

Medical Claims Manager

Location: Yamoussoukro (with regular travel to project sites)

Desired start date: Q4 2026

Type: Full-time

About Elucid

Elucid Santé Côte d'Ivoire is Elucid's local NGO and in-country implementing organisation. It is part of Elucid, a Berlin-based social enterprise helping companies extend affordable, high-quality healthcare to smallholder farmers and workers in their supply chains. Our programmes operate across sectors including cocoa, coffee, bananas, rubber, cotton and textiles and are implemented with local partners in six countries.

We work with companies such as Hershey's, JDE Peet's and Tony's Chocolonely alongside institutional partners such as Gavi, GIZ and KfW. We strengthen supply-chain resilience through health: healthier farmers, workers and families are better able to sustain their livelihoods and communities. Alongside health coverage in agricultural supply chains, we deliver community health services such as vaccination activities, mobile clinics and quality-of-care initiatives, supported by robust data and measurable impact.

In Côte d'Ivoire, our team works directly with cooperatives, communities, health authorities, healthcare providers and other partners to implement Elucid's programmes — from enrolment, health coverage and claims to community engagement, vaccination, mobile clinics, quality-of-care activities and field-level data collection.

Elucid is a fast-growing, mission-driven team representing more than 20 nationalities.

Role Overview

You oversee the end-to-end medical claims process across Elucid Santé Côte d'Ivoire's health coverage programmes — from submission to resolution — ensuring accuracy, timeliness, consistency and compliance with applicable policies and regulations. Claims are how health coverage becomes care actually received and are a critical source of operational and financial accountability to clients, partners and funders.

This role sits within the national team, reporting to the Country Director, and leads a team of Claims Officers working across projects and districts.

Will You Be The One Who

You work closely with and report to the Country Director. You directly supervise the Claims Officers and collaborate with medical, programme, finance and technology teams and with partner health facilities. You own claims-process performance and escalation; clinical standards and clinical quality decisions remain with the medical team.

Claims Oversight & Quality (40%)

- Reviews and evaluates incoming medical claims for completeness, accuracy and compliance with policies and regulatory requirements
- Investigates and resolves complex or disputed claims, working with internal teams, healthcare providers and insurers
- Develops, documents and implements standard claims-processing procedures and workflows to optimise productivity, minimise errors and ensure consistent practice across projects and districts
- Monitors claims processing metrics and performance indicators — including turnaround time, backlog, rejection patterns, accuracy and unresolved cases — and takes corrective action where performance falls below agreed standards

- Ensures compliance with national data protection and privacy laws, GDPR and other relevant privacy laws in handling sensitive patient information

Team Supervision (30%)

- Supervises a team of Claims Officers, providing guidance, training and support as needed
- Sets a working rhythm across projects and districts — sample checks, weekly numbers, a shared queue
- Stays informed about changes in healthcare regulations, insurance policies and billing codes, and keeps the team updated

Provider Relationships & Reporting (30%)

- Establishes and maintains relationships with partner health facilities and healthcare providers
- Serves as the point of contact for escalated inquiries or complaints related to medical claims, working toward timely resolution
- Prepares and presents regular reports on claims processing activities, trends, outcomes and risks, including recurring provider issues, unusual utilisation patterns and potential fraud, waste or abuse for appropriate review
- Collaborates with operational teams to streamline processes and improve overall service delivery

Who You Are

We are looking for someone with at least 5 years of experience in medical claims management, health insurance operations or a closely related healthcare role, including responsibility for supervising or developing a team. You can prioritise competing tasks, meet deadlines and maintain quality in a fast-paced, multi-site environment.

Analytical and detail-oriented

You spot patterns in claims data before they become problems, and you investigate before you conclude.

A capable team leader

You motivate and develop a high-performing team working across multiple sites, and you supervise through system rather than presence.

Knowledgeable on claims and coverage

You bring in-depth knowledge of medical billing and coding practices, insurance policies and healthcare regulations.

Effective with providers

You interact professionally with facilities and stakeholders, resolving disputes with evidence while preserving the relationship.

Bachelor's degree in healthcare administration, business administration, accounting, finance or a related field. In-depth knowledge of medical billing and coding practices, health coverage or insurance policies, and relevant healthcare regulations is required. Strong analytical and problem-solving skills, attention to detail, and effective communication with internal and external stakeholders are essential. Proficiency with claims-processing software and relevant computer applications is expected. Familiarity with the CMU and the Ivorian health-financing environment is a strong advantage. Fluency in French is required; working English is expected. Travel to project sites may be required periodically.

Why join us

- Lead the claims function that turns health coverage into care actually received
- Play a critical role in making healthcare accessible in global supply chains
- Build and develop a team across multiple projects and districts

- Be part of a vibrant, diverse team that values integrity, teamwork, and responsibility
- Enjoy flexibility, room for growth, and professional development support
- Competitive salary and meaningful opportunities for learning and development

How To Apply

Please complete our [application form](#) by 30 September 2026. The form takes about 10 minutes and asks for your CV and a few short questions about your experience and motivations. Applications are reviewed on a rolling basis.

Elucid is an equal-opportunity employer committed to building a diverse and inclusive team. For more about our work, visit our website or connect with us on [LinkedIn](#).

Responsable des Prestations Médicales (Claims)

Lieu : Yamoussoukro (avec des déplacements réguliers sur les sites de projet)

Date de prise de fonction souhaitée : T4 2026

Type : Temps plein

À propos d'Elucid

Elucid Santé Côte d'Ivoire est l'ONG locale d'Elucid et son organisation de mise en œuvre dans le pays. Elle fait partie d'Elucid, une entreprise sociale basée à Berlin qui aide les entreprises à étendre l'accès à des soins de santé abordables et de qualité aux petits producteurs et aux travailleurs de leurs chaînes d'approvisionnement. Nos programmes couvrent plusieurs filières, dont le cacao, le café, la banane, l'hévéa, le coton et le textile, et sont mis en œuvre avec des partenaires locaux dans six pays.

Nous travaillons avec des entreprises telles que Hershey's, JDE Peet's et Tony's Chocolonely, aux côtés de partenaires institutionnels comme Gavi, la GIZ et la KfW. Nous renforçons la résilience des chaînes d'approvisionnement par la santé : des producteurs, des travailleurs et des familles en meilleure santé sont mieux à même de préserver leurs moyens de subsistance et leurs communautés. Au-delà de la couverture santé dans les chaînes d'approvisionnement agricoles, nous offrons des services de santé communautaire tels que des activités de vaccination, des cliniques mobiles et des initiatives d'amélioration de la qualité des soins, appuyés par des données robustes et un impact mesurable.

En Côte d'Ivoire, notre équipe travaille directement avec les coopératives, les communautés, les autorités sanitaires, les prestataires de soins et d'autres partenaires pour mettre en œuvre les programmes d'Elucid — de l'enrôlement, la couverture santé et les demandes de remboursement jusqu'à l'engagement communautaire, la vaccination, les cliniques mobiles, les activités de qualité des soins et la collecte de données sur le terrain.

Elucid est une équipe en forte croissance, portée par sa mission et représentant plus de 20 nationalités.

Présentation du poste

Vous supervisez l'ensemble du processus de traitement des demandes de remboursement médicales des programmes de couverture santé d'Elucid Santé Côte d'Ivoire — de la soumission à la résolution — en garantissant l'exactitude, les délais, la cohérence et la conformité aux politiques et réglementations applicables. Les demandes de remboursement sont ce qui transforme la couverture santé en soins effectivement reçus et constituent une source essentielle de redevabilité opérationnelle et financière envers les clients, les partenaires et les financeurs.

Ce poste s'inscrit au sein de l'équipe nationale, rend compte au Directeur Pays et encadre une équipe de Chargés des Prestations Médicales intervenant sur plusieurs projets et districts.

Serez-vous la personne qui

Vous travaillez en étroite collaboration avec le Directeur Pays, à qui vous rendez compte. Vous supervisez directement les Chargés des Prestations Médicales et collaborez avec les équipes médicale, programme, finance et technologie ainsi qu'avec les établissements de santé partenaires. Vous êtes responsable de la performance du processus de traitement des demandes et de leur escalade ; les normes cliniques et les décisions relatives à la qualité clinique demeurent du ressort de l'équipe médicale.

Supervision et qualité des demandes de remboursement (40 %)

- Examine et évalue les demandes de remboursement médicales reçues quant à leur exhaustivité, leur exactitude et leur conformité aux politiques et aux exigences réglementaires
- Instruit et règle les demandes complexes ou contestées, en lien avec les équipes internes, les prestataires de soins et les assureurs

- Élabore, documente et met en œuvre des procédures et circuits standard de traitement des demandes afin d’optimiser la productivité, de réduire les erreurs et d’assurer des pratiques homogènes entre projets et districts
- Suit les indicateurs de traitement et de performance — délai de traitement, arriéré, tendances de rejet, exactitude et dossiers non résolus — et engage des actions correctives lorsque la performance est en deçà des standards convenus
- Veille au respect des lois nationales sur la protection des données et la vie privée, du RGPD et des autres réglementations pertinentes dans le traitement des informations sensibles des patients

Encadrement de l’équipe (30 %)

- Encadre une équipe de Chargés des Prestations Médicales, en apportant orientation, formation et appui selon les besoins
- Instaure un rythme de travail commun aux projets et aux districts — contrôles par échantillon, chiffres hebdomadaires, file de traitement partagée
- Se tient informé des évolutions de la réglementation sanitaire, des polices d’assurance et des codes de facturation, et en informe l’équipe

Relations avec les prestataires et reporting (30 %)

- Établit et entretient les relations avec les établissements de santé partenaires et les prestataires de soins
- Constitue le point de contact pour les demandes ou réclamations escaladées relatives aux prestations médicales, en veillant à leur résolution dans les délais
- Prépare et présente des rapports réguliers sur l’activité de traitement des demandes, les tendances, les résultats et les risques, y compris les problèmes récurrents avec les prestataires, les profils de consommation atypiques et les cas potentiels de fraude, de gaspillage ou d’abus, en vue de leur examen approprié
- Collabore avec les équipes opérationnelles pour fluidifier les processus et améliorer la qualité globale du service

Votre profil

Nous recherchons une personne justifiant d’au moins 5 ans d’expérience dans la gestion des prestations médicales, les opérations d’assurance santé ou une fonction étroitement liée du secteur de la santé, incluant la supervision ou le développement d’une équipe. Vous savez hiérarchiser des tâches concurrentes, respecter les échéances et maintenir la qualité dans un environnement multi-sites au rythme soutenu.

Analytique et attentif au détail

Vous repérez les tendances dans les données de prestations avant qu’elles ne deviennent des problèmes, et vous enquêtez avant de conclure.

Un manager d’équipe efficace

Vous motivez et développez une équipe performante répartie sur plusieurs sites, et vous supervisez par le système plutôt que par la présence.

Expert des prestations et de la couverture santé

Vous apportez une connaissance approfondie des pratiques de facturation et de codification médicales, des polices d’assurance et de la réglementation sanitaire.

Efficace avec les prestataires

Vous échangez de manière professionnelle avec les établissements et les parties prenantes, en réglant les différends preuves à l’appui tout en préservant la relation.

Licence (Bac+3) en administration de la santé, gestion d'entreprise, comptabilité, finance ou domaine connexe. Une connaissance approfondie des pratiques de facturation et de codification médicales, des dispositifs de couverture santé ou des polices d'assurance et de la réglementation sanitaire applicable est exigée. De solides capacités d'analyse et de résolution de problèmes, le sens du détail et une communication efficace avec les parties prenantes internes et externes sont essentiels. La maîtrise des logiciels de traitement des prestations et des outils informatiques pertinents est attendue. Une bonne connaissance de la CMU et de l'environnement du financement de la santé en Côte d'Ivoire constitue un atout majeur. La maîtrise du français est exigée ; un anglais professionnel est attendu. Des déplacements périodiques sur les sites de projet peuvent être requis.

Pourquoi nous rejoindre

- Piloter la fonction prestations, celle qui transforme la couverture santé en soins effectivement reçus
- Jouer un rôle déterminant dans l'accès aux soins au sein des chaînes d'approvisionnement mondiales
- Constituer et développer une équipe répartie sur plusieurs projets et districts
- Faire partie d'une équipe dynamique et diverse qui valorise l'intégrité, le travail d'équipe et le sens des responsabilités
- Bénéficier de flexibilité, de perspectives d'évolution et d'un accompagnement au développement professionnel
- Une rémunération compétitive et de véritables opportunités d'apprentissage et de développement

Comment postuler

Merci de compléter notre [formulaire de candidature](#) avant le 30 septembre 2026. Le formulaire prend environ 10 minutes et vous demande votre CV ainsi que quelques brèves questions sur votre expérience et vos motivations. Les candidatures sont examinées au fil de l'eau.

Elucid est un employeur garantissant l'égalité des chances et attaché à la constitution d'une équipe diverse et inclusive. Pour en savoir plus sur nos activités, consultez notre site internet ou suivez-nous sur [LinkedIn](#).