

# FICHE MÉDICALE DE RECUEIL DU PRATICIEN CONSEIL (une fiche par RUM)

(à transmettre au médecin du DIM avant concertation)  
Seul le recodage impactant la facturation est renseigné

<b>Établissement :</b> CLINIQUE DV'ARCAHON		<b>FINESS :</b> 330780206	<b>Date début contrôle :</b> 13/02/2018
<b>N° champ :</b> 1	<b>Libellé champ de contrôle :</b> Champ 1 : séjours ayant des caractéristiques communes séjours de niveau 2 3 et 4 mono RUM		<b>N° OGC :</b> 97
<b>Dossier manquant :</b> 0		<b>Dates du séjour :</b> 20/04/2016 au 29/04/2016	

Données du séjour	Âge	Sexe	Date nais.	Durée séjour	Mode entrée	Provenance	Mode sortie	Destination	Nb RUM	Nb DPI	Nb séances	Psy E&B;	Psy D.S
Établissement	66	1		9	0	9	0	1					
Recodage	66	1		9	0	9	0	1					

Données du RUM	Éts détails SP	UM	IGS II	Durée RUM	Nature suppl.	Nb suppl.
N° RUM Établissement : 1/1	0	40 C	0	9	du 20/04/2016 au 29/04/2016	
N° RUM Recodage : 1/1	0	40 C		9	du 20/04/2016 au 29/04/2016	

Codage de l'Établissement				Recodage	
DP	C186	couuyeyeu HLMPIDDCTTCICHL		Z515	
DR				C186	
DAS	Code	Pos	Libellé	Code	Pos
	C787	2	T.M. IIRE. DU FOIE ET V.B. INTRAHEP.	C787	2
	R18	2	ASCITE	R18	2
	Z515	3	SOINS PALLIATIFS		

Actes	Code	Pos	Libellé	Code	Pos

<b>GHM établissement :</b> 23202	<b>GHS établissement :</b> 7992	<b>GHM après recodage :</b>	<b>GHS après recodage :</b>
<b>Praticien conseil</b>			<b>Médecin DIM</b>
<b>Recodage impactant la facturation :</b> 0		<b>Accord [X] Désaccord [ ]</b>	
<b>GHS injustifié :</b>			
<b>Nom du praticien conseil responsable du codage :</b>			
Dr Masson			

En fonction des DR/DR et actes retenus par le PC, seul le recodage d'une des CMA les plus élevées ayant une incidence sur le GHM est sur la facturation des suppléments sera renseigné. Hors RCI injustifié avec actes externes, seuls les actes classants seront recueillis.

## CONCERTATION 1/2 — Argumentaire du médecin contrôleur

### Argumentaire :

136 : La facturation du GHS par l'établissement n'est pas conforme à l'article 1 de l'arrêté du 19 février 2015 modifié du fait d'un non-respect des règles de codage édictées dans l'annexe II de l'arrêté du 21 décembre 2015 modifiant l'arrêté du 22 février 2008. Le non-respect des règles porte sur le diagnostic principal (DP) codé par l'établissement dans le résumé d'unité médicale (RUM). Le DP n'est pas conforme aux règles de codage des diagnostics rappelées par l'annexe II, chapitre VI, paragraphe 1.2.2.3, dans certaines situations de traitement unique médical, en exception à la règle générale, le DP est imposé [règle T11]. A noter que la maladie traitée est enregistrée comme diagnostic relié chaque fois qu'elle respecte sa définition. Au vu des éléments présents dans le dossier du patient, alors que l'admission a été motivée pour une situation de traitement unique médical telle que décrite dans le chapitre VI, paragraphe 1.2.2.3 de l'annexe II dont le code CIM-10 est imposé, l'établissement n'a pas appliqué la règle T11 pour le codage du DP.

## CONCERTATION 2/2 — Décision finale

<b>GHS initial</b> : 2140	<b>GHS avant concertation</b> : 7992	<b>GHS final après concertation</b> : 7992
---------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------------

<b>Décision</b> : Retour groupage initial DIM
-----------------------------------------------

**Date de concertation** : 23/03/18