**Règles métiers (module Gestion commerciale)**

Assureurs :

**Patient**

**Catégorie (%)**

**Entreprise**

**Assureur / courtier**

**Tiers payant**

Types d’assurances :

1. Badge / Livret familial :

Sur le badge on doit vérifier les informations suivantes

* Durée
* Taux

D’autre part on doit vérifier sur le system :

* Durée de validité du contrat d’assurance
* Les numéros des badges qui existent sur la black-liste de l’assureur.

N.B : le system doit permettre de supprimer un élément de la black-liste.

1. Prise en Charge :

2.1 Les types de prises en charge :

* Nouvelle Prise en charge
* Ancienne prise en charge : on peut trouver cette prise en charge en faisant une recherche par Numéro PEC, Date, Téléphone ………..etc

2.2 Les informations mentionnées sur la prise en charge :

Sur la prise en charge on trouvera les informations suivantes :

* Plafond : Oui / Non, si oui le montant de plafond doit être précisé.
* Pourcentage : le pourcentage que l’assureur va payer doit être mentionné.
* Fin de validité de la prise en charge (par défaut 1 mois)
* Prestations couvertes : soit
* Une ou plusieurs familles de prestation
* Si on n’ajoute aucune prestation couverte (ca veut dire que toutes les prestations sont prises en charge)

2.3 Désactivation de la Prise en charge :

La prise en charge devient inactive dans les cas suivants :

* Dépassement de plafond
* Dépassement de la durée de validité
* Dépassement de nombre d’actes mentionné sur la prise en charge

Déplacement  & Urgence :

**Le déplacement** peut s’agir d’un déplacement d’une ressource humaine (infirmier), ou un déplacement d’une ressource matérielle :

* Clinique 🡪 patient

Le tarif à appliquer dépend de la zone géographique ou il habite le patient, ce tarif doit être bien mentionné dans la base de données (exemple : arafat 1500 UM, Ksar 1000 UM…….). Pour le déplacement hors Nouakchott (à l’intérieur du pays ou à l’étranger), le montant de déplacement doit être saisi.

**L’urgence**: dans la base de données chaque prestation devra avoir deux coûts (un coût normal, et un coût urgence).

**N.B :**

* Le déplacement d’un médecin de son domicile vers la clinique, on le traite comme une urgence
* Le coût d’une prestation dans le cas d’urgence doit aussi dépendre du temps (par exemple les heures ouvrables 1000UM, et les heures non ouvrables 1500 UM), mais cette règle n’est pas prise en compte par l’application actuelle.

Gestion des hospitalisés:

Une fois le patient est hospitalisé, il est mis en chambre et son numéro de chambre reste réservé et impossible à attribuer à quelqu’un d’autre, tant que le client n’est pas sorti, après règlement de la facture. La date et l’heure de la rentrée en chambre sont mentionnées à la rentrée et la date et l’heure de sortie sont inscrites au moment de la sortie.

- Un patient peut passer dans une chambre, y séjourner quelques temps et être transféré dans une autre chambre pour raison de commodité, santé ou autre. Dans ce cas de figure chaque passage dans une chambre doit entraîner la saisie des dates et heures d’entrée et de sortie. Le montant des frais de séjour sera le montant cumulé des séjours dans les différentes chambres dans lesquelles le patient a séjourné.

- Les prestations quotidiennes facturées au patient hospitalisé font l’objet de reçus provisoires dits reçu Pc chambre sans mode de règlement.

- Les prestations facturées au quotidien sont ajoutées au contenu de la facture qui ne sera réglée qu’au moment la sortie du patient.

Au moment de la sortie du patient, on procède au règlement de facture.

Règlement des factures :

* Majoration :

Dans le cas d’un payement différé, la cote part clinique doit être majoré par un taux qu’on peut trouver comme suit :

* S’il s’agit d’un patient assuré : la colonne majoration de la table tbl\_categorie
* S’il ne s’agit pas d’un patient assuré : on le récupère la valeur a partir de la colonne valeur si la colonne parameter= majoration ( table : tbl\_parametres\_clinique)
* Remise :

Peut être accordée à certaines personnes, cette remise ne doit pas dépasser 10% et elle est appliquée à la cote part clinique uniquement.

* Payement Immédiat :

Cash, chèque, payement électronique, PC (personnels ou assureur).

* Payement différé (doit être majoré) :

Chèque, payement électronique, PC (personnels ou assureur).

* Remboursement :

Parfois après l’impression d’une facture, le patient demande le remboursement, dans ce cas il doit y avoir une double validation :

* Profil1 : annuler la facture
* Profil2 : confirmer et valider l’annulation, dans ce cas le system change automatiquement le numéro de la facture, en ajoutant un préfixe (par exemple : facture numéro fact123, deviendra après l’annulation Ancien\_fact123).

Impression des factures :

* Originale (réservée à la clinique) : s’agit de la copie imprimée pour le caissier ou le comptable. C’est la seule copie qui contient les majorations.
* Copie1 : imprimée pour le médecin, labo,…..etc
* Copie2 : imprimée pour le patient.
* Duplicata (de copie1 ou copie2): imprimée à la demande (le contenu de cette copie dépend de celui qu’il l’a demandé).

Autres règles :

1. Ajout prestation :
2. Ajout règlement :
3. Calcul frais chambre