

Actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux

des règles particulières – VI

Comme nous l'avons indiqué le mois dernier, nous complétons notre traitement des règles des préambules particuliers de chirurgie du « système musculosquelettique » en vous présentant des vignettes cliniques fictives illustrant l'application de ces diverses règles à des situations cliniques. On dit qu'une image vaut mille mots. Alors, lisez ce qui suit !

Deux doigts coincés

Un « entrepreneur du dimanche » consulte en clinique-réseau (en cabinet) après s'être pris la main dans le hayon de son véhicule. Les radiographies révèlent une fracture de la diaphyse de deux phalanges proximales.

L'examen ne met pas en évidence de déficit sensitif ni de plaie qui en ferait une fracture ouverte. Le médecin effectue un bloc digital des doigts touchés ainsi que la réduction fermée des deux fractures, s'assure d'un bon alignement et de l'absence de rotation des doigts, confectionne des attelles d'immobilisation et les pose. Il prévoit revoir le patient dans une semaine, question de s'assurer que la réduction demeure adéquate, particulièrement en ce qui a trait à la rotation des doigts.

L'évaluation a eu lieu le même jour que l'intervention chirurgicale. Comme il s'agit d'une intervention urgente, le médecin est en droit de réclamer le tarif de son premier examen, de même que celui de l'examen ordinaire lors de sa deuxième évaluation. Lors de la facturation, il devra par ailleurs inscrire le modificateur 179 pour le premier examen et le modificateur 647 pour le deuxième (ce modificateur multiple regroupe les modifica-

Le Dr Michel Desrosiers, omnipraticien et avocat, est directeur des Affaires professionnelles à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

teurs 094 et 179). En clinique-réseau, le médecin doit utiliser un modificateur supplémentaire lors de l'ensemble des services sans rendez-vous, soit le 176. Les modificateurs multiples appropriés sont alors 660 lors du premier examen et 368 lors du deuxième.

En ce qui a trait à l'examen lors de la visite de suivi une semaine plus tard, le médecin devra facturer le tarif de l'examen ordinaire. En effet, les soins post-opératoires ne sont pas compris dans la rémunération de la réduction d'une fracture des extrémités. Il en serait de même si le tarif de l'intervention était de 45 \$ ou moins.

Les blocs digitaux ne donneront pas droit à une rémunération, l'anesthésie locale étant incluse dans la rémunération des interventions chirurgicales. Par ailleurs, comme le médecin pratique en cabinet, il peut obtenir une compensation financière du patient pour le coût des agents anesthésiques administrés. Il devra s'assurer que sa grille de tarification est affichée dans la salle d'attente et qu'elle comporte l'avis requis quant au recours possible du patient pour obtenir le remboursement de frais interdits.

Enfin, le médecin doit décider de ce qu'il peut facturer pour les interventions effectuées, soit la réduction de deux fractures et leur immobilisation. Le code 02623 prévoit un tarif pour la réduction fermée d'une phalange proximale ou moyenne au montant de 36,40 \$. Comme il s'agit d'une fracture

(Suite à la page 127) >>>

En fin... la facturation noir sur blanc

◀◀◀ (Suite de la page 128)

d'une extrémité, les règles générales de l'Entente s'appliquent en vertu du paragraphe 2.03, à moins d'indication contraire au tarif. Or, le libellé du code prévoit expressément un supplément de 10,15 \$ pour la réduction d'une phalange additionnelle de la même main. Le médecin réclamera donc la rémunération pour ce service en indiquant le nombre « 2 » dans la case « unités » de la demande de paiement, sur la même ligne que celle où il aura réclamé le code 02623, et ajustera le montant en conséquence.

La somme versée pour cette deuxième réduction illustre le fait que la tarification des différents services n'est pas parfaitement cohérente. En effet, la simple immobilisation d'une deuxième fracture d'un doigt (code 02820) est rémunérée au tarif de 10,93 \$. Ce montant est la moitié du plein tarif de 21,85 \$ puisqu'il s'agit d'os mineurs et que le modificateur 050 s'applique.

Dernier élément, l'immobilisation est comprise dans la réduction des fractures. On peut s'interroger sur le coût du matériel pour effectuer la réduction. L'en-tête de la section « Immobilisation par plâtre, attelles et *taping* » stipule que le tarif ne comprend pas le coût du matériel. Mais cet en-tête ne vise que les codes d'immobilisation. On ne trouve pas de règle comparable dans le préambule général du « système musculosquelettique ». Il semble donc qu'un médecin en cabinet ne peut réclamer le coût du matériel au patient lorsqu'il réduit une fracture ou une luxation. Ce résultat semble inéquitable, et les parties négociantes devraient se pencher sur cette question. **N'oubliez pas que le médecin qui décide de réclamer le coût de l'agent anesthésique et du matériel utilisés pour effectuer l'immobilisation devra produire une facture détaillée, ou tout au moins indiquer le détail des éléments facturés sur le reçu qu'il remettra au patient.**

Une luxation de la hanche

Une patiente de 25 ans est amenée par ambulance à la salle d'urgence à la suite d'un accident de voiture. Elle souffre d'une luxation fermée de la hanche.

Le médecin communique avec l'orthopédiste d'un autre établissement. Étant donné l'urgence d'agir et la distance à parcourir lors du transfert de la patiente, l'orthopédiste encourage le médecin de l'urgence à tenter de réduire lui-même la luxation, ce qu'il fait chez la patiente sous sédation consciente. Après plusieurs tentatives, il n'y parvient pas et doit transférer la patiente dans l'établissement où exerce l'orthopédiste.

Comme pour le patient précédent, le médecin effectue des examens le même jour qu'une intervention chirurgicale. S'il facture le code d'une intervention, il devra utiliser le modificateur 179 lors de la facturation des examens effectués, de façon à être payé pour ceux-ci.

Les efforts de réduction de notre médecin se sont soldés par un échec. Cette situation n'est pas surprenante, car la réduction d'une luxation de la hanche doit fréquemment être effectuée sous anesthésie générale. Malgré l'échec, la RAMQ accepte dans une telle situation que le médecin facture le code de l'intervention, soit celui de la « réduction fermée sans anesthésie d'une luxation traumatique de la hanche » (code 02619) dans ce cas. Cette attitude tient compte de l'interprétation de la RAMQ selon laquelle la reprise d'une réduction ne peut être facturée plus d'une fois. La RAMQ pourra étudier les notes au dossier, question de s'assurer que vous avez réellement tenté la réduction en ayant recours à des interventions efficaces. Si vous n'êtes pas en droit de réclamer le tarif de la réduction, n'oubliez pas que pour facturer des examens répétés, ceux-ci doivent

La RAMQ accepte que le médecin facture le code de l'intervention lorsqu'il a tenté l'intervention, mais a essuyé un échec.

(Suite à la page 126) ▶▶▶

◀◀◀ (Suite de la page 127)

avoir lieu au cours de séances différentes.

La neuroleptanalgie peut ici être facturée. Comme en faisaient état nos chroniques des mois précédents, il ne s'agit pas d'une anesthésie, et le libellé de la neuroleptanalgie stipule que le tarif est un supplément, donc facturable par le médecin qui effectue l'intervention. Son libellé prévoit que « l'examen est inclus ». Il semble raisonnable de comprendre qu'il s'agit des examens liés à la neuroleptanalgie et au suivi de l'état de conscience. Notre médecin peut donc réclamer ses honoraires pour l'examen lors de l'arrivée de la patiente. Il devra alors utiliser le modificateur multiple 647 qui regroupe les modificateurs 094 et 179. Si son examen visait à la fois l'évaluation du problème de santé et l'évaluation préneuroleptanalgie, cet examen serait alors compris dans le tarif de la neuroleptanalgie. Il en irait de même de l'examen permettant au médecin de juger que l'état de conscience de la patiente permet de lui donner son congé.

Que la tentative de réduction se solde par un échec ou une réussite, notre médecin devra vraisemblablement par la suite transférer la patiente à un orthopédiste qui en assurera le suivi. Malgré le transfert, le médecin peut facturer le plein tarif de la réduction, les soins postopératoires après un transfert interétablissement n'étant pas compris dans la rémunération d'une intervention chirurgicale. S'il n'avait pas transféré la patiente, mais qu'il avait plutôt confié les soins postopératoires à un médecin du même établissement, le résultat serait le même étant donné que les soins postopératoires ne sont pas compris dans la rémunération d'une intervention chirurgicale des extrémités, même lorsque le tarif est supérieur à 45 \$, comme dans le cas présent.

Une fracture de Colles

Une patiente de 54 ans est amenée à l'urgence après une chute sur un trottoir glacé en fin de soirée. Son poignet est déformé.

L'examen ne montre aucun déficit sensitif ni aucune plaie. Le médecin ne mobilise pas la main de la dame par crainte de lui nuire. Une radiographie révèle que la patiente a une fracture du radius distal associée à une importante bascule postérieure. Devant l'importance du déplacement et la douleur de la patiente, il estime que la réduction ne peut pas attendre. Par ailleurs, étant donné l'heure tardive, il décide de ne pas déranger l'orthopédiste de garde et, sous bloc d'hématome, effectue la réduction de la fracture. Satisfait du résultat, il pose un plâtre en s'assurant de positionner la main de façon à favoriser l'alignement optimal. Par ailleurs, conscient qu'il s'agit d'un genre de fracture qui n'évolue pas toujours favorablement, il demande à la patiente de revenir le lendemain pour voir un des orthopédistes de l'hôpital. D'expérience, il sait que les orthopédistes ne sont pas toujours satisfaits de la réduction et qu'ils la reprennent parfois.

Comme dans les exemples précédents, les examens sont effectués le même jour que l'intervention chirurgicale. La facturation se fera comme dans les autres cas, soit en utilisant le modificateur 179 ou un modificateur multiple qui le comprend.

Étant donné que le médecin oriente sa patiente vers un orthopédiste, certains se demanderont s'il doit réclamer le tarif de « l'immobilisation ou de la réduction temporaire nécessitant le transfert à un autre médecin » (code 02863) ou celui de la « réduction fermée de la fracture du radius » (code 02589). Une question analogue pourrait surgir si notre médecin s'était contenté d'immobiliser la fracture de la patiente dans une attelle plâtrée en lui demandant de revenir le lendemain : immobilisation temporaire ou simple immobilisation ? Lorsque le traitement vise seulement à préserver les fonctions vitales (rétablir le pouls périphérique ou soulager une souffrance cutanée) et que la patiente est ensuite dirigée vers un autre médecin qui assurera le traitement global de la fracture ou de la luxation, il y a lieu d'utiliser le code 02863.

Dans le cas présent, le médecin a effectué la réduction et l'immobilisation et a envoyé la patiente en

(Suite à la page 125) ▶▶▶

En fin... la facturation noir sur blanc

◀◀◀ (Suite de la page 126)

spécialité pour le suivi et pour s'assurer que le traitement est suffisant. Il peut réclamer le code 02589, même si un deuxième médecin peut, par la suite, juger nécessaire de reprendre la réduction. Ce résultat est cohérent avec le fait que le suivi postopératoire n'est pas compris dans la rémunération de la réduction d'une fracture d'une extrémité.

Si la nature de la fracture de la patiente avait permis un traitement définitif différé et que le médecin de l'urgence avait simplement posé une attelle plâtrée pour immobiliser la fracture, il devrait alors réclamer le tarif de l'immobilisation (code 02800). S'il avait simplement stabilisé la fracture, par une traction cutanée ou un oreiller replié sur le sens de la longueur, en attendant l'arrivée de l'orthopédiste de garde, il devrait alors réclamer le code de l'immobilisation temporaire (code 02863). La nature du traitement est ici plus importante que la nature du moyen d'immobilisation choisi. N'oubliez pas, cependant, que l'Annexe I du Préambule général prévoit que la rémunération de l'immobilisation par un appareil préfabriqué commercialement est incluse dans le tarif de l'examen.

Si le médecin doit reprendre la réduction, nous avons vu qu'il peut de nouveau réclamer le tarif de la réduction. Si le médecin consulté le lendemain était un omnipraticien, ce dernier pourrait donc réclamer le tarif de la réduction sans problème s'il devait reprendre la réduction. Cette situation serait probablement évaluée par les médecins de la RAMQ. Le fait de joindre alors les notes cliniques appropriées au moment de la facturation initiale facilitera le traitement de la demande de paiement.

Il va de soi que si les médecins consultés devaient systématiquement reprendre vos réductions, les médecins de la RAMQ pourraient se demander si vous en avez réellement fait.

Mais il arrive aussi fréquemment que le médecin qui effectue la réduction ne soit pas satisfait du résultat lors de la radiographie suivant l'intervention. Il doit alors couper et retirer le plâtre et reprendre le tout. Ce médecin peut alors réclamer le tarif de la réduction une deuxième fois, même si l'intervention a lieu la même journée. Il devrait alors utiliser le modificateur 050 lors de la facturation de la reprise. Cela dit, si vous tentez à répétition une réduction fermée dans une situation qui exige un traitement par réduction ouverte, les inspecteurs de la RAMQ pourraient s'interroger sur la qualité de votre travail (et en faire part au Collège des médecins) ou se demander si le traitement était nécessaire sur le plan médical. Si vous êtes incertain du traitement approprié d'une fracture fermée, il est souvent préférable de faire une immobilisation simple en attendant l'expertise

d'un médecin plus expérimenté.

CET ARTICLE TERMINE notre traitement des règles des préambules particuliers de chirurgie. Il existe une autre section comportant un préambule particulier, celle de l'obstétrique. Nous n'aborderons pas ce sujet dans cette série, mais plutôt lors d'un article consacré à l'obstétrique et à la gynécologie. Le mois prochain, étant donné l'approche de la « saison des sucres », nous traiterons de la facturation des services rendus aux patients diabétiques. D'ici là, bonne facturation ! ☺