abattement de 50 % est apporté en cas de possibilité de cumul, sur le 2^{ème} acte.

Ainsi, par dérogation à ce principe, l'acte de prélèvement cervicovaginal (JKHD001) qui est un acte technique de la CCAM, pouvait donner lieu à un cumul d'honoraires : l'acte de consultation était tarifé à 100 % et l'acte technique était tarifé à 50 % de sa valeur.

A partir du 1^{er} juillet 2017, l'acte de consultation et l'acte technique JKHD001 sont facturés à 100 % du tarif : à 12,46€ pour une sage-femme ou pour un médecin de secteur 1 ou secteur 2 adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO et à 9,64€ pour un médecin de secteur 2 non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO.

Par ailleurs, les conditions de prise en charge restent inchangées : cet acte n'est pris en charge qu'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, selon les recommandations de la HAS de juillet 2010.

Cet acte peut être pratiqué par les médecins généralistes et autres spécialistes ainsi que les sages-femmes.

Ainsi, la cotation sera dans les cas les plus courants et dans le respect du parcours de soins :

pour les sages-femmes : $C (23€) + JKHD001 (12,46€) = 35,46€$

pour les médecins généralistes ou spécialistes de médecine générale de secteur 1 ou secteur 2 adhérent OPTAM :

$G/GS (25€) + JKHD001 (12,46€) = 37,46€$

et pour les autres médecins généralistes ou spécialistes de médecine générale de secteur 2 :

$C/CS (23€) + JKHD001 (9,64€) = 32,64€$

pour un autre spécialiste de secteur 1 ou secteur 2 adhérent OPTAM/OPTAM-CO :

$CS (23€) + MPC (2€) + MCS (5€) + JKHD001 (12,46€) = 42,46€$

et pour les autres médecins spécialistes de secteur 2 :

$CS (23€) + JKHD001 (9,64€) = 32,64€.$

Pour le cas spécifique des praticiens de secteur 2 non adhérent OPTAM/OPTAM-CO et prenant en charge un patient CMU-C ou ACS, la facturation attendue à tarif opposable est pour les médecins généralistes ou spécialistes de médecine générale :

$G/GS (25€) + JKHD001 (9,64€) = 34,64€$

et pour les médecins spécialistes :

$CS (23€) + MPC (2€) + MCS (5€) + JKHD001 (9,64€) = 39,64€.$

III. Suppression de la CALD (article 15.2 de la NGAP)

La consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin généraliste, pour un patient reconnu comme étant atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée exonérées du ticket modérateur, dite « CALD », avait pour objectif de réaliser un bilan approfondi de l'état de santé du patient.

La mise en place du nouveau forfait annuel patientèle médecin traitant (FPMT), énoncé à l'article 15.4.1 de la Convention nationale, valorise les missions spécifiques du médecin traitant dans le suivi de sa patientèle. Il inclue notamment les rémunérations forfaitaires des médecins pour la prise en charge de leurs patients âgés de + et de - de 80 ans en ALD. En conséquence, la consultation spécifique CALD devient obsolète.

Aussi, afin de tenir compte de cette évolution conventionnelle, la CALD est supprimée de la NGAP.

IV. Evolutions tarifaires au 1^{er} juillet 2017

A. Mesures tarifaires de la convention pour la métropole

CODE*	LIBELLE	Jusqu'au 30 juin 2017	A partir du 1er juillet 2017
MCG**	Majoration de coordination médecin généraliste	3,00 €	5,00 €
CNPSY	consultation au cabinet par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié	37,00 €	39,00 €
VNPSY	visite au domicile du malade par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié	37,00 €	39,00 €
CSC	Consultation spécifique du cardiologue	45,73 €	47,73 €
1,5CNPSY	Consultation en urgence du psychiatre	55,50 €	58,50 €
MCS**	Coordination médecin spécialiste	3,00 €	5,00 €
MCS PSY**	Coordination médecin spécialiste du psychiatre	4,00 €	
MPJ	Forfaitaire transitoire médecin spécialiste pour <16 ans	5,00 €	suppression
MPJ-PSY	Forfaitaire transitoire médecin spécialiste pour <16 ans du psychiatre	6,70 €	

* les lettres clés indiquées sont celles présentes dans la convention et ne correspondent pas forcément aux codes utilisés pour la facturation.

** Majoration pouvant être cotée uniquement par les médecins en secteur 1 et par les médecins en secteur 2 (ou secteur 1 DP) ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée et, par dérogation, par les médecins exerçant en secteur 2 (ou secteur 1 DP) lorsqu'ils sont appelés à dispenser des soins aux assurés bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

A noter que l'avenant 1 a corrigé certains éléments de l'annexe tarifaire de la convention (notamment pour le 1er juillet le tarif du 1,5 CNPSY).

B. Mesures tarifaires de la convention pour les DROM à compter du 1^{er} juillet 2017

L'annexe tarifaire de la convention prévoit l'alignement des tarifs de Guadeloupe et de la Martinique sur ceux de la Guyane, de la Réunion et de Mayotte, soit l'application d'une même surcote de 20% par rapport aux tarifs de métropole à compter du 1^{er} juillet 2017 pour toutes les consultations hormis la VL. L'alignement des tarifs de la VL pour les DROM interviendra en même temps que la revalorisation de la VL à 60 € en métropole et 72€ pour les DROM hors Mayotte au 1^{er} novembre 2017.

Les tarifs des avis ponctuels de consultant en Guadeloupe et Martinique s'alignent automatiquement sur les tarifs en vigueur en Guyane et à la Réunion du fait du passage de la C à 27,60€ au 1er juillet 2017. L'annexe tarifaire de la convention fera l'objet d'une correction prochaine par avenant car les tarifs des avis ponctuels de consultant en Guadeloupe et Martinique sont indiqués maintenus différenciés entre DROM jusqu'au 1er octobre 2017 (date d'une revalorisation des avis consultants pour la métropole et les DROM).

Actes et majorations	Jusqu'au 30 juin 2017			Au 1er juillet 2017
	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte	DROM
C : consultation au cabinet par le médecin généraliste	25,3 €	27,6 €	27,6 €	27,6 €
G : consultation au cabinet majorée de la MMG (majoration pour le médecin généraliste) (1)	27,3 €	29,6 €	29,6 €	29,6 €
CS : consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié et le médecin spécialiste qualifié en médecine générale	25,3 €	27,6 €	27,6 €	27,6 €
GS : consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale majorée de la MMG (majoration pour le médecin généraliste) (1)	27,3 €	29,6 €	29,6 €	29,6 €
MCG : majoration de coordination (1)	3,0 €	3,0 €	(2)	5,0€ hors Mayotte (2)
V : visite à domicile par le médecin généraliste	25,3 €	27,6 €	27,6 €	27,6 €
VG : visite du médecin généraliste majorée de la MMG (majoration pour le médecin généraliste) (1)	27,3 €	29,6 €	29,6 €	29,6 €
VS : visite à domicile par le médecin spécialiste qualifié et le médecin spécialiste qualifié en médecine générale	25,3 €	27,6 €	27,6 €	27,6 €
VGS : visite par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale majorée de la MMG (majoration pour le médecin généraliste) (1)	27,3 €	29,6 €	29,6 €	29,6 €
COE : consultation du pédiatre ou du médecin généraliste dans les huit jours suivant sa naissance, du jour des 8 mois jusqu'à la veille du jour des 10 mois incluse, du jour des 23 mois jusqu'à la veille du jour des 25 mois incluse (uniquement à tarif opposable)	46,8 €	46,8 €	46,8 €	46,8 €
MIC : majoration pour consultation d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation par le médecin traitant (article 15.5 de la NGAP) avec consultation réalisée à tarif opposable (1)	25,3 €	27,6 €	(2)	27,6 € hors Mayotte (2)
MSH : majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité par le médecin traitant (article 15.6 de la NGAP) avec consultation réalisée à tarif opposable (1)	25,3 €	27,6 €	(2)	27,6 € hors Mayotte (2)
CNPSY : consultation pour les psychiatres, neuro-psychiatres, neurologues	40,70 €	44,40 €	44,40 €	46,80 €
1,5 CNPSY : consultation psychiatrique réalisée au cabinet à la demande du médecin traitant dans les deux jours ouvrables suivant cette demande	61,05 €	66,60 €	66,60 €	70,20 €
CSC : consultation pour les cardiologues	50,61 €	52,44 €	52,44 €	54,73 €
CDE : consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par le médecin spécialiste en dermatologie	50,60 €	55,20 €	55,20 €	55,20 €
Avis ponctuel de consultant	50,60 €	55,20 €	(2)	55,20 € hors Mayotte (2)
Avis ponctuel de consultant par un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue	63,25 €	69,00€	(2)	69,00€ hors Mayotte (2)
Avis ponctuel de consultant par un professeur des universités-praticien hospitalier	75,90 €	82,80 €	(2)	82,80 € hors Mayotte (2)
<i>(1) Majoration pouvant être cotée uniquement par les médecins en secteur 1 et par les médecins en secteur 2 (ou secteur 1 DP) ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée et, par dérogation, par les médecins exerçant en secteur 2 (ou secteur 1 DP) lorsqu'ils sont appelés à dispenser des soins aux assurés bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).</i>				
<i>(2) Le parcours de soins ne s'applique pas à Mayotte</i>				

V. Nouvelles règles de cumul suite à la mise en place des nouvelles cotations G, GS, VG et VGS au 1er mai 2017

Tarifs conventionnels des médecins généralistes ou des médecins spécialistes qualifiés en médecine générale en France métropolitaine à compter du 1er juillet 2017

La colonne « Tarifs » indique le montant en euros de l'acte ou de la majoration en France métropolitaine.

La colonne « Règles de cumul » mentionne le possible cumul d'un acte ou d'une majoration avec une consultation et/ou une visite, pour les situations les plus courantes.

Actes et majorations*	Tarifs €	Cumul possible avec les consultations :
C : consultation au cabinet par le médecin généraliste	23,00	
G : consultation au cabinet majorée de la majoration pour le médecin généraliste (1)	25,00	
CS : consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié et le médecin spécialiste qualifié en médecine générale	23,00	
GS : consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale avec la majoration pour le médecin généraliste (1)	25,00	
MCG : majoration de coordination (1)	5,00	G, GS
V : visite à domicile par le médecin généraliste	23,00	
VG : visite à domicile par le médecin généraliste majorée de la majoration pour le médecin généraliste (1)	25,00	
VS : visite à domicile par le médecin spécialiste qualifié et le médecin spécialiste qualifié en médecine générale	23,00	
VGS : visite à domicile par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale majorée de la majoration pour le médecin généraliste (1)	25,00	
VL : visite longue et complexe réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant	46,00	
MD : majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée	10,00	V, VS, VG, VGS
MDN : majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit de 20h00 à 00h00 et de 6h00 à 8h00	38,50	V, VS, VG, VGS
MDI : majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit de 00h00 à 6h00	43,50	V, VS, VG, VGS
MDD : majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié (2)	22,60	V, VS, VG, VGS
ID : indemnité forfaitaire de déplacement pour des actes effectués à domicile autre que la visite	3,50	
MN : majoration pour acte de nuit de 20h00 à 00h00 et de 6h00 à 8h00 (3)	35,00	C, CS, G, GS, V, VS, VG, VGS
MM : majoration pour acte de nuit de 00h00 à 6h00 (3)	40,00	C, CS, G, GS, V, VS, VG, VGS
F : majoration pour acte le dimanche et jour férié (3) (4)	19,06	C, CS, G, GS, V, VS, VG, VGS
IK : indemnité kilométrique en plaine	0,61	V, VS, VG, VGS
IK : indemnité kilométrique en montagne	0,91	V, VS, VG, VGS
IK : indemnité kilométrique à pied ou à ski	4,57	V, VS, VG, VGS
COE : consultation du pédiatre ou du médecin généraliste pour les examens obligatoires dans les 8 jours qui suivent la naissance, au cours du 9e ou du 10e mois, et au cours du 24e ou du 25e mois (uniquement à tarif opposable)	39,00	
MEG : majoration pour les enfants de 0 à 6 ans	5,00	C, CS, G, GS, V, VS, VG, VGS
MIC : majoration pour consultation d'un patient insuffisant cardiaque après	23,00	C, CS, G, GS,

hospitalisation par le médecin traitant (article 15.5 de la NGAP) si consultation réalisée au tarif opposable (1)		V, VS, VG, VGS
MSH : majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité par le médecin traitant (article 15.6 de la NGAP) si consultation réalisée au tarif opposable (1)	23,00	C, CS, G, GS, V, VS, VG, VGS
MU : majoration d'urgence	22,60	V, VS, VG, VGS
K : acte technique	1,92	
STH : forfait de surveillance médicale des cures thermales	80,00	
Adhésion au contrat type figurant dans le décret du 3 mai 2002 relatif à la délivrance de soins palliatifs à domicile : forfait mensuel de soins	90,00	

(1) Majoration pouvant être cotée uniquement par les médecins en secteur 1 et par les médecins en secteur 2 (ou secteur 1 DP) ayant adhéré à l'option de pratique tarifaire maîtrisée et, par dérogation, par les médecins exerçant en secteur 2 (ou secteur 1 DP) lorsqu'ils sont appelés à dispenser des soins aux assurés bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

(2) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée.

(3) En dehors des situations visées à l'article 14-2 des dispositions générales de la NGAP.

(4) La majoration F s'applique aussi à partir du samedi midi pour les consultations au cabinet réalisées par le médecin généraliste de garde

* Attention : les lettres clés indiquées sont celles présentes dans la convention et ne correspondent pas forcément aux codes utilisés pour la facturation

IV. Changement le 1^{er} juillet 2017 pour l'activité externe des établissements de santé ex-DG et l'activité des médecins salariés des établissements ex-OQN

Les tarifs vont être modifiés comme suit pour l'activité externe des établissements de santé ex-DG et pour les médecins salariés des établissements de santé ex-OQN conformément au décret du 27 avril 2017 publié au JO du 3 mai 2017 :

CODE	LIBELLE	Jusqu'au 30 juin 2017	A partir du 1er juillet 2017
MCG	Coordination médecin généraliste	3,00 €	5,00 €
CNPSY	consultation au cabinet par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié	37,00 €	39,00 €
CSC	Consultation spécifique du cardiologue	45,73 €	47,73 €
MCS	Coordination médecin spécialiste	3,00 €	5,00 €
MCS PSY	Coordination médecin du psychiatre	4,00 €	5,00 €

La MCG et la MCS pourront également être applicables pour une consultation d'un enfant de moins de 16 ans à l'instar de la ville.

Ainsi, jusqu'au 30 juin 2017 :

Les médecins généralistes et spécialistes doivent continuer à utiliser les prestations C, CS, CNP, CSC éventuellement complétées des majorations autorisées en activité de consultation externe (MCG, MCS, MEG, Nuit, Férié ...)

A compter du 01 juillet 2017 :

Les actes de consultations externes des médecins généralistes seront cotés G (pour la spécialité 01) ou GS pour les spécialistes en médecine générale (spécialité 01).

Le tarif correspondant à ces nouvelles cotations intègre celui de la consultation (C ou CS) et de la majoration pour les médecins généralistes (MMG).

Ces prestations seront, le cas échéant complétées par les majorations autorisées en ACE (MCG, MEG, Nuit, Férié...)

Prestations facturables en ACE à compter du 01/07/2017 conformément au décret du 27 avril 2017 publié au JO du 3 mai 2017

➤ (*en gras et italique*, ce qui change par rapport à la période précédente)

	Consultations 0 à 6 ans	Consultations de 6 à 16 ans	Consultations > 16 ans	Consultations particulières
Généralistes (code 01)	<i>G + MEG (+MCG)*</i>	<i>G (+MCG)*</i>	<i>G (+MCG)*</i>	COE
Spécialistes en médecine générale (code 01)	<i>GS + MEG (+MCG)*</i>	<i>GS (+MCG)*</i>	<i>GS (+MCG)*</i>	COE
Pédiatres (code 12)	<i>CS (+MCS)*</i>	<i>CS (+MCS)*</i>	<i>CS (+MCS)*</i>	COE
Autres spécialistes	<i>CS, CNP (+MCS)* CSC</i>	<i>CS, CNP (+MCS)* CSC</i>	<i>CS, CNP(+MCS)* CSC</i>	

* si le patient est adressé par son médecin traitant et qu'un retour d'information est réalisé vers le médecin traitant

VI. Précision sur l'avis ponctuel de consultant

Les tarifs de l'avis ponctuel de consultant effectué par le médecin spécialiste à la demande du médecin traitant (article 18 de la NGAP) ont été modifiés par la nouvelle convention nationale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

L'avis ponctuel de consultant sera revalorisé en métropole **au 1^{er} octobre 2017** de 46 à 48 euros, puis **au 1^{er} juin 2018**, à hauteur de 50 €.

Pour les psychiatres, neuropsychiatres ou neurologues, le tarif de cet acte sera porté de 57,50 à 60 euros au 1^{er} octobre 2017 puis à 62,50 € au 1^{er} juin 2018.

Pour les professeurs d'universités-praticiens hospitaliers, le tarif de l'avis ponctuel est maintenu à 69 euros.

Ainsi, jusqu'au 1^{er} octobre 2017 les tarifs de l'avis ponctuel de consultant restent inchangés en métropole et restent cotés C2, C2,5 et C3.

A partir du 1^{er} octobre 2017, de nouveaux codes entreront en vigueur pour facturer cet avis de consultant, les tarifs n'étant plus liés à la valeur de la C. Les revalorisations instaurées par la convention à partir du 1^{er} octobre 2017 nécessitent la publication d'une décision UNCAM insérant ces codes dans la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie. A ce jour, cette décision UNCAM n'est pas encore intervenue, ni publiée au JO.

Ainsi, après publication au JO de la décision UNCAM préalable, les 5 nouveaux codes suivants seront facturables uniquement à partir du 1er octobre 2017 :

- APC : avis ponctuel de consultant au cabinet du médecin spécialiste (48€ au 1^{er} octobre puis 50€ au 1^{er} juin 2018)
- APV : avis ponctuel de consultant au domicile du malade (48€ au 1^{er} octobre puis 50€ au 1^{er} juin 2018)
- APY : avis ponctuel de consultant au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre ou d'un neurologue (60€ au 1^{er} octobre 2017 puis à 62,50€ au 1^{er} juin 2018)
- AVY : avis ponctuel de consultant au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre ou par un neurologue (60 € au 1^{er} octobre 2017 puis à 62,50€ au 1^{er} juin 2018)
- APU : avis ponctuel de consultant des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (maintien à 69€).