

Coordination de soins

Vous trouverez ci-dessous la présentation et les explications de la coordination de soins de support :

Objectifs :

- Offrir à nos/vos patients un panel de services regroupés dans un programme fait sur mesure pour répondre à tous les aspects de leurs problématiques,
- Générer une source supplémentaire de revenus pour les intervenants du Centre.

Les responsables référents de la coordination de soins :

Evelyne Revellat 06 60 47 71 64 et Isabelle Marcy 06 42 78 18 63

Les différents acteurs intervenant dans un programme :

- **L'apporteur d'affaire**
 - C'est la Personne qui a apporté le patient et qui lui a "vendu" le concept de programme ou de plan de traitement.
- **L'analyste**
 - Entretien d'analyse de la demande en premier RDV
 - Expertise et Proposition décrivant le déroulé du programme et sa tarification
- **Le coordinateur** qui en général la même personne ayant fait le 1er RDV
 - Il coordonne les actions du programme, suit le patient dans sa progression et son niveau de satisfaction
 - Il interface avec le patient pendant toute la durée du programme
 - Il interface avec les intervenants impliqués dans le programme
- **Les intervenants**
 - Les intervenants faisant parti du plan de traitement d'un patient :
 - sont abonnés aux services Khépri Santé
 - Travaillent dans le centre et apportent leur contribution à l'intérêt commun
 - ont signé un contrat de travail spécifique à la coordination de soins
 - ont signé la charte éthique de Khépri Santé.
- **Khépri Santé**
 - Hébergeur des Intervenants pour leur séances
 - Fournisseur et promoteur du **service de coordination de soins** pour les intervenants et pour les patients
- **Le patient**
 - Personne ayant besoin d'un plan de traitement et donc du service de coordination de soins
 - Les personnes bénéficiant d'un programme sont dans une situation complexe sur le plan physique, psychique dans le cadre de l'après cancer, de pathologies ou douleurs chroniques.

Processus

1. Rendez-vous Analyste / patient

- a. L'analyste remplit la fiche de coordination avec coordonnées complètes du patient
- b. Détermine les soins nécessaires et leur nombre
Les attribue à des Intervenants
- c. Fournit au patient un devis qu'il doit valider et payer à Khépri Santé
- d. Fournit à ce patient une fiche de suivi comportant tous les détails de son plan de traitement, les coordonnées des Thérapeutes concernés
Le patient doit présenter à chaque RDV cette fiche pour émargement par lui-même et le thérapeute trace que la séance a eu lieu.

2. Suivi par le coordinateur :

- a. Exposera le dossier du patient à tous les intervenants de ce plan de traitement en respectant les règles de confidentialité
- b. Tout au long de son plan de traitement, le coordinateur répondra aux questions du patient et des intervenants et pourra le cas échéant réadapter son programme
- c. Echangera avec les intervenant sur l'évolution du patient suite à ses diverses séances
- d. A la fin du traitement, débriefing du patient pour recueillir ses sentiments et une éventuelle prolongation de celui-ci.

Paieement des honoraires

- **Khépri Santé perçoit l'intégralité des honoraires et procèdera à la ventilation comm suit :**

- **Frais de déplacement**

- Le Thérapeute doit nous préciser s'il veut ou pas effectuer des consultations à domicile.
- Si le traitement ou une partie de ceux-ci ont lieu au domicile du patient, les intervenants concernés toucheront des indemnités pour couvrir les frais et le temps de transport correspondants aux déplacements effectués.
- la distance prise en compte est la distance la plus plus courte entre :
 - distance du domicile Thérapeute au Domicile du patient et
 - distance du Centre Khépri Santé au Domicile du patient
- Ces distances sont calculées automatiquement de ville à ville à vol d'oiseau
- **Montants :**
Forfait de :
 - 25 € quel que soit la distance si inférieure à 5 km (10 km A/R)
 - 1,1 € € par km sup (au de la de 10 kms A/R)
- **Exemple :**
 - Eloignement du domicile du Thérapeute à domicile Patient: 6 Kms
 - Eloignement du centre khepri Santé à domicile du patient 7 Kms
 - La distance la plus courte sera prise en compte soit ici 6 Kms
soit Aller retour = 12 kms

■ montant perçu= (25€ de forfait +(1,2€ * 2 Kms)= **27,4€**

○ **Cette indemnité sera versée directement au Thérapeute sans aucune commission**

● **Commissions pour l'apporteur d'affaire**

2 cas possibles **5 ou 10% du montant des consultations**

- Si l'apporteur d'affaire **fait partie** des intervenants du plan de traitement **5%**
N.B. : pas de commissionnement sur ses propres interventions
- Si l'apporteur d'affaire ne **fait pas partie** des intervenants du plan de traitement **10%**

● **Commissions pour le coordinateur des soins**

- **5%** du montant des consultations

● **Commissions pour Khépri Santé**

- **8%** du montant des consultations

● **Frais pour consultations hors locaux**

- Le business model de Khépri Santé étant basé sur la location de salles,
il sera perçu 15€ par consultation n'entraînant pas de location de salle.
 - Sauf pour les permanents du centre
 - Si un prix spécial de cette consultation a été consenti, ces frais seront réduits d'autant pour partager l'effort commercial.

Exemple de coordination de soins

Masque de saisie :

Patient										
Nom										
Prénom										
tel										
E-Mail										
adresse										
C Postal	entrer cp									
Ville	puis choisir ville									
Pays										
Centre Khéprisanté										

Saisie lors de
l'entretien d'analyse

Prestations	Prestation ou Traitement	Prestation Réalisée par:	Quantité	prix unitaire	prix unitaire spécial	Prix traitement	nb de déplacements	lieu consultation	Déjà réglé
1ere Prestation	Entretien d'analyse de la demande		1	70,00 €	35	35,00 €		94130-NOG	35
2eme Prestation	Expertise et Proposition du parcours		1	30,00 €	35	35,00 €		94130-NOG	35
3eme Prestation	Coordination		1	5,00%					
4eme Prestation	Séance Diététique		5	70,00 €		350,00 €		94130-NOG	
5eme Prestation	Séance EFT		5	70,00 €		350,00 €		94130-NOG	
6eme Prestation	Séance Acupuncture		5	60,00 €		300,00 €		94130-NOG	
7eme Prestation	Séance Neurofeedback		3	70,00 €		210,00 €		94130-NOG	
8eme Prestation								94130-NOG	
9eme Prestation								94130-NOG	
10eme Prestation								94130-NOG	
remise globale %				0					

Cette saisie produit un devis :

Devis Ref : **DevCoord-1**

Devis N°



**Plan de traitement
Personnalisé**

Devis personnalisé	
établi le :	15 mai 2019
Nom	Revellat
Prénom	Evelyn
tel	06 60 47 71 64
E-Mail	evelyn.revellat@khéprisanté.fr
adresse	188 GR rue Charles de Gaulle 94130 NOGENT SUR MARNE
C Postal	94130
Ville	NOGENT SUR MARNE

Trouvez ci-dessous
Le plan de traitement que nous avons établi pour vous
N'hésitez surtout pas à revenir vers nous pour toute question
Avant ou pendant le déroulement du traitement.
Evelyn Revellat, Directrice du centre Khéprisanté.
Ce devis est valide 30 jours, les prix sont TTC

Prestation ou Traitement	Prestation Réalisée par:	Quantité	prix unitaire	Prix traitement	Frais de déplacement à domicile.	Total
Entretien d'analyse de la demande et coordination de soins	Revellat Evelyn	1	35,00 €	70,00 €		70,00 €
Séance Diététique	Revellat Evelyn	5	70,00 €	350,00 €		350,00 €
Séance EFT	Revellat Evelyn	5	70,00 €	350,00 €		350,00 €
Séance Acupuncture	Revellat Evelyn	5	60,00 €	300,00 €		300,00 €
Séance Neurofeedback	Revellat Evelyn	3	70,00 €	210,00 €		210,00 €
					total H.T	1 066,67 €
					total TVA 20%	213,33 €
					Total TTC	1 280,00 €
					déjà réglé	70,00 €
					reste à régler	1 210,00 €

Devis valide jusqu'au : 7 mai 2019

Pour tout renseignement, modification ou adaptation de ce devis,
veuillez contacter votre coordinateur de soins:

Revellat Evelyn au 06 60 47 71 64

et une fiche d'émargement pour le suivi

Plan de traitement Personnalisé
FICHE SUIVI DE TRAITEMENT

Plan de traitement du :
N°

Pour toute question : Coordination Traitement :

Traitement Personnalisé de

Présenter cette fiche au Thérapeute à chaque séance pour émargement.

Vos intervenants: Contactez les pour prise rendez-Vous

Nom	Tel		

Suivi de Vos Rendez vous Votre traitement se compose de 20 Séances dont 0 à domicile

N°	Intervenant	Consultation	à domicile	date	Remarque	Signature intervenant	Votre signature
1		Entretien d'analyse de la demande n° 1	✗				
2		Expertise et Proposition du parcours n° 1	✗				
3		Séance Diététique n° 1	✗				
4		Séance Diététique n° 2	✗				
5		Séance Diététique n° 3	✗				
6		Séance Diététique n° 4	✓				
		Séance Diététique n° 5					